

Antworten von G. Vanden Bossche auf Fragen des belgischen Parlamentsausschusses im Anschluss an die Anhörung zum Thema "Impfpflicht" vom 26.01.2022

Link zum Original: www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/mijn-antwoorden-m-b-t-hoorzitting-vaccinatieverplichting

Link zur deutschen Übersetzung von Dr. G. Vanden Bossches Lebenslauf: www.freizahn.de/2021/10/dr-geert-vanden-bossche/

Da viele der gestellten Fragen von einer Fehlinterpretation meiner Warnung und der wissenschaftlichen Grundlagen zeugen - und dies trotz der vielen Schriften und Interviews, in denen ich sie wiederholt dargelegt habe -, hielt ich es für sinnvoll, zwei Dinge vorab zu klären, um viel Zeit bei der Beantwortung der gestellten Fragen zu sparen.

i) Was meine Meinung zu den schädlichen Auswirkungen der derzeitigen Massenimpfungen betrifft, möchte ich wiederholen: Ich bin **äußerst besorgt über** die

1. **groß angelegte Impfung der verschiedenen Bevölkerungsschichten**
2. **während einer Pandemie**
3. **von infektiöseren SARS-CoV-2 (SC-2)-Varianten**
4. **mit C-19-Impfstoffen, die die Virusübertragung nicht verhindern können.**

Diese 4 Bedingungen werden von den derzeitigen Impfkampagnen perfekt erfüllt und fördern die Ausbreitung (nicht die Entstehung!!) von infektiöseren Mutanten/Varianten. Weil diese dadurch zunehmend dominieren (und weniger infektiöse Varianten verdrängen), steigt der Infektionsdruck in der Bevölkerung. Dies führt zu mehr (Krankheits-)Fällen (vgl. Omikron). Wie bei einer Überbevölkerung (overcrowding) wird eine Welle eines hochinfektiösen Virus die Infektionsrate stark ansteigen lassen und durch die daraus resultierende hohe Morbidität wird das Virus einem hohen Immundruck ausgesetzt sein (durch natürlich erworbene Antikörper, die jedoch bei hohem Infektionsdruck das Virus nicht unterdrücken können!). Die Verringerung des Infektionsdrucks ist durch eine (einmalige) antivirale Chemoprophylaxe möglich. Einfach weiter impfen wird dagegen den Immundruck steigern und dafür sorgen, dass der Teufelskreis der erhöhten Infektiosität aufrechterhalten wird.

ii) Was die wissenschaftliche Untermauerung meiner Argumente angeht:

Es wäre schön, wenn es wie bei der Influenza auch für SARS-CoV-2 (SC-2) fertige Studien gäbe, die beschreiben, wie sich die angeborene und die natürlich erworbene Immunität gegen SC-2 gegenseitig ergänzen und wie die impfstoffvermittelte Immunität die Effektorzellen des angeborenen Immunsystems, die eine erwiesene Wirksamkeit gegen SC-2 haben, einfach umgeht. Es wurde jedoch beschrieben, wie beispielsweise bei einer Grippeinfektion die Wirkung von angeborenen und natürlich erworbenen Antikörpern aufeinander folgen und wie diese Antikörper nur auf diese Weise eine synergistische Wirkung haben (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11043776/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>); ebenfalls ist allgemein bekannt, dass die Effektorfunktion von Impfstoffen auf Zellen des *erworbenen* und nicht des angeborenen Immunsystems beruht.

Es wäre auch schön, wenn es Studien gäbe, die genau beschreiben, wie Effektorzellen des angeborenen Immunsystems (z. B. B1a- und NK-Zellen) durch epigenetische Veränderungen im Verlauf einer SC-2-Pandemie trainiert werden können. Es ist jedoch hinlänglich bekannt und veröffentlicht, dass die angeborene Immunität durch epigenetische Veränderungen trainiert werden kann.

Es wäre schön, wenn die molekular-biophysikalischen Mechanismen bekannt wären, die dafür sorgen, dass *erworbene* S(pike)-spezifische Antikörper *angeborene*, polyspezifische IgM-Antikörper, die "selbstähnliche" Motive auf der Oberfläche von Coronaviren erkennen, aufgrund einer viel höheren Affinität für das Antigen verdrängen können. Dies wurde jedoch allgemeiner für antigenspezifische (Ag) und angeborene Antikörper beschrieben.

Schließlich wäre es auch schön, wenn genau beschrieben würde, wie angeborene Abwehrstoffe SC-2-Varianten und alle Coronaviren neutralisieren können. Dies wurde jedoch für mehrere Influenzavirus-Varianten beschrieben (die übrigens mit gleichartigen 'self-like' N-Glykanmustern auf der Oberfläche ausgestattet sind).

Literaturquellen, die die obigen Argumente stützen und in einen logischen Zusammenhang stellen, werden

hauptsächlich in meinem nächsten Beitrag (ebenfalls auf TrialSiteNews veröffentlicht) genannt; <https://trialsitenews.com/>):

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance>

[Anm. d. Übers.: Der Link auf die deutsche Übersetzung: <https://www.freizahn.de/2022/03/silo-mentalitaet-und-immunologische-ignoranz/>]

Genau wie bei jeder Erfindung besteht die Kunst genau darin, diese Teile des Puzzles zusammenzufügen und sich dabei auf Veröffentlichungen zu stützen, die - was den speziellen Fall SC-2 betrifft - natürlich immer der Zeit hinterherhinken. Wenn die Teile des Puzzles zusammenpassen, wird die Hypothese an der Realität getestet, um zu sehen, ob sie die Entwicklung der Pandemie - trotz menschlichen Eingreifens - erklären kann, wo herkömmliche Epidemiologen und Virologen trotz aller möglichen Modelle versagen. Die Stärke der Hypothese liegt also nicht in den einzelnen veröffentlichten Puzzleteilen, sondern in der Zuverlässigkeit des gesamten Puzzles in Bezug auf das vorhergesagte evolutionäre Verhalten der Pandemie. Ich habe immer gesagt, dass eine Massenimpfung zu einer Abfolge von dominant zirkulierenden, infektiöseren SC-2-Varianten führen würde. Diese Vorhersage ist eingetreten. Ebenfalls habe ich vorausgesagt, dass dies schließlich zu einer Resistenz des Virus gegen neutralisierende Anti-S-Antikörper führen würde. Auch diese Vorhersage ist eingetreten. Schließlich habe ich auch vorausgesagt, dass weitere Massenimpfungen (jetzt mit Anti-Omikron-Impfstoffen) zu einem noch stärkeren Anstieg von Infektionen, Morbidität und Mortalität in der geimpften Bevölkerung führen würden. Ich hoffe, dass sich diese Vorhersage nicht bewahrheitet, aber ich schliesse das aus meinen wissenschaftlichen Erkenntnissen darüber, wie sich Massenimpfungen auf die Entwicklung des Virus und die adaptive Reaktion des Immunsystems darauf auswirken.

Bin ich ein Schwarzmalter? Alles andere als das, aber ich fühle mich oft an einen Ausspruch von Sherlock Holmes erinnert:

"Wie oft habe ich Ihnen gesagt, dass, wenn man das Unmögliche eliminiert hat, das, was übrig bleibt, wie unwahrscheinlich es auch sein mag, die Wahrheit sein muss.

Kathleen Depoorter (N-VA):

Ich habe nachher noch einige allgemeine Fragen an beide Redner, aber jetzt wende ich mich erst einmal an Herrn Vanden Bossche. Sie haben zu Beginn Ihrer Ausführungen erklärt, dass Sie sich in keinem Interessenkonflikt befinden. Dann haben Sie eine gewisse Klarstellung vorgenommen. Ich hätte mir gewünscht, dass dies ausführlicher behandelt worden wäre. Ich habe in der Presse gelesen, dass Sie selbst einen Impfstoff entwickeln, der auf T-Zellen basiert. Ist das richtig? Ist Ihre Aussage, dass es keinen Interessenkonflikt gibt, konform? Auch kann ich mir schwer vorstellen, dass Sie als Berater völlig ungebunden sind. Ich denke, es ist wichtig, dies klarzustellen.

Wie Sie wahrscheinlich wissen, schreibt die offizielle Presse nur Klatsch und Tratsch über mich. Zunächst einmal geht es in meinem Konzept nicht um T-Zellen, sondern um N(aturale) K(iller)-Zellen. Trotz verzweifelter Versuche von Faktencheckern gibt es kein Patent auf dieses Konzept, und ich verfüge über keinerlei Infrastruktur oder Verträge mit möglichen Geldgebern oder Unternehmen, die bei der weiteren Entwicklung dieses meiner Meinung nach vielversprechenden Konzepts helfen könnten. Übrigens sind mehrere wichtige Akteure der Impfstoffindustrie über mein Konzept und die in vitro gewonnenen Ergebnisse informiert. In der Zwischenzeit ist auch diese Forschung seit Beginn der Corona-Krise völlig zum Stillstand gekommen. Außerdem stellt sich die Frage, welcher Impfstoffhersteller überhaupt ein Interesse an einem Universalimpfstoff hätte, der mit einer einzigen Verabreichung Schutz gegen viele verschiedene Krankheitserreger bieten könnte. Vielleicht sollte man seine Hausaufgaben etwas gründlicher machen, um zu untersuchen, wie es in einem solchen Zusammenhang überhaupt zu einem Interessenkonflikt kommen kann. Ich habe bereits mehrfach öffentlich erklärt, dass ich für den unwahrscheinlichen Fall, dass ein Interesse an der Entwicklung eines Impfstoffs auf der Grundlage dieses Konzepts besteht, mein gesamtes Wissen über diesen Impfstoffansatz zur Verfügung stellen werde, ohne einen einzigen Euro-Cent oder Dollar an Lizenzgebühren oder an der Vermarktung von Rechten an geistigem Eigentum verdienen zu wollen. Offenbar leben wir in einer Zeit, in der wahre Philanthropie und

Integrität nur noch "verdächtig" erscheinen. Angesichts der Tatsache, dass der Staat offenbar beabsichtigt, der Bevölkerung die Impfung um jeden Preis aufzuzwingen, wäre es wahrscheinlich sinnvoller, die möglichen Interessenkonflikte einiger der Befürworter dieser Massenimpfung zu untersuchen, die genau mit diesen Steuergeldern bezahlt werden. Es ist auch klar, dass ein nicht unerheblicher Teil der Einnahmen, die einige dieser Institute aus der C-19-bezogenen Zusammenarbeit mit der Industrie erzielen, in ihre eigenen Küchen zurückfließt.

Sie sagen, dass eine natürliche Pandemie nach einem Jahr wieder verschwindet. In der Literatur werden jedoch häufig Zeiträume von vier Jahren genannt. Auf welche wissenschaftlichen Veröffentlichungen stützen Sie sich, um Ihre Behauptung zu untermauern? Können Sie sie mit uns teilen?

Ich glaube, Sie haben die falsche Literatur konsultiert. Es handelt sich nicht um die Literatur der beiden Weltkriege, sondern um die Literatur der Pandemien. Dies ist nur eine kleine Auswahl der verfügbaren Literaturquellen:

<https://www.britannica.com/story/how-long-did-the-flu-pandemic-of-1918-last>

[https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/pandemic flu.html](https://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/pandemic%20flu.html)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7252012/>

<https://sfamjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1751-7915.13889>

Die dokumentierte Dauer von Pandemien schwankt zwischen 10 und 20 Monaten. Die Russische Grippe (möglicherweise nicht einmal durch Influenza, sondern durch Coronaviren verursacht), die von Frühjahr 1889 bis Frühjahr 1890 andauerte, hatte zwei Jahre später (von Januar bis Mai) ein kurzes Aufflackern mit 2017 Fällen, von denen 66 tödlich verliefen:

<https://www.um.edu.mt/library/oar/bitstream/123456789/651/V2005.Vol17.Issue3.A2.pdf>

Sie sagten auch, dass Impfstoffe sterilisierend sein müssten. Die Regierung unterstützt jedes Jahr eine saisonale Grippeimpfung mit einer seit Jahren bekannten Wirksamkeit von 60-70 %. Hierfür werden verschiedene Stämme verwendet. Wollen Sie damit sagen, dass diese Impfkampagne nicht ausreichend oder nicht notwendig ist? Wir gehen wissenschaftlich davon aus, dass diese Grippeimpfung eine Wirkung hat und die Zahl der Krankenhausaufenthalte und der Grippetoten verringert. Die bisherige Literatur zeigt auch, dass nach einer Covid-Impfung weniger schwere Covid-Formen auftreten und weniger Todesfälle zu beklagen sind. Widersprechen Sie dem vollständig? Und auf welche Literatur stützen Sie sich dabei?

Siehe oben: **Bei der saisonalen Grippeimpfung geht es nicht um Massenimpfungen oder Impfungen während einer Pandemie oder Epidemie.** Die Impfsaison geht der Grippesaison deutlich voraus, und nur ein kleiner Teil der Bevölkerung (d. h. ältere und gefährdete Menschen) wird geimpft. Wenn wir während einer Grippepandemie massenhaft mit herkömmlichen Impfstoffen (zu denen auch Grippeimpfstoffe gehören) impfen würden, wie wir es während der SC-2-Pandemie getan haben, würde ich in der Tat denselben Protest erheben, wie ich es jetzt tue.

Was ich an Ihrer Argumentation über den Wettbewerbsvorteil durch Impfung und natürliche Immunität problematisch finde, ist, dass Sie behaupten, man müsse mit dem Impfen beginnen, bevor eine Pandemie ausbricht. Es gibt jedoch viele Beispiele aus der Vergangenheit (Ebola, Cholera usw.), bei denen auch mitten in der Epidemie mit der Impfung begonnen wurde. Behaupten Sie also, dass Sie es für angemessen gehalten hätten, nach der Krise mit der Impfung zu beginnen?

Zunächst einmal sollten wir hier nicht Äpfel mit Birnen vergleichen. **Mir sind keine Beispiele von Impfungen gegen Viruskrankheiten mit nicht replizierenden Impfstoffen bekannt, die während einer Pandemie durchgeführt wurden.** Auch der Ebola-Impfstoff war ein Replikationsimpfstoff (VSV-EBOV), dessen Wirksamkeit in den von der WHO durchgeführten klinischen Studien schändlich gefälscht wurde, wie meine damalige Analyse als GAVI-Mitarbeiter zeigt:
https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vaccine_trial_GVB.pdf

Sie sagen auch, dass sich das Virus durch die Impfung immer mehr entwickeln wird, weil es mit der Immunität konkurriert, so dass das Virus jedes Mal stärker werden muss. Mit dieser Aussage gehen Sie eigentlich in die bakterielle Richtung. Sie vergleichen dies mit einer Bakterie, die gegen ein Antibiotikum resistent wird. Bislang habe ich keine Literatur gefunden, die diese Behauptung stützt. Können Sie mir anerkannte wissenschaftliche Veröffentlichungen zu diesem Thema nennen?

Dass eine Massenimpfung, wie sie oben beschrieben wurde, gelinde gesagt, sehr ernste Fragen hinsichtlich der Förderung der Ausbreitung infektiöserer Varianten aufwirft, geht aus verschiedenen Veröffentlichungen hervor. Ich möchte nur eine kleine Auswahl davon mit Ihnen teilen:

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780> :

"Die Evolutionsrate unterschätzt daher möglicherweise das evolutionäre Potenzial des Virus, nAntikörper zu umgehen, die als aktive Immunität (Impfstoffe) oder passive Immunität (nAntikörper-Prophylaxe) eingesetzt werden .

"Wenn nAntikörper in der Bevölkerung weit verbreitet sind, kann die Selektion auf Populationsebene für Antikörper-vermeidende, infektiionskompetente virale Mutanten zu einem schnellen Wiederauftreten von SARS-CoV-2-Infektionen führen.

"Obwohl diese Mutanten im Vergleich zum Wildtyp-Virus einen Fitnessnachteil haben, bevor nAntikörper in der Population weit verbreitet sind, werden sie ständig durch De-novo-Mutation erzeugt, so dass sie mit einer Häufigkeit ungleich Null existieren können. Sobald jedoch nAntikörper in der Population verbreitet sind, werden diese Mutanten einen Selektionsvorteil haben".

<https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acs.jpcllett.1c03380>:

"Jüngste Studien bestätigen, dass die natürliche Selektion der dominierende Mechanismus der SARS-CoV-2-Evolution ist, der Mutationen begünstigt, die die virale Infektiosität verstärken. Hier zeigen wir, dass Mutationen, die den Impfstoff durchbrechen oder gegen Antikörper resistent sind, einen neuen Mechanismus der viralen Evolution darstellen".

"Wir gehen davon aus, dass Impfstoff-Durchbruch- oder Antikörper-resistente Mutationen, wie die in Omikron, als ergänzender Übertragungsweg zu einem dominierenden Mechanismus der SARS-CoV-2-Evolution werden, wenn der Großteil der Weltbevölkerung entweder geimpft oder infiziert ist".

<https://journals.plos.OTg/plosbiology/article?id=101371/journalPbio.10.0.2198> :

"Unsere Daten zeigen, dass Impfstoffe gegen Krankheiten, die die Übertragung nicht verhindern, Bedingungen schaffen können, die das Auftreten von Erregerstämmen begünstigen, die bei ungeimpften Wirten schwerere Krankheiten verursachen." (Anmerkung: Die prophylaktische Impfung von Hühnern [Lebensdauer: 6-8 Wochen] gegen die hochinfektiöse Marek-Krankheit übt - im Gegensatz zur Massenimpfung mit C-19-Impfstoffen - keinen Druck auf die Infektiosität des Virus aus, sondern auf seine Virulenz)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8672435/pdf/jz1c03380.pdf>

".....die Bindung zwischen dem S und den Antikörpern könnte unter geimpften Personen übertragen werden, insbesondere in Ländern mit hohen Impfraten".

"... impfstoffresistente Mutationen werden allmählich zu einer der Hauptantriebskräfte der Evolution von SARS-CoV-2, insbesondere in Gebieten mit hohen Impfquoten."

"Indem wir die Entwicklung von impfstoffresistenten Mutationen in mehr als 2,2 Millionen SARS-CoV-2-Genomen verfolgen, zeigen wir, dass das Auftreten und die Häufigkeit von impfstoffresistenten Mutationen stark mit den Impfraten in Europa und Amerika korrelieren."

"Die frühe Phase der SARS-CoV-2-Evolution wurde vollständig von infektionsverstärkenden Mutationen dominiert. Seit Ende März 2021, sobald die Impfstoffe den hoch geimpften Bevölkerungsgruppen Schutz boten, wurden jedoch relativ häufig mehrere impfstoffresistente Mutationen wie Y449S und Y449H beobachtet."

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00036-0/fulltext:](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00036-0/fulltext:)

"Wenn es zu einer erheblichen Umgehung des Immunsystems kommt, bieten die derzeitigen Impfstoffe wahrscheinlich immer noch einen gewissen Nutzen für den Einzelnen. Auf Populationsebene könnten sie jedoch eine virale Selektion und ein Entweichen des Virus bewirken, wodurch die Aussicht auf eine Herdenimmunität immer geringer wird."

"Wir Wissenschaftler, die sich gegen COVID-19 einsetzen, müssen den Mut haben, uns an die Machthaber zu wenden, die letztlich die Verantwortung für die gewählte Politik und ihre Folgen tragen. Wenn man sich vor dieser Verantwortung drückt oder sie hinauszögert, könnte der unvermeidliche Tag der Abrechnung schrecklich sein."

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7941658/:](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7941658/)

"Das Auftreten und der rasche Anstieg der Prävalenz von drei unabhängigen SARS-CoV-2-"501Y-Linien", B.1.1.7, B.1.351 und P.1, in den letzten drei Monaten des Jahres 2020 gab Anlass zu erneuter Besorgnis über die evolutionäre Fähigkeit von SARS-CoV-2, sich sowohl an die zunehmende Immunität der Bevölkerung als auch an Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens wie Impfstoffe und soziale Distanzierung anzupassen. Infolgedessen haben sie alle epidemiologische und immunologische Eigenschaften erworben, die die Bekämpfung von COVID-19 wahrscheinlich erschweren werden."

"Der Immundruck wirkt sich derzeit wahrscheinlich auf die laufende Entwicklung von SC-2-Varianten aus."

"Neben der Begünstigung von ACE2 im Wettbewerb mit neutralisierenden Antikörpern um Spike-Protein-Bindungsstellen könnte eine erhöhte ACE2-Bindungsaffinität die Zeit verkürzen, die Viren benötigen, um in die Zellen einzudringen, und somit das Fenster ihrer Anfälligkeit für Antikörper verkleinern."

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34873910/:](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34873910/)

"Durch die Verfolgung der evolutionären Entwicklung von impfstoffresistenten Mutationen in mehr als 2,2 Millionen SARS-CoV-2-Genomen zeigen wir, dass das Auftreten und die Häufigkeit von impfstoffresistenten Mutationen stark mit den Impfraten in Europa und Amerika korrelieren."

(Editiert Febr 22) [https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acscinfecdis.1c00557:](https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acscinfecdis.1c00557)

"Die Wahrscheinlichkeit, dass diese 100 am häufigsten beobachteten Mutationen zufällig vorhanden sind, ist kleiner als eine Chance von 1,2 Nonillionen ($2100 \approx 1,2 \times 10^{30}$)."

"Es besteht kein Zweifel daran, dass die natürliche Selektion über die virale Infektiosität der dominierende Mechanismus für die Übertragung und Evolution von SARS-CoV-2 ist und nicht andere konkurrierende Theorien. Diese mechanistische Entdeckung legt den Grundstein für die Vorhersage zukünftiger SARS-CoV-2-Varianten."

Weitere Erläuterungen und vor allem Literatur zu diesem Thema finden Sie in einem in TrialSiteNews veröffentlichten Beitrag:

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2> [Anm. d. Übers: deutsche Version: <https://www.freizahn.de/2021/11/warum-das-laufende-massenimpfungsexperiment-eine-schnelle-evolutionaere-anpassung-von-sars-cov-2-bewirkt/>]

Wissenschaftler wie ich gehen nicht einfach 'auf Tournee'. **Jeder, der auch nur das geringste Verständnis von Evolutionsbiologie hat, wird nicht leugnen können, dass jeder Mikroorganismus, der in einer Weise unter Druck gesetzt wird, die seine Ausbreitung und Verbreitung behindert, auf natürliche Selektion zurückgreifen wird, um sich schließlich an seine veränderte, "feindliche" Umgebung anzupassen.** Die Tatsache, dass Viren im Gegensatz zu Bakterien auf lebende Wirtszellen angewiesen sind, um sich zu vermehren, ändert nichts an der Anwendbarkeit von Darwins Evolutionstheorie, wonach Varianten, die sich einen Fitnessvorteil gegenüber ihren Artgenossen verschaffen, letztere schließlich verdrängen und dominieren. Dies erklärt übrigens auch, warum die Massenimpfung nicht in der Lage ist, die SC-2-Infektion zu kontrollieren:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8481107/>

<https://thepulse.one/2021/11/17/a-100-vaccinated-nation-sees-exponential-rise-in-covid-cases-cautions-citentry/>

<https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/11/16/geert-vanden-bossche-was-right-the-worlds-most-vaccinated-county-can-fel-schnstmas-due-to-massive-n.se-in-covid-19-infections/>

Sie sagen, dass "die Software nicht gelöscht werden kann". Wir wissen, dass die Immunität mit einer Art Gedächtnis arbeitet, aber das gilt auch für die natürliche Immunität. Worin besteht also Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen der natürlichen Immunität, die langfristig wirkt, und den Impfstoffen? Die Impfstoffe beeinflussen auch die T-Zellen. Ich habe zwar Literatur dazu, aber Sie widersprechen dem. Sind Sie auch im Besitz von wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die dem widersprechen? In diesem Fall hätte ich sie gerne von Ihnen erhalten.

Im Gegensatz zur durch C-19-Impfstoffe induzierten Immunität stimuliert die natürliche SC-2-Infektion Effektorzellen des angeborenen Immunsystems (z. B. B1a-Zellen und NK-Zellen). Diese können ausreichen, um das Virus zu eliminieren, so dass die Infektion symptomlos oder allenfalls mild verläuft.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33391280/> : 'Different Innate and Adaptive Immune Responses to SARS-CoV-2 Infection of Asymptomatic, Mild, and Severe Cases' (dt.: 'Unterschiedliche angeborene und adaptive Immunreaktionen auf SARS-CoV-2-Infektionen bei asymptomatischen, leichten und schweren Fällen')

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC7202830/> : "The immune system of children: the key to understanding SARS-CoV-2 susceptibility?" (dt.: "Das Immunsystem von Kindern: der Schlüssel zum Verständnis der Anfälligkeit für SARS-CoV-2?")

B1a-Zellen produzieren polyreaktives IgM, das eine Schlüsselrolle bei der Eindämmung des Virus in den frühen Phasen der Infektion spielt. Dies wurde in mehreren Veröffentlichungen nachgewiesen (siehe Literatur unter dem obigen Link): <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2> (Anm. d. Übers: dt. Version <https://www.freizahn.de/2021/11/warum-das-laufende-massenimpfungsexperiment-eine-schnelle-evolutionaere-anpassung-von-sars-cov-2-bewirkt/>] sowie <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/> : 'Inherent specificities in natural antibodies: a key to immune defence against pathogen invasion' (dt.: *Inhärente Spezifitäten in natürlichen Antikörpern: ein Schlüssel zur Immunabwehr gegen die Invasion von Krankheitserregern*)) unter anderem für ein anderes umhülltes und glykosyliertes Atemwegsvirus (d.h., Influenza), das - wie SC-2 - eine akute Infektion verursacht, die von selbst aufhört ("acute, self-limiting"). Die als Folge der Exposition gegenüber Krankheitserregern erfolgende Ausbildung und Anpassung dieser IgM-produzierenden Zellen zu mehr antigenspezifischen IgM-Gedächtnis-B-Zellen ist bisher nur wenig untersucht worden: (<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.595535/full> : "Immunglobulin M in Health and Diseases: How Far Have We Come and What Next?" , (dt.: Immunglobulin M in Gesundheit und

Krankheit. Wie weit sind wir gekommen und was kommt als nächstes?). Es ist jedoch wahrscheinlich, dass, übrigens genauso wie es für NK-Zellen und für andere Mediatoren des angeborenen Immunsystems nachgewiesen wurde, auch angeborene B1a-Zellen eine solche Umprogrammierung und Feinabstimmung (d. h. ein "Training") durchlaufen: "Die zelluläre Grundlage der ausgebildeten Immunität und des heterologen Schutzes gegen Sekundärinfektionen liegt in der funktionellen Reprogrammierung angeborener Immunzellen, die erstmals bei Wirbellosen beobachtet wurde." In: Trained Innate Immunity, Epigenetics, and Covid-19;

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcibr2011679>. **Der Vorteil einer natürlichen SC-2-Infektion liegt also vor allem in der Ausbildung und dem Erwerb einer Art Gedächtnis durch das angeborene Immunsystem, das damit in der Lage ist, SC-2-Varianten (!) in Zukunft immer effizienter zu kontrollieren und zu eliminieren.** Impfstoff-Antikörper haben eine viel höhere Affinität für SC-2 als angeborene polyreaktive Antikörper (der Unterschied im Bindungsmechanismus ist auch beschrieben unter: <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/why-the-ongoing-mass-vaccination-experiment-drives-a-rapid-evolutionary-response-of-sars-cov-2>) (dt. Übersetzung: <https://www.freizahn.de/2021/11/warum-das-laufende-massenimpfungsexperiment-eine-schnelle-evolutionaere-anpassung-von-sars-cov-2-bewirkt/>) Aufgrund ihrer hohen Affinität bieten antigenspezifische Impfstoff-Antikörper daher einen Vorteil, wenn das zu bekämpfende Virus von diesen Antikörpern richtig erkannt werden kann. Dies ist jedoch bei den aktuellen C-19-Impfstoffen nicht der Fall, da sie auf ein S(pike)-Protein abzielen, das sich zunehmend von dem der zirkulierenden Varianten unterscheidet. Auf diese Weise scheinen diese Antikörper kaum funktionsfähig zu sein, während angeborene Antikörper, die aufgrund ihres multispezifischen Charakters diese Varianten (in Synergie mit NK-Zellen) sehr wohl erkennen und eliminieren könnten, ausgeschaltet werden.

Abgesehen von dem Vorteil, dass das angeborene Immunsystem trainiert wird, verhindert die natürliche Infektion - im Gegensatz zur Impfung - eine Immunflucht, da der Höhepunkt der Viruslast bereits beseitigt ist, bevor Antikörper gebildet werden (dank des angeborenen Immunsystems). Auf diese Weise setzen die Antikörper das Virus nicht unter Immundruck, während dies der Fall ist, wenn Menschen mitten in einer Pandemie geimpft werden und Antikörper bilden, während sie unter vollem Angriff des Virus stehen.

(<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0250780>;
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>).

Die Wirkung der natürlichen SC-2-Infektion ist also - auch unabhängig von der besseren Qualität und Diversität der gebildeten Antikörper - deutlich effizienter und stabiler als die der durch Impfung induzierten Immunität (d. h. aufgrund der sterilisierenden Immunität, der Ausbildung der angeborenen zellulären Immunität und des geringen Risikos einer Immunflucht). Dies könnte auch erklären, warum die natürliche Immunität einen länger andauernden und stärkeren Schutz gegen SC-2 erzeugt als die durch den Impfstoff hervorgerufene Immunität (siehe unten links), selbst nach Verabreichung einer Auffrischungsdosis (und selbst nach einer dritten Dosis scheint der Schutz gegen eine schwere C-19-Erkrankung nur von kurzer Dauer zu sein). Selbst die CDC hat inzwischen die Überlegenheit der natürlichen Immunität zugegeben (siehe nächster Link oben):

<https://childrenshealthdefense.org/defender/cdc-natural-immunity-trumps-vaccine-immunity/>

<https://twitter.com/martmkuHdorff/status/1430660291579105284?s=21>

<https://thepulse.one/2021/11/23/130-research-studies-affirming-the-power-of-natural-immunity-to-covid/>

<https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-natural-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/>

<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01557-z>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036>

Inzwischen hat sich auch gezeigt, dass es hinreichend Grund zu der Annahme gibt, dass selbst nach einer milden natürlichen Infektion ein robuster, langfristiger Schutz gegen SC-2 induziert werden kann, und dies sogar bei sehr niedrigen Serumkonzentrationen von erworbenen, antigenspezifischen (S)-Antikörpern. Diese Forschung weist also auch auf die "versteckte" Schutzwirkung der natürlichen SC-2-Infektion hin:

<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4.pdf>

Ihnen zur Folge besteht die Gefahr von immunologischen Nebenwirkungen. Dieser Aussage können wir uns in der Tat anschließen. Jeder Impfstoff kann Nebenwirkungen haben, und damit muss gerechnet werden. Sie sagen, dass Sie die Pandemie auf andere Weise eindämmen würden, aber Sie werden nicht wirklich konkret, abgesehen von dem, was Sie über das Puzzle sagen, das heute üblich ist, weil es sich nicht mehr nur auf die Impfung stützt, sondern auch auf die anderen wissenschaftlichen Erkenntnisse, wie Prophylaxe und so weiter, das Tragen eines Mundschutzes, Handhygiene, Abstand halten. Welchen konkreten Schritt würden Sie vorschlagen?

Ich habe bereits in Schriften und Interviews, die alle ausführlich auf meiner Website dokumentiert sind, wiederholt deutlich gemacht, dass es entscheidend ist, zunächst die **Massenimpfungen vollständig zu stoppen, den Infektionsdruck durch eine einmalige antivirale Massen-Chemoprophylaxe über einen Zeitraum von 6 Wochen zu senken sowie Kampagnen zu organisieren, um die Bevölkerung für die entscheidende Bedeutung einer gesunden Ernährung** (einschließlich Vitamin D im Winter) **und Lebensweise** (z.B. Bewegung!, kein Übergewicht, ausreichend Ruhe usw.) zu sensibilisieren, denn es besteht ein starker, wissenschaftlich nachgewiesener Zusammenhang zwischen guter Gesundheit und optimaler Funktionalität des angeborenen Immunsystems (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33013904/>). Darüber hinaus sollte **die gefährdete Bevölkerung (z. B. ältere Menschen und Menschen mit Grunderkrankungen) durch Maßnahmen zur Infektionsprävention geschützt werden, solange die Pandemie nicht unter Kontrolle ist, und sie sollten rechtzeitig mit geeigneten Medikamenten behandelt werden** ("frühzeitige, multimediale Behandlung": siehe unten) (d. h. sobald C-19-Symptome auftreten).

Sie sprechen von natürlicher Immunität. Hätten Sie dann - wie begründen Sie das wissenschaftlich - von Beginn der Pandemie an keine Schritte in Richtung Impfung oder Immunisierung unternommen, und worauf stützen Sie sich, dass die Pandemie nach einem Jahr vorbei gewesen sein könnte?

Zu Beginn der Pandemie gab es keine C-19-Impfstoffe. Falls es diese doch gegeben hätte, dies der Fall gewesen wäre, wäre es vielleicht gerechtfertigt gewesen, nur die gefährdeten Personen mit einem geeigneten C-19-Impfstoff zu impfen (d. h. dessen Spike-Protein mit dem der zirkulierenden Variante übereinstimmt), obwohl ich persönlich nicht dafür bin, *während einer Pandemie* auch nur eine begrenzte Gruppe der Bevölkerung mit "undichten" Impfstoffen zu impfen. Es wäre viel sinnvoller gewesen, gefährdete Personen sofort mit den damals bereits verfügbaren Medikamenten (monoklonale Antikörper, Virusinhibitoren, Entzündungshemmer, Kortikoide, Antihistaminika, Blutgerinnungshemmer usw.) zu behandeln, gegebenenfalls auch präventiv im Falle eines positiven Tests, um einen Krankenhausaufenthalt zu vermeiden und diesen Patienten durch eine schnellere Genesung einen schnelleren Beitrag zur Gruppenimmunität zu ermöglichen. Die Wirksamkeit einer solchen Therapie wurde eindeutig nachgewiesen, sogar in Fachzeitschriften mit Peer-Review:

1. <https://www.ijrms.in/index.php/ijrms/article/view/1100>,
<https://www.ijrms.in/index.php/ijrms/article/view/1100#downloadTab>
2. <https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1>

Sie sprechen vom angeborenen Immunsystem. Soweit ich weiß, durchläuft ein Kind viele Infektionen, wenn es in die Kinderkrippe und den Kindergarten geht, und baut so eine gewisse Grundimmunität auf. Natürlich sind alle Moleküle und Verbindungen für den Aufbau der Immunität in dem Kind vorhanden, aber es ist der Kontakt mit den verschiedenen Viren, der dafür sorgen muss, dass die Immunität aufgebaut wird.

Und wie, glauben Sie, baut das Kind diese Grundimmunität auf, von der Sie sprechen, anstatt einer Infektion zu erliegen? Wie kann ein Kind, das immunologisch naiv ist, diese Infektionen abwehren? Es ist die angeborene Immunität, die die Infektion zunächst auffängt und schwere Erkrankungen oder Gewebeschäden verhindert, bevor die sich langsam entwickelnde adaptive Immunantwort einsetzt. Die von Ihnen angesprochene Immunität gegen verschiedene Krankheitserreger ist nur möglich, wenn das angeborene Immunsystem (z. B. durch angeborene Antikörper) den größten Teil der Infektionslast

übernimmt. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>: "Inhärente Spezifitäten in natürlichen Antikörpern: ein Schlüssel zur Immunabwehr gegen die Invasion von Krankheitserregern").

Sie behaupten, dass die angeborene Immunität ausgereicht hätte, um das Coronavirus einzudämmen, aber ich hätte mir eine wissenschaftliche Erklärung dafür gewünscht, denn wir alle wissen, dass das Immunsystem mit zunehmendem Alter etwas weniger wachsam reagiert - Sie haben darauf hingewiesen. Die Experten, die die Regierung bei der Pandemie begleiteten, machten zu Beginn der Krise sehr deutlich, dass es in der Bevölkerung noch keine natürliche Immunität gegen das Coronavirus gab, weil es sich um ein völlig neues Virus handelte und es daher eigentlich unmöglich war, dass wir als Individuen bereits eine Immunität aufgebaut hatten.

Das Problem ist, dass unsere Experten anscheinend nicht wissen, dass es eine angeborene zelluläre Immunität gibt, und dass sie Gefangene von Dogmen sind, die mit erworbenen Antikörpern hausieren gehen, obwohl die Bildung dieser Antikörper erst dann erfolgt, wenn der Großteil des SC-2-Virus bereits durch das angeborene Immunsystem entfernt wurde. Es ist also die angeborene Immunität zusammen mit der Aktivierung von CD8+ T-Zellen (ohne Gedächtnis), die für die sterilisierende Immunität (durch Eliminierung virusinfizierter Zellen) und die Genesung von Krankheiten verantwortlich sind (siehe auch <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/geert-vanden-bossche-speaks-at-covid-19-health-symposium>). Genau aus diesem Grund werden diese Virusinfektionen als "akute, selbstlimitierende" ('acute, selflimiting') Infektionen bezeichnet, und dies ist auch der Grund, warum die "natürlich" erworbenen Antikörper nicht mit einem Schutz korrelieren. Die angeborene Immunität bestand zu Beginn der Pandemie und erklärt auch, warum die große Mehrheit der gesunden Bevölkerung - trotz fehlender natürlich erworbener Antikörper - zumindest vor einer schweren C-19-Erkrankung geschützt war.

Wie können Sie diese Aussage nun widerlegen? War es also möglich, dass ein Einzelner oder ein älterer, gesunder Bürger eine ausreichende Immunität gegen das Virus hatte, und worauf stützen Sie sich dabei?

Auch gesunde ältere Menschen können noch über eine funktionierende angeborene Immunität verfügen, z. B. wenn diese ausreichend trainiert wurde, wie z.B. durch anderen Virusinfektionen (z. B. Influenza, RSV usw.). Es stimmt auch, dass viele gesunde ältere Menschen, selbst wenn sie nicht geimpft sind, gegen die Influenza geschützt zu sein scheinen (und das schließt auch gesunde ältere Menschen ein, die mit einem Grippeimpfstoff geimpft wurden, der aufgrund seiner Nichtübereinstimmung mit dem zirkulierenden Grippestamm nicht einmal wirksam ist). Es ist auch klar, dass viele ältere, gesunde Menschen zu Beginn der Pandemie nicht an Covid 19 (C-19) erkrankten und auch jetzt nicht erkrankten, obwohl sie ungeimpft sind. Die Behauptung, dass die alle nicht infiziert waren, ist schwer zu belegen.

Wie würden Sie bei Patienten vorgehen, die ein geschwächtes Immunsystem haben? Wie würden Sie sie schützen?

Sie müssen durch Maßnahmen der Infektionsprävention besonders geschützt werden (solange keine Gruppenimmunität besteht) und Zugang zu einer frühzeitigen Behandlung haben, die sich als äußerst wirksam erwiesen hat (siehe oben).

Wo ordnen Sie die durch Impfung erworbene Immunität in der Kombination von angeborener und erworbener Immunität ein? Ist das für Sie überhaupt nicht der Fall oder doch?

Die durch die Impfung mit den derzeitigen C-19-Impfstoffen erworbene Immunität hat keinen Platz im Kampf gegen eine CoV-Pandemie. Diese Antikörper induzieren keine sterilisierende Immunität, sind also nicht in der Lage, das Virus zu eliminieren, und wenn sie massenhaft induziert werden (Massenimpfung),

fördern sie die Ausbreitung von infektiöseren Varianten der *Immundefluenz*. Darüber hinaus kann die Bindung von Impfstoff-Antikörpern, die das S-Antigen nicht ausreichend erkennen, an die zirkulierende Variante zu einer unzureichenden Neutralisierung des Virus führen, was ein potenzielles Risiko für die Entwicklung von ADE (antibody-dependent enhancement) darstellt. ([https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)). Der Schutz vor schweren Erkrankungen, die einzige Behauptung, die für die C-19-Impfstoffe noch gilt, beruht auf der Aktivierung polyfunktionaler, nicht-zytolytischer T-Zellen, wie ich bereits erläutert habe (alle Beiträge auch auf TrialSiteNews veröffentlicht); <https://trialsitenews.com/>) :

Wenn Anti-S(pike)-Antikörper gegen Omikron die Erzählung nicht mehr aufrechterhalten können, warum dann nicht auf T-Zellen zurückgreifen?

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/when-anti-s-pike-antibodies-against-omicron-can-no-longer-sustain-the-narrative-why-not-resort-to-t-cells>

Erklären kreuzreaktive T-Zellen den milden Verlauf einer Omikron-Infektion?

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/q-a-09-do-cross-reactive-t-cells-explain-mild-course-of-omicron-infection>

An alle, die die Aufhebung der SARS-CoV-2-Infektion weiterhin auf bereits vorhandene kreuzreaktive T-Zellen und nicht auf die angeborene Immunität zurückführen. Der Teufel steckt im Detail der von Fachleuten überprüften Veröffentlichungen.

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/to-those-who-continue-attribute-abrogation-sars-cov-2-infection-pre-existing-cross-reactive-t-cells-rather-innate-immunity-the-devil-is-the-detail>

Kreuzreaktive Gedächtnis-T-Zellen sind mit dem Schutz vor einer SARS-CoV-2-Infektion bei COVID-19-Kontakten verbunden (aber nicht dafür verantwortlich).

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/cross-reactive-memory-t-cells-are-associated-with-but-not-responsible-for-protection-against-sars-cov-2-infection-in-covid-19-contacts>

Killer"-Immunzellen erkennen immer noch Omikron-VarianteAch wirklich?

<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/killer-immune-cells-still-recognize-omicron-variant-oh-really>

Auch die Induktion solcher T-Zellen ist nicht ungefährlich. Als Vakzinologin weiß ich sehr gut, dass jede Autoimmunerkrankung oder immunentzündliche Pathologie, die durch eine natürliche Krankheit oder eine Impfung verursacht wird, immer mit einer starken Aktivierung von T-Zellen, meist CD4+ T-Zellen, einhergeht.

Sie sagen, dass durch die Impfung Antikörper gebildet werden, während ein intensiver Kontakt mit dem Virus besteht. Sie geben indirekte Veröffentlichungen an. Was meinen Sie mit indirekt? Ist das tatsächlich wissenschaftlich untermauert? Können Sie das erklären?

Das beruht einfach auf einer Tatsache, einer Beobachtung: Wenn man Menschen während einer Pandemie, also in einer Zeit erhöhter Ansteckungsgefahr, impft, dann bildet ein Teil der Bevölkerung noch Antikörper, während sie dem Virus bereits ausgesetzt sind. Diese Antikörper sind per definitionem "unreif" (z. B. während des Aufbaus oder nach der ersten von zwei Impfdosen) und daher unzureichend funktionsfähig. Sind sie zudem gegen ein Antigen (Spike) einer vom Wuhan-Stamm abweichenden Variante gerichtet, wirkt sich dies ebenfalls negativ auf die Antigenaffinität und damit die Funktionalität (d. h. die Virusneutralisierungskapazität) dieser Antikörper aus. **Daher ist die Massenimpfung während einer Pandemie von Varianten mit Impfstoffen, die keine sterilisierende Immunität induzieren, dazu verdammt die Ausbreitung von infektiöseren Immun-Escape-Varianten zu fördern** (siehe oben).

Sie sagen auch, dass die Varianten vor der Massenimpfung entstanden sind. Worauf stützen Sie sich dabei? Das höre ich nämlich zum ersten Mal. Das habe ich auch nirgendwo gelesen. Ich bitte diesbezüglich um eine

Klarstellung.

Dann sollten Sie in der Tat die Literatur noch einmal lesen. Einige Ihrer Kollegen wissen das offenbar sehr wohl. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Varianten, sogar die berühmten VoCs (variants of concern), bereits vor Beginn der Massenimpfungen existierten. Selbst die rücksichtslosesten Faktenchecker werden dem zustimmen.

Sie behaupten, dass eine Massenimpfung gegen Omikron nicht notwendig ist. Wie lautet Ihr Vorschlag für die folgenden Varianten? Schließlich geht es bei der heutigen Übung nicht nur um Omikron. Für Omikron ist es bereits zu spät. Darin sind wir uns einig. Ist es also nicht notwendig, zu prüfen, was mit den nachfolgenden Varianten tatsächlich gemacht werden soll?

Ich sage nicht nur, dass es nicht notwendig ist, ich sage, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit sogar schädlich ist. Wie ich bereits gesagt habe, müssen wir uns auf die (trainierte) angeborene Immunität konzentrieren und nicht auf die Impfung mit Impfstoffen, die das Virus immer mehr unter Druck setzen, ohne es unter Kontrolle zu bringen. Die Omikron-Familie kann um neue Mitglieder erweitert werden, sofern diese die Bedingung einer rezeptorbindenden Domäne (RBD) erfüllen, die gegen virusneutralisierende Antikörper resistent ist (dies wird durch 15 Mutationen in der RBD erreicht, die bei den bekannten Mitgliedern der Omikron-Familie üblich sind). Die angeborene Immunität einer neuen, sehr unterschiedlichen Variante wie Omikron muss vielleicht noch einmal trainiert werden, aber es ist zu erwarten, dass sie aufgrund ihrer polyvalenten Natur in kürzester Zeit in der Lage sein wird, neuen Mitgliedern der Omikron-Familie zu widerstehen. Bevor diese Ausbildung abgeschlossen ist, kann es jedoch aufgrund des sehr hohen Infektionsdrucks zu einer Spitze von leichten bis mittelschweren Erkrankungen kommen. Die Resistenz gegen Anti-S-Antikörper sorgt jedoch dafür, dass die angeborenen Antikörper wieder maximal mit dem Virus interagieren können, was meiner Meinung nach der Hauptgrund für den - zumindest anfangs - meist eher milden Verlauf von Omikron ist. **Solange die Bevölkerung nicht massenhaft Antikörper gegen Omikron bildet** (z. B. aufgrund des zunehmenden Immundrucks auf das Virus durch die steigende Anti-S-Seroprevalenz), **gibt es keinen Grund zu der Annahme, dass gefährlichere Varianten auftauchen werden.** Je häufiger die Menschen jedoch Omikron ausgesetzt sind, desto mehr minderwertige Antikörper entwickeln sie aufgrund von Antigen-sünden (bei Personen, die mit den aktuellen C-19-Impfstoffen geimpft sind oder die von einer C-19-Erkrankung genesen sind) oder bei ungeimpften Personen aufgrund einer asymptomatischen/leichten Infektion. **Aufgrund der hohen Infektiosität von Omikron wird dies zweifellos zu immer mehr Erkrankungen und damit zu einer höheren Anti-S (Omikron)-Seroprevalenz in der Bevölkerung führen. Die nächste Variante wird dadurch eine, die möglicherweise gegen Anti-Omikron-Antikörper resistent ist.** Angesichts der häufig zirkulierenden Varianten steigt natürlich die Wahrscheinlichkeit, dass sich SC-2-Varianten im selben Wirt untereinander rekombinieren und so neue Varianten mit völlig unvorhersehbaren Charakteristika hervorbringen. Aber selbst dann können sie nur gedeihen, wenn ihre infektiösen Eigenschaften es ihnen erlauben, den Anti-Omikron-Antikörpern zu widerstehen. **Diese natürliche Auslese wird durch eine massive Anti-Omikron-Impfung der Bevölkerung nur noch beschleunigt,** weil auch sie die "alten" Anti-Wuhan-Anti-S-Antikörper wieder zu wecken scheint (<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1.full.pdf>). Der infektiöse Charakter der nachfolgenden Varianten wird daher meines Erachtens von dem Immundruck abhängen, den die Bevölkerung infolge der höheren Morbiditätsrate durch Omikron selbst (aufgrund der natürlichen Verstärkung (boost) der seropositiven Bevölkerung und/oder der hohen Infektiosität des Virus) oder durch den Anti-Omikron-Impfstoff (aufgrund der durch den Impfstoff bewirkten Verstärkung (boost) der seropositiven Bevölkerung) ausübt.

Sie behaupten auch, dass nicht geimpfte Menschen genauso auf Omikron reagieren wie geimpfte Menschen. Bei meinen Kontakten mit Ärzten im Bereich der Intensivpflege ist das ganz anders. Die Patienten, die schwer erkranken, COVID-19 entwickeln und tatsächlich einen Krankenhausaufenthalt und Hilfe benötigen, sind hauptsächlich und fast ausschließlich ungeimpfte Patienten. Wie können Sie diese Tatsache widerlegen?

Vielleicht sind das die Daten, die Sie haben. In jedem Fall ist laut Sciensano (belgische Statistikbehörde) der

Tagesdurchschnitt der neuen C-19-Krankenhausaufenthalte bei den Geimpften (einschließlich derjenigen, die bereits eine Auffrischung nach der vollständigen Impfung erhalten haben) höher als bei den Ungeimpften (<https://covid-19.sciensano.be/nl/covid-19-epidemiologische-situatie>: p. 28). Vor allem wird Ihre Behauptung nicht durch Daten aus anderen Ländern gestützt:

<https://theconservativetreehouse.com/blog/2021/09/28/truth-being-ignored-victoria-australia-records-867-new-covid-cases-375-in-hospital-and-95-of-those-hospitalized-are-vaccinated/>

<https://www.lifesitenews.com/news/death-rate-from-variant-covid-virus-six-times-higher-for-vaccinated-than-unvaccinated-uk-health-data-show/>

<https://dailyexpose.uk/2021/07/03/fully-vaccinated-people-have-a-885-higher-chance-of-death-due-to-covid-19-than-people-who-are-unvaccinated-according-to-official-data/>

Eine kürzlich erschienene Veröffentlichung weist darauf hin, dass geimpfte Personen anfälliger für eine Infektion mit Omikron sind und daher leichter erkranken (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>). Allerdings wurde festgestellt, dass geimpfte Personen in dieser Studie weniger Viren ausscheiden. Es wurden bereits Hunderte von Berichten, Veröffentlichungen usw. veröffentlicht, von denen viele widersprüchlich sind. Der Grad der Infektionsanfälligkeit und der Virusausscheidung hängt von vielen Faktoren ab, z. B. von der Viruslast, der Art der SC-2-Variante, dem Grad und der Art der Immunität (von der die impfstoffinduzierte Immunität nur ein Teil ist), dem Alter der getesteten Person und dem möglichen Vorhandensein von Grunderkrankungen, dem Zeitpunkt der Untersuchung, Umweltfaktoren usw. Da sich sowohl die vorherrschenden Virusvarianten als auch die Immunität (Training!) der Bevölkerung während der Pandemie weiterentwickeln und ähnliche Kriterien oft von verschiedenen Forschern mit unterschiedlichen Parametern oder Methoden untersucht werden, ist es nicht verwunderlich, dass sich auch die Daten zur Anfälligkeit für Infektionen und zur Ausscheidung während der Pandemie weiterentwickeln und je nach Forschungseinrichtung unterschiedlich sind.

Ich bleibe jedoch dabei, dass es durchaus möglich und meines Erachtens sogar wahrscheinlich ist, dass geimpfte Personen zunehmend anfällig für die C-19-Krankheit werden und es immer schwieriger wird, das Virus zu bekämpfen, während ich bei ungeimpften Personen das Gegenteil erwarte (hauptsächlich aufgrund der Anpassungsfähigkeit und der Umprogrammierung der Lymphozyten, die für die Produktion von angeborenen Antikörpern verantwortlich sind, die gegen alle Varianten wirksam sind). Lassen Sie uns daher ruhig die Zahlen der Krankenhausaufenthalte "wegen" (und nicht "mit") Covid betrachten, fein säuberlich geschichtet nach Impfstatus, Altersgruppe und Grunderkrankungen. Und lassen Sie uns diese Zahlen zwischen diesem und dem nächsten Monat überprüfen. **Zahlen von Public Health Scotland zeigen, dass das Risiko einer schweren Erkrankung und eines Krankenhausaufenthalts bei doppelt geimpften Personen bereits deutlich höher ist als bei nicht geimpften Personen** (<https://palexander.substack.com/p/devastating-negative-efficacy-public>). Anstatt sich jedoch auf "Momentaufnahmen" zu konzentrieren und die falschen Fragen zu stellen, ist es meiner Meinung nach höchste Zeit, dass sich Wissenschaftler und Experten endlich damit befassen, i) **wie wir die Pandemie durch (echte!) Gruppenimmunität eindämmen und in eine endemische Phase übergehen lassen können** und ii) **welche Immunität die Menschen in der Zwischenzeit am besten wählen**. Meines Erachtens sind dies die einzigen beiden Fragen, die sowohl für die öffentliche als auch für die individuelle Gesundheit entscheidend sind.

Ich hatte noch eine Frage, zu der ich vielleicht später komme.

Ich hätte den allgemeinen Fragen an beide Redner gerne noch ein paar Fragen hinzugefügt.

Wenn wir die Impfung obligatorisch machen würden, welcher Impfstoff sollte dann obligatorisch sein? Lassen wir dem Patienten eine Wahl? Es gibt Proteinimpfstoffe und mRNA-Impfstoffe. Ist es wichtig, dass es eine Wahlmöglichkeit für den Patienten oder den Arzt gibt?

Es gibt deutliche Unterschiede bezüglich der Sicherheit zwischen den genetischen Impfstoffen und den herkömmlichen Impfstoffen. **Da ich jedoch davon überzeugt bin, dass diese Impfstoffe, wenn sie für Massenimpfungen verwendet werden, sowohl aus der Sicht des Einzelnen als auch aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit zu einem Fiasko führen werden, kann ich niemandem empfehlen, sich mit irgend einem dieser Impfstoffe impfen zu lassen. Es ist wesentlich sicherer und effizienter, die Schwachen durch vorbeugende Maßnahmen und vor allem durch eine frühzeitige Behandlung vor schweren Krankheiten zu schützen.**

Wenn wir eine Impfpflicht einführen würden, wie viele Dosen wären dann erforderlich? Wie findet man das heraus? Was halten Sie von der saisonalen Grippeimpfung? Wenn dieses Virus endemisch wird und sich wie eine Grippe verhält, sollten wir dann auch die Grippeimpfung zur Pflicht machen?

Angesichts meiner obigen Antwort ist diese Frage für mich irrelevant. Wenn wir so weitermachen, wird SC-2 alles andere als endemisch werden. Außerdem kann ich nur davor warnen, dass wir, wenn die Regierungen es sich in den Kopf setzen, nun auch bei der saisonalen Grippe Massenimpfungen mit herkömmlichen Impfstoffen durchzuführen, sehr bald mit Wellen von immer infektiöseren Grippevarianten konfrontiert sein werden.

Es gibt eine Reihe weiterer Impfstoffe in der Entwicklung, wie perorale Impfstoffe und Sprays. Müssen wir sie heute berücksichtigen, und können sie einen anderen Einfluss auf die erzielte Immunität haben?

Nein, weil diese Impfstoffe Schleimhaut-Antikörper induzieren, wird ihre Verabreichung während einer Pandemie die Ausbreitung von immer infektiöseren Varianten nicht verhindern. Das Problem der Immunflucht vor den hochspezifischen Antikörpern, die auch durch diese (Schleimhaut-) Impfstoffe induziert werden, bleibt gleich. Und selbst wenn solche Impfstoffe prophylaktisch verabreicht werden (d. h. außerhalb einer Pandemie), ist bekannt, dass sie regelmäßig aufgefrischt werden müssen (alle 3 bis 6 Monate), um die Schleimhautantikörper in ausreichender Konzentration zu halten. Man könnte sich auch fragen, warum bisher kein Schleimhautimpfstoff auf dem Markt ist, der auf virale Infektionen abzielt und auf einem nicht-replizierenden Antigen basiert.

Was die Langzeitwirkungen angeht, und das hat einer der Redner erwähnt, sind wir überzeugt, dass jeder Impfstoff ohnehin überwacht werden sollte. Pharmakovigilanz ist eine Selbstverständlichkeit. Inwieweit werden die langfristigen Auswirkungen den Einfluss bestimmen, den ein Impfstoff auf künftige Therapien haben kann, denen sich die Patienten unterziehen müssen? Wir haben die PEG-Lipide, die leicht immunogen sind und an der Universität Gent erforscht werden. Haben Sie dies bei Ihrer heutigen Stellungnahme bereits berücksichtigt?

Ich weiß nicht, ob diese Frage an mich gerichtet war. In jedem Fall kann ich Ihnen als Impfstoffexperte sagen, dass ich über die bisher gemeldeten Nebenwirkungen (z. B. VAERS, EudraVigilance, DoD), insbesondere im Zusammenhang mit den genetischen C-19-Impfstoffen, entsetzt bin. Inwieweit der immunogene Charakter von PEG dazu beiträgt, ist meines Erachtens nicht bekannt, sollte aber wie viele andere Faktoren gründlich untersucht werden, bevor diese Impfstoffe auf rein experimenteller Basis massenhaft an alle Bevölkerungsgruppen verabreicht werden.

Sofie Merckx (PVDA-PTB):

Ich komme nun zu den Fragen an Herrn Vanden Bossche.

Diese Anhörungen finden im Rahmen der Debatte über eine Impfpflicht statt. Ich stelle fest, dass wir jetzt in eine Debatte über den Nutzen von Impfungen eingetreten sind, zumindest bei dieser Pandemie.

Ich denke, es ist wichtig, dass wir uns auch mit diesem Thema befassen. Sie haben erklärt, dass eine Pandemie nach einem Jahr von selbst aufhört. Können Sie dafür Beispiele aus der Geschichte nennen, denn wir haben offensichtlich nicht dieselben Geschichtsbücher gelesen.

Ich lese keine Geschichtsbücher, aber ich lese wissenschaftliche Veröffentlichungen. Ich freue mich, Ihnen dieselbe Bemerkung mitteilen zu können, die ich vorhin gegenüber Frau Depoorter gemacht habe. Es ist klar, dass sich die Dauer der aktuellen Pandemie im Vergleich zu einer natürlichen Pandemie bereits verdoppelt hat, auch wenn es inzwischen Stimmen gibt, die die Bevölkerung glauben machen wollen, dass die Infektion endemisch ist. **Die Infektionsrate war noch nie so hoch und es gibt alles andere als eine Gruppenimmunität. Ein Ende dieser Pandemie ist daher nicht in Sicht.**

Sie sind eindeutig Befürworter der kollektiven Immunität, wenn ich das richtig verstanden habe. Am 26. November veröffentlichte Sciensano eine Studie, wonach durch die Impfung 30.000 Krankenhauseinweisungen vermieden wurden. Stellen Sie diese Studie in Frage und auf welcher Grundlage? Unterstützen Sie das brasilianische Modell? In Brasilien entscheiden sich die Machthaber eindeutig für die Option der kollektiven Immunität. Glauben Sie, dass die Situation dort aus gesundheitlicher und immunologischer Sicht besser ist?

Diese Analyse zeugt von dem "kurzfristigen Denken", das uns daran hindert, diese Pandemie zu kontrollieren. Die Zahl der Krankenhauseinweisungen an sich ist eine fehlerhafte Messgröße für den Erfolg des menschlichen Eingreifens bei einer Pandemie. **Der Erfolg einer Intervention in einer Pandemie kann nur anhand ihrer Auswirkungen auf die Virusübertragung zuverlässig beurteilt werden.** Die Verringerung der Zahl der Krankenhausaufenthalte ist das Ergebnis einer "symptomatischen" Intervention, die nur dazu führt, dass sich konkurrenzfähigere, d. h. infektiösere Varianten immer weiter ausbreiten, bis sie völlig resistent gegen die Impfstoff-Antikörper geworden sind. Zu diesem Zeitpunkt führt der noch höhere Grad der Infektiosität (z. B. Omikron) zu mehr Krankheitsfällen. Es ist nicht auszuschließen, dass der dadurch erhöhte Immundruck auf das Virus wiederum zur natürlichen Selektion einer noch infektiöseren Variante führt, z. B. weil die gebildeten Antikörper zwar noch an das Virus binden, es aber nicht mehr neutralisieren können. Auf diese Weise kann eine solche Variante ADE verursachen. Dies kann nur beschleunigt werden, indem man auch noch gegen Omikron impft. Die Auslösung von ADE würde einen wahren Sturm von Krankenhausaufenthalten auslösen. **Deshalb fordere ich in erster Linie einen sofortigen Stopp der Massenimpfungen und eine allgemeine antivirale Chemoprophylaxe in Ländern mit einer hohen Impf- und Infektionsrate (wie Belgien).**

Zum Vergleich sollte die Zahl der vermiedenen Krankenhausaufenthalte auch für die Dauer einer natürlichen Pandemie berechnet werden. Wie bereits erwähnt, haben wir diese bereits verdoppelt. Krankenhausaufenthalte sollten durch eine frühzeitige Behandlung vermieden werden (deren Wirksamkeit unbestritten ist, wie mehrere von Experten begutachtete Veröffentlichungen belegen) (<https://www.jjirms.in/mdexjph/p/yirms/articleview/n00>, <https://www.preprints.org/manuscript/202007.0025/v1>) und nicht durch Impfstoffe, die nur die Verbreitung von infektiöseren Immunfluchtvarianten fördern. **Dies ist gleichbedeutend mit dem Wischen des Bodens mit einem weit geöffneten Zapfenhahn....**

Brasilien hat trotz einer sehr hohen Infektionsrate immer noch eine relativ niedrige Sterblichkeitsrate, und es gibt auch erhebliche regionale Unterschiede. So wie antivirale Medikamente und eine frühzeitige Therapie den Krankenhausaufenthalt von Patienten stark reduzieren können, so ist zu erwarten, dass eine allgemeine antivirale Chemoprophylaxe die Infektionslast und damit die Zahl der Patienten stark reduzieren kann. Dies gilt insbesondere an Orten, an denen der Infektionsdruck aufgrund von Überbelegung und mangelnder Hygiene sehr schnell ansteigen kann. Wie bei der individuellen Behandlung geht es also darum, die natürliche Immunität auch auf der Ebene der Bevölkerung kontrolliert entstehen zu lassen, was der Behauptung, ich würde dafür plädieren, der Pandemie auch in Gebieten mit sehr hohem Infektionsdruck ihren Lauf zu lassen, diametral entgegensteht! **In jedem Fall erwarte ich, dass die bereits rückläufige Infektionswelle in Brasilien zum Auftreten einer Herdenimmunität führen wird, während ich in den europäischen Ländern, die ihre Bürger weiterhin massenhaft impfen (bald mit Anti-Omikron-Impfstoffen), keine Herdenimmunität entstehen sehe.**

Sie sagen, dass eine hohe Durchimpfungsrate zum Auftreten von Varianten führt. Können Sie das für den Corona-Impfstoff in Bezug auf die sich abzeichnenden Varianten belegen? Wir hatten die britische Variante, bevor wir geimpft haben, und all die anderen Varianten, die in Ländern mit geringer Durchimpfungsrate aufgetreten sind.

Siehe oben: Varianten gab es offensichtlich schon vor Beginn der Massenimpfungen. Darum geht es mir also überhaupt nicht, wenn ich die Frage der Massenimpfung aufwerfe.

Sie sagen auch, dass Sie bei einer Pandemie, wie wir sie jetzt erleben, völlig gegen Impfungen sind und dass wir die natürliche Immunität für sich selbst sprechen lassen sollten. Selbst wenn wir die Impfung nicht verpflichtend machen würden, hätten sich viele Menschen ohnehin impfen lassen, sobald die Impfstoffe auf dem Markt waren, weil viele Ärzte ihren Patienten die Impfung empfehlen und die Regierung sie organisiert. Befürworten Sie also ein Verbot von Impfungen? Wäre das Ihrer Meinung nach besser?

Alles hat mit einer offenen wissenschaftlichen Debatte und einer wahrheitsgemäßen Kommunikation gegenüber der Bevölkerung zu tun. **Ich kann mir nur schwer vorstellen, dass, wenn viele Ärzte das Recht hätten, sich ohne Zensur zu äußern, und wenn die Bevölkerung angemessen informiert wäre über i) die erheblichen Nebenwirkungen einiger dieser Impfstoffe und ii) die immer deutlicher werdende negative Wirksamkeit (vor allem bei leichten und mittelschweren Erkrankungen) und iii) die aussichtslose Perspektive, durch diese Impfung jemals eine Gruppenimmunität zu erreichen, und iv) die hohe Wirksamkeit der "frühen Mulimedikamentösen-Behandlung" bei gefährdeten Gruppen, noch viele Menschen "auf jeden Fall" bereit finden, sich und ihren Kindern eine Auffrischungsimpfung nach der anderen in den Körper injizieren zu lassen.**

Sie sagen auch, dass geimpfte und ungeimpfte Menschen im selben Boot sitzen. In Belgien liegen jedoch Zahlen vor, die zeigen, dass das Risiko eines Krankenhausaufenthalts für eine ungeimpfte Person größer ist und dass die Impfstoffe vor schlimmeren Formen von Covid schützen. Es gibt u.a. eine Studie von Sciensano, die Sie sicher kennen. Da die Zeit hier knapp ist, habe ich sie nicht nachschlagen können. Können Sie anhand von Studien nachweisen, dass die Geimpften die gleiche Hospitalisierungsrate haben wie die Nichtgeimpften?

Siehe oben: Es gibt tatsächlich mehrere Quellen, die dem widersprechen. Aber wie ich oben und auch in meiner Rede sagte, ist man nicht mit "Schnappschüssen" / Momentaufnahmen bedient, sondern mit einem Blick auf die Endstation. **Eine weitere Forcierung der Massenimpfung auf der Grundlage des Verhältnisses zwischen geimpften und ungeimpften Krankenhauspatienten kann unmöglich zu dem gewünschten Endzustand der Gruppenimmunität führen.** Wenn die Virologie und die Immunologie nicht umgeschrieben werden, droht eine solche Strategie nur die natürliche Selektion einer neuen Variante zu fördern, gegen die nur diejenigen resistent sind, deren angeborene Immunabwehr gegen CoV nicht durch die Impfung geschwächt wurde.

Catherine Fonck (cdH):

Herr Vanden Bossche, Sie haben eine Präsentation gehalten, die den Nutzen von Impfungen stark in Frage stellt. Ich bin Wissenschaftlerin und lese seit Beginn der Pandemie die wissenschaftliche Literatur über SARS-CoV-2. Erlauben Sie mir daher, Sie zu bitten, diesem Ausschuss heute auf der Grundlage von Beweisen und strengen wissenschaftlichen Veröffentlichungen Informationen zu vier Punkten zu liefern, die Sie hervorheben wollten.

Sie haben von der Gefahr gesprochen, während einer Pandemie zu impfen, weil die Impfung Varianten induzieren würde. Welche wissenschaftlichen Beweise gibt es für diese Behauptung?

Siehe oben: Auch hier habe ich nie behauptet, dass Massenimpfungen Varianten erzeugen, sondern dass sie die Verbreitung infektiöserer Varianten fördern.

Es ist bekannt, dass der Prozess des Auftretens von Varianten ebenso während der induzierten Immunität nach einer Infektion stattfindet. Bei der SARS-CoV-2-Pandemie traten die Varianten bereits lange vor der Impfung gegen Covid-19 spontan auf, als Folge der Anhäufung von Mutationen.

Ich habe nie etwas anderes behauptet. Hören Sie meinen Worten aufmerksam zu, lautet die Botschaft. Der Unterschied zwischen der durch eine natürliche Infektion hervorgerufenen Immunität und dem Impfstoff wurde bereits oben erläutert.

Das zweite Postulat, das Sie aufstellen, ist der Verlust der Immunität, wenn Kinder geimpft werden, weil die Antikörper des Impfstoffs mit den angeborenen Antikörpern konkurrieren. Die wissenschaftliche Evidenz ist sehr eindeutig für die Immunität, die im Gegenteil durch die Impfung angeregt und ergänzt wird. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage gehen Sie davon aus, dass die Immunität verloren geht? Für mich hat er eindeutig keinen wissenschaftlichen Beweis.

Siehe auch oben

Sie sprechen von einem Phänomen, bei dem Antikörper die Infektion erleichtern. Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage kündigen Sie dies an, da es für SARS-CoV-2 nicht dokumentiert wurde? Nun gab es aber weltweit Milliarden von Menschen, die entweder infiziert oder geimpft wurden.

Ich habe dies in meiner Rede nicht einmal erwähnt. Kein Wissenschaftler würde jedoch bestreiten, dass Antikörper, die sich an das Virus binden, ohne es zu neutralisieren, ein Risiko für die Entstehung von ADE darstellen. Es wird vermutet, dass ein solches Phänomen auch erklärt, warum unvollständig geimpfte Personen (z. B. nach einer Dosis), die SC-2 ausgesetzt waren, eine schwere Form der C-19-Krankheit entwickeln können. Wenn Sie einem Professor zuhören möchten, der seine Ansichten zu diesem Thema erläutert, klicken Sie bitte auf den folgenden Link: <https://www.youtube.com/watch?v=wBm1BKL4zlg> (Video in französischer Sprache).

Es besteht kein Zweifel daran, dass ADE eine gefürchtete Komplikation ist, nicht nur bei Infektionen mit CoV, aber das Phänomen ist bei diesem Virustyp nicht nur bekannt, sondern auch gefürchtet. **In Anbetracht der Tatsache, dass Varianten durch die impfstoffinduzierte Immunität immer weniger effizient neutralisiert werden, geht es vor allem darum, nachzuweisen, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieses Phänomens (d. h. von ADE) praktisch ausgeschlossen werden kann.** Das Auftreten von Nebenwirkungen und Krankheiten bei geimpften Personen mit schwach neutralisierenden Antikörpern (aufgrund einer unvollständigen Impfung oder einer Impfung mit C-19-Impfstoffen, bei denen sich das Zielantigen stark von dem auf der dominanten Variante präsentierten Antigen unterscheidet) sollte in einem ersten Schritt sehr viel gründlicher untersucht werden, um darauf eine eindeutige Antwort geben zu können.

Schließlich haben Sie gesagt, dass Ungeimpfte besser geschützt sind als Geimpfte. Worauf stützen Sie diese Annahme, die meiner Meinung nach in keiner Weise haltbar ist? Da es einerseits für SARS-CoV-2, Covid-19, das Risiko von Todesfällen und Krankenhausaufenthalten sowie von Krankenhausaufenthalten mit schweren Erkrankungen sehr klare Beweise gibt, dass dieses Risiko für geimpfte Personen weitgehend, extrem, stark reduziert ist.

Siehe meine obigen Ausführungen. Vielleicht sollten Sie sich auch einmal vergegenwärtigen, dass die Krankenhauspatienten nur einen kleinen Teil der Bevölkerung ausmachen und dass es für die Kontrolle der Pandemie wichtiger ist, die Zahl der Infektionsfälle (z. B. zwischen Geimpften und Nichtgeimpften) in der großen Mehrheit der Bevölkerung zu vergleichen, die nicht ins Krankenhaus eingeliefert wird. **Wie aus den Statistiken von Public Health Scotland (PHS) und der britischen Gesundheitsbehörde hervorgeht, ist die Zahl der SC-V-positiven Fälle in diesem Teil der Bevölkerung unter den**

Ungeimpften deutlich geringer als unter den Geimpften, was seit einiger Zeit zu einer negativen Wirksamkeit der Impfung führt:

<https://andrewmadry.substack.com/p/vaccine-effectiveness-time-to-recalibrate>

https://paretos.substack.com/p/vaccine-failure-across-the-board?utm_source=substack&utm_campaign=post_embed&utm_medium=web

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1041593/Vaccine-surveillance-report-week-50.pdf

<https://dailysceptic.org/2022/02/04/evidence-of-increased-infection-risk-following-third-dose-exacerbated-by-vaccination-drove-during-omicron-wave-ukhsa-data-show/>

<https://palexander.substack.com/p/devastatingnegative-efficacy-public>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931da6b2fad72873ea4_Appendix_11_negative_vaccine_efficacy.pdf

(Edit Febr 22) <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/revised-frightening-update-uk-data>

(Edit Febr 22) <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/the-data-noose-uk-data-update-is-it-time-for-those-responsible-to-pay>

(Edit Febr 22) <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/uk-data-noose-on-the-masses-vaccine-stakeholders-what-have-you-done>

Besorgniserregend ist jedoch, dass es aufgrund der Massenimpfung in allen Altersgruppen der Bevölkerung **nicht mehr möglich ist, geimpfte und ungeimpfte Personen zu vergleichen, weder kurz- noch langfristig**. Angesichts dieser Ergebnisse kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass sich die Gesundheitsbehörden bei solchen Vergleichen offenbar zunehmend unwohl fühlen.

Außerdem wurden während der Epidemien auch andere Impfungen durchgeführt, was nie zu einem Anstieg der Todesfälle geführt hat.

Vielleicht sollten Sie sich zunächst fragen, ob ein nicht replizierender Impfstoff jemals zur Bekämpfung einer Epidemie eines Virus eingesetzt wurde, das eine akute, selbstlimitierende Virusinfektion/-krankheit verursacht. Meines Wissens gibt es selbst für abgeschwächte Lebendimpfstoffe keine Unterlagen, die ihre Verwendung für Massenimpfungen inmitten einer Pandemie/Epidemie eines hochgradig veränderlichen Virus dokumentieren (ganz zu schweigen von bereits zirkulierenden Virus-"Varianten"). Wenn Ihre Dokumentation dem widerspricht, lassen Sie es mich bitte wissen.

Ich würde es wirklich begrüßen, Herr Präsident, wenn in einer Debatte, in der eine These aufgestellt wird, die eindeutig eine Anti-Impf-These ist, wissenschaftliche Beweise erbracht würden.

Wenn Sie stolz auf Ihre wissenschaftliche Ausbildung sind, dann wäre es besser, wenn Sie zuerst die Fachliteratur studieren würden, anstatt einem erfahrenen und leidenschaftlichen Impfstoffexperten eine Reihe von ungebildeten, aber arroganten Behauptungen entgegenzuschleudern. Ihre Argumente sind nicht stichhaltig. Das ist reine Zeitverschwendung. Als Politikerin sollten Sie sich zutiefst schämen.

Herr Präsident, ich schließe meinen Beitrag hier ab und danke Ihnen.

Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Ich danke den beiden Rednern im Voraus.

Herr Vanden Bossche, meine Frage an Dr. Herry zielte eigentlich darauf ab, auf einige Ihrer Argumente wissenschaftlich zu antworten. Von Zeit zu Zeit habe ich ihn die Stirn runzeln sehen. Ich kann mir vorstellen, dass er andere Erkenntnisse hat. Ich hoffe, dass er bald den Raum haben wird, sie zu teilen.

Sie haben zu Beginn Ihrer Rede gesagt, dass wir uns viel zu sehr auf Momentaufnahmen verlassen. Wie viele Todesfälle gibt es heute, wie viele Krankenhausaufenthalte gibt es heute? Ihrer Meinung nach konzentrieren wir uns nicht genug auf den Endpunkt. Haben Sie irgendwelche Studien, Prognosen oder Statistiken darüber, wie viele Todesfälle wir zusätzlich zu den 28.800, die wir heute haben, hätten, wenn wir uns für die Gruppenimmunität entschieden hätten? Gibt es diesbezüglich irgendwelche Vorhersagen? Wenn wir heute nicht eine so hohe Durchimpfungsrate hätten, gäbe es 30.000 zusätzliche Krankenhauseinweisungen, so Sciensano. Ich habe oft gehört, dass unser Gesundheitssystem zusammenbricht. Wir wären nicht in der Lage, 30.000 weitere Aufnahmen zu bewältigen. Wie viele Tote hätte das noch verursacht?

Siehe meine obigen Ausführungen zur "kurz-" bzw. "langfristigen" Sichtweise und zur Tatsache, dass den Gesundheitsbehörden die hohe Effizienz der "Frühbehandlung" nicht bewusst zu sein scheint.

Wie in der Vergangenheit bereits mehrfach erwähnt, scheint mir **die Kombination aus frühzeitiger (multimedikamentöser) Behandlung in Verbindung mit einer Senkung des viralen Infektionsdrucks** durch Maßnahmen der Infektionsprävention oder, effektiver, der antiviralen Prophylaxe der wissenschaftlich und ethisch fundiertere Ansatz zu sein, um eine Gruppenimmunität zu erreichen, selbst in der derzeitigen "hochinfektiösen" Phase der C-19-Pandemie. Wir gehen nun in das 3. Jahr der Pandemie und der Infektionsdruck war noch nie so hoch. Ist denn niemandem klar, dass eine symptomatische Massenimpfung nur zu einem höheren Infektionsgrad führt, wodurch mehr Krankheiten und schließlich (wenn die Massenimpfung lange genug fortgesetzt wird) schwere Krankheiten verursacht werden?

Sie sagen, dass Sie einige Fragen zur Wirksamkeit des Impfstoffs haben. Schließlich stützen wir uns auf klinische Studien. Stützt Sciensano seine Behauptung, dass 30 000 zusätzliche Krankenhauseinweisungen aufgrund von Impfungen vermieden wurden, nicht allein auf klinische Studien?

Die Ergebnisse klinischer Studien würden eine solche Berechnung nicht einmal zulassen. Ich bezweifle jedoch, dass die gesamte Bevölkerung berücksichtigt wurde, denn in der überwiegenden Mehrheit der Bevölkerung ist die Zahl der registrierten Infektionsfälle bei den Ungeimpften deutlich niedriger als bei den Geimpften, wie Sie den Berichten der britischen Health Security Agency und von Public Health Scotland selbst entnehmen können. Wie bereits erwähnt, führt dies auch zu einer deutlich negativen Effizienz der Impfstoffe ('vaccine efficiency'). Ein geringeres Erkrankungsrisiko in der ungeimpften Bevölkerung bedeutet ein geringeres Risiko einer schweren Erkrankung und damit eine geringere Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthalts. **Analysen und Schlussfolgerungen, die auf Vergleichen zwischen hospitalisierten Patienten beruhen, vermitteln daher aufgrund von Störfaktoren ("Confounder") ein verzerrtes Bild des Schutzes vor Hospitalisierung für die gesamte geimpfte im Vergleich zur ungeimpften Bevölkerung.**

Ich höre Sie auf Ihrer letzten Folie nach unabhängigen Wissenschaftlern rufen. Halten Sie Sciensano nicht für unabhängig? Das ist die staatliche Institution, auf die wir uns verlassen, nicht wahr?

Wenn der Steuereintreiber (d.h. die Regierung) versucht, die Impfung zur Pflicht zu machen, kann man kaum davon ausgehen, dass diejenigen, die mit diesen Steuergeldern bezahlt werden, es sich leisten können, eine andere (wissenschaftliche?) Meinung zu vertreten. Aber auch unsere Ärzte stehen offenbar unter großem Druck. Dies zeigt zum Beispiel der Vergleich der Anzahl der gemeldeten Nebenwirkungen zwischen verschiedenen Ländern (Quelle: EudraVigilance; Stand: Ende Januar 2021). Wenn wir diese nur für den Moderna-Impfstoff vergleichen, kommen wir zu dem Schluss, dass die Niederlande anderen Ländern (einschließlich Belgien!) weit voraus sind:

Niederlande 17,4 Millionen Einwohner
 Deutschland 83,2 Millionen Einwohner
 Das sind 4,78 Mal mehr als in den Niederlanden und dennoch weniger Meldungen

Niederlande 17,4 Millionen Einwohner
 Frankreich 67,4 Millionen Einwohner
 Das sind 3,9 Mal mehr als in den Niederlanden und dennoch weniger Meldungen

Niederlande 17,4 Millionen Einwohner
 Belgien 11,4 Millionen Einwohner
Das ist nur etwa 1,5 Mal weniger als in den Niederlanden, aber andererseits etwa 12 Mal weniger Berichterstattung!

Anzahl der Einzelfälle	
Niederlande	34,306
Deutschland	31,163
Frankreich	20,763
Italien	14,991
Spanien	10,803
Österreich	6,744
Dänemark	6,509
Norwegen	4,727
Schweden	3,573
Belgien	2,816
Portugal	2,724
Portugal	1,351
Tschechische Republik	1,227
Finnland	1,181
Island	675
Kroatien	673
Griechenland	614
Litauen	603
Rumänien	534
Lettland	505
Estland	482
Bulgarien	393
Nordirland (UK)	362
Polen	347
Zypern	260
Ungarn	248
Luxemburg	174
Slowakei	93
Slowakei	66
Malta	39
Liechtenstein	29
Gesamt	148,975

Generell scheinen die von Sciensano vorgelegten Berichte und Daten alles andere als transparent zu sein: [https://legalhearts.org/wp-content/uploads/2022/02/Persbericht-Wanneer-ook-de-waakhond-
een-slaappil-krijgt.pdf](https://legalhearts.org/wp-content/uploads/2022/02/Persbericht-Wanneer-ook-de-waakhond-
een-slaappil-krijgt.pdf) . Der allgemeine Mangel an Transparenz und die Verheimlichung wichtiger klinischer Daten und Informationen durch Gesundheitsbehörden und Regulierungsbehörden wurde von den Herausgebern einer der renommiertesten Fachzeitschriften, dem British Medical Journal, bereits entschieden angesprochen:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c58b6cd89454_Appendix_09_lack_of_transparency_of_data.pdf

und weiter:

https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_misclassification_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination :

"Eine kürzlich von Experten von Weltrang durchgeführte Untersuchung hat die von der UKHSA veröffentlichten Daten als unzuverlässig und irreführend eingestuft, insbesondere in Bezug auf die Berichterstattung über Covid-Todesfälle. Ein Vorabdruck ihrer Ergebnisse wurde veröffentlicht ("Official mortality data for England suggest systematic misclassification of vaccine status and uncertain effectiveness of Covid-19 vaccination their findings")"

Sie haben wörtlich gesagt, dass es nicht notwendig ist, Kinder zu impfen. Ich habe Ann De Guchtenaere heute Morgen im Radio gehört. Wir werden sie heute Nachmittag hier hören, aber ich möchte Ihnen ein Zitat von ihr geben.

Sie sagte heute Morgen im Radio, dass einer von dreitausend Jugendlichen über 12 Jahren nach einer Infektion an MIS-C, einer schweren Komplikation, erkrankt. Nach der Impfung sinkt das Risiko um mehr als 90 %. Wie passt das zu Ihrer Aussage, dass wir Kinder und Jugendliche nicht impfen sollten?

Wenn A. De Guchtenaere bereits über umfangreiches statistisches Material verfügt, das das weit verbreitete Auftreten dieser Erkrankung in einer ausreichend repräsentativen Bevölkerung belegt, würde ich diese Datenbank gerne einsehen. **Mich interessiert, um welche Kinder es sich genau handelt und ob bei diesen Kindern Grunderkrankungen diagnostiziert wurden. Hat A. De Guchtenaere ihren Enthusiasmus auch an der Häufigkeit der Nebenwirkungen geprüft, die in dieser Altersgruppe auftreten und in VAERS ausführlich dokumentiert sind?** Dr. Jessica Rose in <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/sars-cov-19-vaccines-for-children-jessica-rose> ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/> ¹ Der VAERS-Bericht gibt jedoch Anlass zur Sorge, dass die Zahl der schwerwiegenden Nebenwirkungen, wie z. B. (aber bei weitem nicht nur) Myokarditis, stark zugenommen hat. Auch wenn der Kausalzusammenhang also nie zweifelsfrei bewiesen werden kann, so ist es doch **Aufgabe der Gesundheitsbehörden, diesen auszuschließen, statt ein Experiment zuzulassen, das erst die erhöhte Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen beweisen müsste.**

Sie sagen, dass eine Infektion zu einer Erkrankung und in den allermeisten Fällen zu einer Genesung und einer dauerhaft erworbenen Immunität führt. Wie reagieren Sie auf die vielen Reinfektionen, von denen wir wissen?

Eine solide und dauerhaft erworbene natürliche Immunität bedeutet keineswegs, dass eine Person nicht an einer leichten Krankheit erkranken kann und schon gar nicht, dass sie vor einer Infektion geschützt ist. Es bedeutet, dass bei guter Gesundheit das angeborene Immunsystem nach der Genesung ausreichend trainiert ist, um zu verhindern, dass das Durchbrechen dieser ersten Verteidigungslinie jetzt oder in Zukunft eine schwere C-19-Erkrankung verursacht, und es bedeutet auch, dass das Virus nach einer Reinfektion eliminiert wird. Es sollte nicht vergessen werden, dass die Evolution zu Omikron aus einer Art Evolutionsschub ('evolutionary burst') resultiert, bei dem eine Antigenverschiebung selbst für die Antikörper produzierenden B1a-Zellen des angeborenen Immunsystems eine größere Herausforderung darstellt, als wenn das SC-2-Virus nur eine Antigendrift erfahren hätte. Daher ist es nicht verwunderlich, dass das Immunsystem auch bei einer vorherigen natürlichen Infektion in zwei Phasen arbeiten muss, um die Infektion vollständig unter Kontrolle zu bringen. Dies schmälert jedoch nicht die unverzichtbare Aufgabe des angeborenen Immunsystems, den Großteil der CoV-Belastung als erste Verteidigungslinie zu "bereinigen" und damit die angeborenen IgM-produzierenden Immunzellen so umzuprogrammieren, dass sie in Zukunft N-Glykan-Formationen auf SC-2 CoV mit höherer Affinität erkennen ("Trainingseffekt").

Was sagen Sie zu der im Dezember veröffentlichten Sciensano-Studie über die langfristigen Auswirkungen von

¹Diese Veröffentlichung wurde vom Verlag Elsevier unerwartet und ohne wissenschaftliche Begründung zurückgezogen, zufällig (?) nur wenige Tage bevor die FDA über die Impfung von Kindern entscheiden sollte.

Covid? Sciensano befragte Personen, die sich zwischen Ende April und Ende Juni infiziert hatten. Oft waren diese Menschen noch nicht geimpft worden. Ich war einer von ihnen. Von den Studienteilnehmern hatten 47 % nach drei Monaten immer noch mindestens zwei Symptome, die der Pathologie von Long Covid entsprechen. Wie passt das mit Ihrer Behauptung zusammen, dass eine Infektion zu einer Erkrankung und in den allermeisten Fällen zu einer Genesung und einer dauerhaft erworbenen Immunität führt? Wie geht man mit dem Long Covid um, das für etwa die Hälfte der Teilnehmer an der Sciensano-Studie eine Realität ist?

Nochmals: Man muss sich die Gesundheit und die medizinische Vorgeschichte dieser Menschen ansehen. Viele Viruserkrankungen, die als akute, selbstlimitierende Infektionen beschrieben werden, können zu einer Immunpathologie oder einer Form von chronischer Krankheit führen, wenn der Beitrag des angeborenen Immunsystems geschwächt ist. Dies ist sicherlich kein exklusives Merkmal einer Coronavirus-Infektion. Daher ist es wichtig, zu prüfen, ob bei den betroffenen Patienten Grunderkrankungen oder andere prädisponierende Faktoren vorlagen. Und die gab es. In dem Bericht heißt es, dass Menschen mit einer Vorgeschichte von chronischen Krankheiten sowie übergewichtige und fettleibige Menschen ein deutlich höheres Risiko haben, an Long Covid zu erkranken. **Schauen Sie sich aber auch die möglichen Nebenwirkungen des Impfstoffs an und beurteilen Sie selbst, ob deren Häufigkeit und Qualität nicht übertrieben erscheinen, wenn man bedenkt, dass die Impfung allenfalls vor schweren Krankheiten schützt.** Eine Auswahl dieser zahlreichen und, gelinde gesagt, beunruhigenden offiziell gemeldeten Nebenwirkungen findet sich in anerkannten Quellen, die unter den folgenden Links aufgeführt sind:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9310d82c5d9b1d89455_Appendix_10_adverse_events.pdf

<https://thepulse.one/2021/11/08/50-of-serious-vaccine-misadventures-reported-in-last-30-years-are-from-covid-shots/>

<https://thepulse.one/2021/11/25/pfizer-was-aware-of-over-50k-serious-covid-vaccine-reactions-with-months-of-distribution/>

<https://rumble.com/vqx3kb-the-pfizer-inoculations-do-more-harm-than-good.html>

CUMULATIVE ANALYSIS OF POST-AUTHORIZATION ADVERSE EVENT REPORTS OF PF-07302048 (BNT162B2) RECEIVED THROUGH 28-FEB-2021

<https://www.aier.org/article/all-cause-mortality-in-the-united-states-during-2021/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>

https://uploadssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea931a30e6edce164f876_Appendix_06_Eudravigilance_tem_Jan_29_2022.pdf

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2113017>

https://www.nejm.org/doi/suppl/10.1056/NEJMoa2113017/suppl_file/nejmoa2113017_appendix.pdf

(Edit Febr 22)

https://www.researchgate.net/publication/357403474_Daten_die_naheliegen_dass_die_betrachtliche_Anzahl_der_schweren_Nebenwirkungen_und_Todesfalle_nach_Gabe_der_neuen_COVID-19_Impfstoffe_einen_kausalen_Bezug_zur_Impfung_hat

(Edit Febr 22) <https://www.informedchoiceaustralia.com/post/1000-peer-reviewed-studies-questioning-covid-19-vaccine-safety>

<https://www.jessicasuniverse.com>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix

08 Dr Jessica Rose Analysis of Supplementary Appendix.pdf

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c62d1fffd_Appendix_05_Dr_Jessica_Rose_Symposium_CHONG.pdf

Auch die kürzlich vom DoD (US-Verteidigungsministerium) über Whistleblower veröffentlichten Zahlen zeigen, dass die Nebenwirkungen von Impfstoffen alles andere als vernachlässigbar sind:

<https://www.ronjohnson.senate.gov/2022/2/sen-johnson-to-secretary-austin-has-dod-seen-an-increase-in-medical-diagnoses-among-military-personnel>

Sie sagen, dass eine Pandemie einen globalen Ansatz erfordert. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, sagen Sie zu diesem globalen Ansatz, dass die Impfung nicht der richtige Weg ist, sondern die Herdenimmunität. Inwieweit passt dieser globale Ansatz zu Ihrer Forschung an einem universellen Impfstoff mit Schwerpunkt auf natürlichen Killerzellen, Ihrem eigenen Forschungsprojekt, an dem Sie beruflich als Berater arbeiten? Passt das dazu, werden Sie uns in diese Richtung führen? Ich bin kein Wissenschaftler, aber ich habe einige Erfahrung in der Kommunikation. Ich denke, das passt vom Standpunkt der Kommunikation her gut.

Erstens wird jede Immunmaßnahme, die zur Gruppenimmunität beiträgt, zur Eindämmung einer Pandemie beitragen. Ich für meinen Teil bin nicht davon überzeugt, dass dies mit einem Impfstoff möglich ist, der keine sterilisierende Immunität verleiht. Andererseits wirkt ein Impfstoff, der dies nicht tut, wie Schimmel an einer feuchten Wand, wenn er bei einer Pandemie von Varianten massenhaft eingesetzt wird.

Kommunikation ist eine Sache, richtig informiert zu sein eine andere. Ich habe meine Forschungen über die Verwendung von NK-Zellen als Ziel für Impfstoffe bereits oben erläutert. Das Spektrum dieser Forschung ist sehr breit und konzentriert sich nicht speziell auf Coronaviren. Als zusätzlichen Bonus verdanke ich meine tiefen Einblicke in diese Pandemie und in die Art und Weise, wie unser Immunsystem in der Lage ist, das SC-2-Virus wirksam zu bekämpfen, meinen Studien darüber, wie die Zellen unseres Immunsystems in der Lage sind, die feine Linie zwischen "selbst" ('self') und "selbstähnlich" ('selflike') zu erkennen. Diese Studie führt einen Wissenschaftler automatisch in die faszinierende Welt der NK-Zellen (Natural Killer Cells) ein. Ich frage mich, ob es mich überraschen sollte, dass ausgerechnet Politiker misstrauisch gegenüber Menschen sind, die sich nach bestem Wissen und Gewissen für eine höhere Sache einsetzen ... Seit wann macht Integrität "verdächtig"?

Laurence Zanchetta (SP): *Vielen Dank, Herr Herry, für Ihren Beitrag. Was Herrn Vanden Bossche betrifft, so bedauere ich sehr aufrichtig den Mangel an Referenzen in Bezug auf Ihren Beitrag.*

Ich hoffe, dass die verschiedenen Literaturquellen, die ich in meinen Antworten zitiere, dazu beitragen, dass Sie nicht hungern müssen.

Die Debatte, die wir führen, ist für die Zukunft von entscheidender Bedeutung, wenn sich diese Verpflichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt angesichts der Entwicklung der Epidemie und ihrer voraussichtlichen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem als notwendig und gerechtfertigt erweisen sollte. Von daher gibt es einerseits die Diskussion über das Prinzip der Impfpflicht an sich und andererseits, für diejenigen, die diese Vision einer möglichen Impfpflicht teilen, die Diskussion über die Art und Weise, wie sie umgesetzt werden soll.

Manche Menschen sind der Ansicht, dass Impfungen nicht verpflichtend vorgeschrieben werden können, weil die Impfstoffe nicht die übliche Zulassung durch die Arzneimittelbehörden erhalten haben. Sie behaupten, dass die Bürgerinnen und Bürger groß angelegten klinischen Studien unterzogen werden. Wir wissen, dass dieses Argument häufig vorgebracht wird. Wie kann man auf ein solches Argument antworten, Herr Herry?

Steven Creyelman (VB): *Ich danke beiden Rednern für ihre Ausführungen. Die meisten meiner Fragen richten sich an Sie beide, aber wenn ich spezielle Fragen an einen von Ihnen habe, werde ich das sagen.*

Jeder wird in diesen Ausschuss eingeladen, weil er über ein bestimmtes Fachwissen verfügt und eine klare Position pro oder contra Impfpflicht hat. Das ist heute sehr deutlich geworden. Es wurde eine Reihe von Erklärungen abgegeben. Was ich in keiner der beiden Reden gehört habe, meine Damen und Herren, ist, auf der Grundlage welcher konkreten Studien Sie zu Ihrer Position gekommen sind und warum diese Argumente für Sie wertvoller sind als die Argumente der anderen Seite. Ich bin wirklich an diesen Studien interessiert und würde sie gerne lesen, um mich besser in Ihre Welt einfühlen zu können. Wenn Sie diese Studien mit uns teilen könnten, wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Ich denke, die oben genannten Literaturquellen sind ein guter Anfang, um zu verstehen, wie komplex und evolutionär eine Pandemie ist. Sobald Sie diese Einsicht gewonnen haben, werden Sie selbst sehen können, wie kurzfristig gedacht es ist, während einer Pandemie eine ganze Bevölkerung massenhaft mit dieser Art von Impfstoff zu impfen und damit das Virus unter erheblichen evolutionären Druck zu setzen, wenn es völlig unkontrollierbar ist. Wenn man einen Hauch von Darwin hinzufügt, versteht man sofort die Folgen dieses großen Experiments.

Ich bin ausgebildeter Wirtschaftswissenschaftler, daher werde ich über die Grenzerträge sprechen. Worin liegt Ihrer Meinung nach der geringe Nutzen einer Impfpflicht? Von den Flamen sind 93 % doppelt geimpft worden, und eine beträchtliche Anzahl ist bereits geboostert. Was ist Ihrer Meinung nach der bessere, der vernünftiger Weg? Geht es darum, die Ungeimpften zu erreichen, in der Hoffnung, eine höhere Impfrate zu erreichen, oder geht es eher darum, die bereits Geimpften zu überzeugen, sich auffrischen zu lassen und damit noch besser zu schützen, oder ist es eher eine Kombination aus beidem? Wie sehen Sie das?

Meine Meinung zu diesem Thema ergibt sich aus den vorangegangenen Antworten

Daran anknüpfend die 1-Million-Euro-Frage: Glauben Sie, dass wir uns gegen diese Pandemie impfen lassen können? Herr Vanden Bossche, wenn ich Sie richtig verstanden habe, sagen Sie, dass die derzeitigen Impfstoffe Druck auf das Virus ausüben, so dass es mutiert und Varianten bildet. Verstehe ich das richtig? Worauf stützen Sie Ihre Aussage?

Auch hier gilt, dass die Impfstoffe das Virus nicht mutieren lassen, sondern die Ausbreitung bereits vorhandener, infektiöserer Virusvarianten/Mutanten fördern.

Ich habe gelesen, dass ein Virus kein Interesse daran hat, seinen Wirt zu töten, und dass Varianten daher nicht unbedingt etwas Schlechtes sind, da ein Virus in seinem Überlebensinstinkt versucht, ansteckender und weniger tödlich oder pathogen zu werden. Sie versucht also nur zu überleben. Was ist Ihr Standpunkt dazu?

Ein Virus kann sich nur vermehren oder mutieren oder sich verstecken (z. B. im Genom des Wirts, aber letzteres gilt nicht für CoV, sondern für latente Viren). Das Virus kann nicht denken und hat keine Strategie. **Wenn das Virus weniger krankheitserregend oder tödlich ist, liegt das nur an der wachsenden Immunität der Bevölkerung.** Einige Viren können jedoch weiterhin überleben, da einige Menschen als asymptomatische Träger/Ausscheider fungieren und einige Tierpopulationen das Virus beherbergen können (so genannte "Reservoirs"). Im Falle von SC-2 sind beide Modalitäten bekannt und dokumentiert.

Ist die Impfung unter diesem Gesichtspunkt nicht eine gute Sache? Wie Sie selbst sagten, zumindest habe ich es so verstanden, wird das Virus unter Druck gesetzt und mutiert zu einer weicheren Form, die für uns weniger problematisch wird. Ich würde gerne Ihre Meinung dazu hören.

Obwohl die Dominanz von Omikron meiner Meinung nach auf den immer stärker werdenden Immundruck

der Bevölkerung auf die Infektiosität des Virus zurückzuführen ist (Antikörper richten sich gegen das Spike-Protein, das für die Infektiosität des Virus verantwortlich ist), kann man Omikron nicht als eine "weichere" SC-2-Version als das ursprüngliche Wuhan-Virus betrachten. Auch wenn Omikron die Menschen nicht sehr krank macht, verursacht es einen enormen Infektionsdruck, der zweifellos zu mehr Krankheitsfällen führen wird. Ein plötzlicher Anstieg der Zahl der Krankheitsfälle führt zu einem plötzlichen Anstieg des Immundrucks in der Bevölkerung, ohne dass die Ausbreitung des Virus gestoppt werden kann. Dieser Druck - und damit die Wahrscheinlichkeit, dass dieses Mal eine Omikron-resistente Variante selektiert wird - wird nur zunehmen, wenn die Massenimpfung (mit Anti-Omikron-Impfstoffen) fortgesetzt wird. **Dies zeigt einmal mehr, dass die Fortsetzung der derzeitigen Impfkampagnen unter keinem Gesichtspunkt eine gute Sache ist.**

Was die Rechtzeitigkeit der Pflichtimpfung betrifft, so sagt die WHO in ihrer Kristallkugel das Ende der Pandemie in Europa voraus. Ich frage mich, ob eine Impfpflicht dann überhaupt noch Sinn machen würde. Ist diese Maßnahme Ihrer Meinung nach noch zeitgemäß, wenn man die jetzt vorherrschenden Varianten, das in der Entwicklung befindliche Medikament gegen COVID-19 und die Durchimpfungsrate berücksichtigt?

Wie ich in meinem Vortrag dargelegt habe, gibt es wissenschaftlich gesehen keine Begründung für eine Impfpflicht gegen C-19.

Wenn das Parlament beschließt, die Impfpflicht einzuführen, können wir sie um Ostern herum einführen. Ich gehe davon aus, dass zu dieser Zeit, im April und Mai, weniger Viren im Umlauf sind. Wie sollten wir also mit dieser Verpflichtung umgehen? Ist eine Pflichtimpfung zum jetzigen Zeitpunkt sinnvoll, wenn man bedenkt, dass eine Auffrischungsimpfung zum Winter hin ohnehin ansteht? Mit anderen Worten: Wenn die Einführung einer Impfpflicht beschlossen wird, wann sollen wir sie dann durchführen? Was halten Sie beide für den besten Zeitpunkt?

Wie ich in meinem Vortrag dargelegt habe, gibt es wissenschaftlich gesehen keine Begründung für eine Impfpflicht gegen C-19.

Welche Rolle sehen Sie beide für Virusinhibitoren, wie sie von Merck und Pfizer hergestellt werden, im Kampf gegen die Pandemie? Können sie eine Alternative zur Pflichtimpfung sein oder sehen Sie sie eher als Ergänzung?

Virusinhibitoren können in den frühen Stadien der C-19-Behandlung eine nützliche Rolle spielen. Sie sind vor allem bei gefährdeten Personen (Immunsupprimierte, ältere Menschen, Menschen mit Grunderkrankungen) sinnvoll, um eine Ausbreitung des Virus zu verhindern. Aber auch eine allgemeine antivirale Prophylaxe kann sinnvoll sein, insbesondere in der Frühphase einer Infektionswelle, um den Infektionsdruck und den daraus resultierenden Immundruck der Bevölkerung auf das Virus einzudämmen. Es macht keinen Sinn, antivirale Medikamente über einen langen Zeitraum und in einem späten Stadium der Infektion einzusetzen, da dies das Risiko einer Resistenzbildung stark erhöht.

In der gestrigen Ausschusssitzung erklärte Herr Vandenbroucke, dass die Impfung von Kindern und Jugendlichen für den Schutz vor dem Virus eigentlich unerlässlich ist. Auch er empfiehlt es nachdrücklich. Wie stehen Sie zur Impfung von Kindern bis zum Alter von 11 Jahren und Jugendlichen bis zum Alter von 17 Jahren? Was halten Sie von der Zwangsimpfung dieser jungen Menschen? Was sind für Sie die wichtigsten Vor- und Nachteile?

Nach Angaben des Office of National Statistics (UK) starben in 23 Monaten (bis Ende Dezember 2021) nur drei Kinder unter 18 Jahren an Covid-19. **Dies zeigt deutlich, dass SC-2 keine schwere Kinderkrankheit ist, auch wenn Kinder infiziert sind und ebenfalls erkranken können.** Nur sehr selten werden sie

ernsthaft krank. Selbst bei Kindern können die Impfstoffe die Infektion nicht bezwingen. Selbst wenn die Literatur übereinstimmend zeigen würde, dass die Impfung die Virusausscheidung bei Kindern signifikant unterdrückt, ist das immer noch kein Grund, Kinder zu impfen; im Gegenteil: Je mehr man das Virus mit Impfstoffen unter Druck setzt, die seine Ausbreitung nicht verhindern können, desto mehr Druck übt man auf die Infektiosität des Virus aus und desto schneller verbreiten sich dadurch selektierte infektiösere Immunfluchtvarianten ("immune escape"-Varianten). Darüber hinaus genießen Kinder einen starken Schutz gegen SC-2 durch relevante (d. h. breit wirksame gegen CoV) angeborene Antikörper, die alle SC-2-Varianten erkennen können. Wenn die Bindung dieser Antikörper jedoch von Impfstoff-Antikörpern verhindert wird, die sich stark an das Virus binden, ohne eine signifikante Neutralisierung zu erreichen, ist dies im Hinblick auf den individuellen Schutz gegen SC-2-Varianten ungünstig. Dies kann sogar die Erkennung anderer Atemwegsviren unterdrücken, die eine ähnliche glykosylierte Hülle haben (z. B. Influenza, RSV), und die Fähigkeit dieser angeborenen Antikörper, bestimmte überschüssige eigene Antigene (self-antigens) zu erkennen und zu entfernen, wie z. B. solche, die von degenerierten Zellen stammen, kann beeinträchtigt sein. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15633017/>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33193450/>). Dies wirft die Frage nach einem möglichen Risiko für die Entstehung von Autoimmunkrankheiten auf. Wenn man außerdem die Statistiken über die möglichen Nebenwirkungen bei Kindern berücksichtigt (<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/videos-and-interviews/sars-cov-19-vaccines-for-children-jessica-rose>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>), dann ist die Impfung von Kindern gegen SC-2 völlig unverantwortlich. **Schließlich ist die Massenimpfung von Kindern auch unter dem Gesichtspunkt der Gruppenimmunität eine schlechte Sache.** Diese Meinung wird von mehreren Experten unterstützt:

Feature: The scientific case for an immediate halt to covid 'vaccination' of children | Alliance For Natural Health ([webflow.com](https://www.webflow.com))

<https://www.anhinternational.org/news/feature-the-scientific-case-for-an-immediate-halt-to-covid-vaccination-of-children/> (von Rob Verkerk)

Rob Verkerk: De wetenschappelijke argumenten voor een onmiddellijke stopzetting van covid 'vaccinatie' bij kinderen

<https://www.thehumanside.be/post/de-olifant-en-de-mug-deel-2>

<https://covidrationnel.be/2022/01/03/revision-04-01-2022-la-vaccination-anti-covid-19-des-enfants-nest-pas-obligatoire-elle-nest-surtout-pas-necessaire/>

<https://americasvoice.news/video/17LSdDeqVc40GgZ/>

Eine solide natürliche Immunität (d. h. eine angeborene ± natürlich erworbene Immunität), wie sie bei gesunden Kindern natürlicherweise vorhanden ist, führt zur Viruseliminierung und zu einer starken Verringerung der Virusübertragung (ohne Selektionsdruck auf das Virus!). Insbesondere nach dem Training ihrer angeborenen IgM-sezernierenden B1-Zellen **leisten gesunde Kinder somit einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung der Gruppenimmunität.** Die Massenimpfung von Kindern trägt nur dazu bei, dass **infektiösere oder sogar impfstoffresistente Varianten dominieren, was den Infektionsdruck weiter erhöht und die Chance auf Gruppenimmunität schmilzt wie Schnee in der Sonne.**

Professor Ann De Guchteneere sagte heute in De Ochtend, dass 70 % der Kinder bereits eine Corona erlebt hätten. Wie gehe ich am besten mit meinem Kind um?

Zu den Schlussfolgerungen von De Guchteneere siehe oben.

²Diese Veröffentlichung wurde vom Verlag Elsevier unerwartet und ohne wissenschaftliche Begründung zurückgezogen, zufällig (?) nur wenige Tage bevor die FDA über die Impfung von Kindern entscheiden sollte...

*Was ist mit dem Unterschied zwischen der durch Infektion und der durch Impfung erworbenen Immunität?
Was schützt am besten?*

Ich habe den Unterschied oben beschrieben. Das ist ein großer Unterschied.

Ist es bei Jugendlichen ähnlich oder anders als bei Erwachsenen?

Möglicherweise haben die angeborenen Immunzellen von Erwachsenen eine größere Anpassungsfähigkeit, was zu einer höheren Affinität der relevanten angeborenen Antikörper führt, während die angeborenen B1a-Zellen von Kindern zwar zahlreicher sind, aber IgM mit relativ geringer Affinität produzieren (d. h. antigen-naiver sind). Dies könnte zumindest erklären, warum in älteren, nicht geimpften Altersgruppen die Infektionsrate niedriger ist (sowohl bei geimpften als auch bei ungeimpften Personen) und dieser Trend mit zunehmender Exposition (d. h. als Funktion der Zeit) sogar noch zunimmt, wie aus den nachstehenden Grafiken hervorgeht (Quelle: UKPHA):

Abbildung 2. Raten (pro 100.000) nach Impfstatus von Woche 33 bis Woche 36 2021
(a) COVID-19 cases

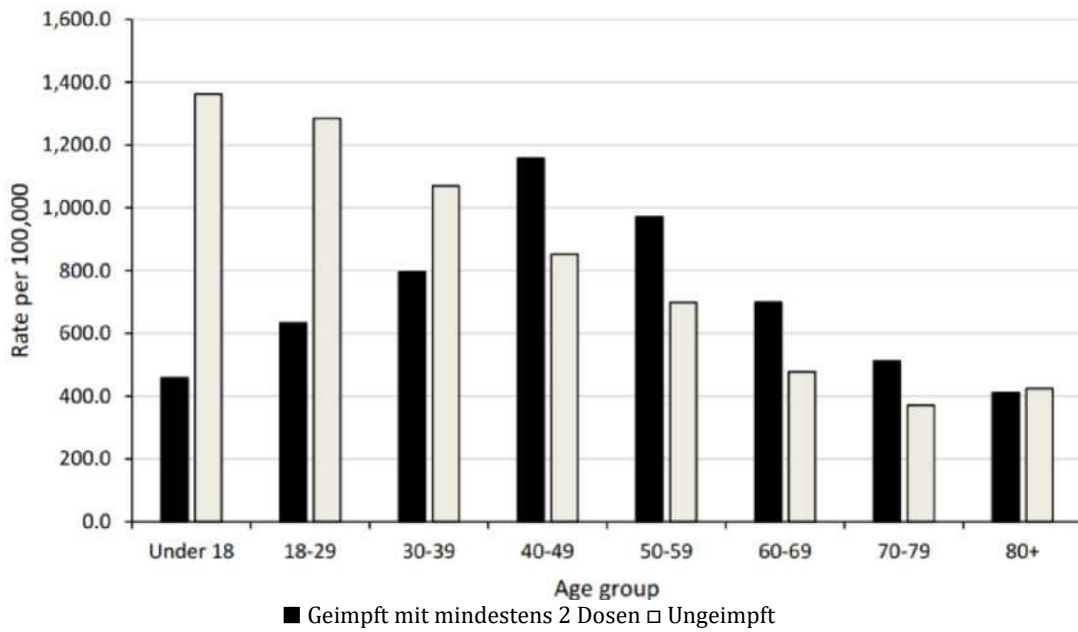
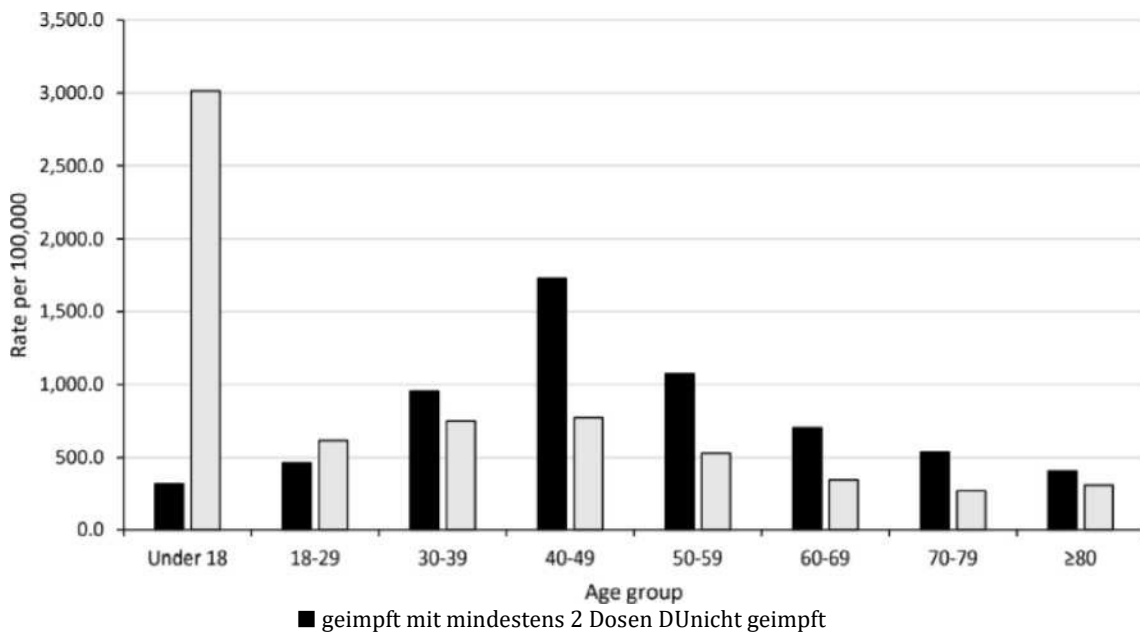


Abbildung 2. Raten (pro 100.000) nach Impfstatus von Woche 38 bis Woche 41 2021
(a) COVID-19-Fälle



Hat die Impfung von gesunden Menschen, die bereits eine Infektion durchgemacht haben, einen zusätzlichen Nutzen? Gibt es dazu einen wissenschaftlichen Konsens?

Wie bereits erwähnt, gibt es zahlreiche Studien, die zeigen, dass Menschen, die eine symptomatische Infektion durchgemacht und daher auf natürliche Weise Antikörper erworben haben, einen soliden und dauerhaften Schutz haben. Warum sollte man sich also dem Risiko von Nebenwirkungen aussetzen, indem man sich impfen lässt? Ich persönlich meine ich auch, dass eine weitere Erhöhung der Konzentration von S-spezifischen Antikörpern nur die antivirale Wirkung der relevanten polyspezifischen angeborenen Antikörper und anderer Mediatoren des angeborenen Immunsystems (https://www.researchgate.net/publication/357994624_Innate_Immune_Suppression_by_SARS-CoV-2_mRNA_Vaccinations_The_role_of_G-quadruplexes_exosomes_and_microRNAs) über einen längeren Zeitraum unterdrückt wird. Dies könnte eine Erklärung dafür sein, dass in der geimpften Bevölkerung andere Krankheiten, sowohl infektiöse als auch nicht-infektiöse, einschließlich Krebs, häufiger auftreten, worüber in der medizinischen Fachwelt zunehmend berichtet wird. Auch wenn die Beweise nicht offiziell anerkannt werden, sind die Bedenken wissenschaftlich ernst genug, um eine gezieltere Forschung zu rechtfertigen, anstatt diese - im Übrigen sehr ungewöhnliche - Impfpraxis auf experimenteller Basis fortzusetzen.

Und schließlich, was ist das endgültige Ziel?

Ist das die Ausrottung des Virus? Bedeutet das, dass man lernt, mit dem Virus zu leben, wie mit einem saisonalen Virus? Um das Virus zu bekämpfen, müssen wir auch wissen, wohin wir gehen. Welchen Weg müssen wir gehen um wohin zu kommen?

Der Endpunkt für CoV ist erreicht, wenn ein Gleichgewicht zwischen dem Virus und der Immunität des Wirts besteht. Dieses Gleichgewicht kann entweder durch eine Gruppenimmunität oder durch einen groß angelegten, nicht sterilisierenden Immundruck erreicht werden, um ein SC-2-Virus auszuwählen, das nur von denjenigen in Schach gehalten werden kann, die über genügend funktionelle angeborene Antikörper verfügen.³ Meiner Meinung nach läuft dies auf eine Selektion des Teils der Bevölkerung hinaus, dessen angeborene Immunität nicht durch z. B. S-spezifische Impfstoff-Antikörper beeinträchtigt wird, die zwar noch an das Virus binden, es aber nicht mehr neutralisieren können.

Wie oben beschrieben, sollte die Massenimpfung abgeschafft und der Schwerpunkt auf eine einmalige, aber groß angelegte antivirale Chemoprophylaxe (zur Verringerung des Infektionsdrucks) und die Förderung der individuellen Gesundheit (zur Stimulierung der angeborenen Immunität) gelegt werden. Nur so kann eine Gruppenimmunität geschaffen werden. Dies erhöht automatisch den Schutz von schutzbedürftigen Personen. Letztere müssen auch Zugang (z. B. über den Hausarzt) zu einer frühzeitigen Behandlung haben, die aus verschiedenen sicheren, billigen und weithin verfügbaren Medikamenten besteht (z. B. Entzündungshemmer, Antihistaminika, Kortison, Gerinnungshemmer usw.).

Daniel Bacqueline (MR): Herr Präsident, ich möchte Dr. Herry dafür danken, dass er den Nutzen der Impfung bekräftigt hat, denn ich halte es für interessant und notwendig, dass es keinen Zweifel an dem Mehrwert gibt, den die Impfung mit sich bringt. In der Debatte, die wir heute führen, geht es darum, wie man am besten eine Erhöhung der Durchimpfungsrate der Bevölkerung erreichen kann. Welche Instrumente und Strategien sind am besten geeignet, um dieses Ziel zu erreichen? Es ist nicht das Ziel des Parlaments, eine Debatte über den Nutzen von Impfungen zu führen. Dr. Herry war in dieser Hinsicht sehr deutlich. Impfungen sind ein wirksames und notwendiges Instrument. Ich danke ihm auch dafür, dass er an die Beteiligung der Allgemein- und Krankenhausärzte an diesem Kampf - dieser Begriff ist zutreffend - gegen diese Pandemie im Dienste der gesamten Bevölkerung erinnert hat.

³Wie bereits erwähnt, kann dies nicht erreicht werden, wenn die Massenimpfungen fortgesetzt werden, da die Impfung mit den C-19-Impfstoffen keine sterilisierende Immunität ermöglicht.

Ich möchte einige Fragen stellen. Wenn es um die Frage geht, wie man die Durchimpfungsrate am besten erhöhen kann, denkt man theoretisch sofort an die Impfpflicht oder den Impfpass, der eine Art verschleierte Pflicht darstellt, aber letztlich die vollständige informierte Zustimmung der Person ermöglicht, da sie die Impfung ablehnen kann, selbst wenn sie nicht an sozialen Aktivitäten teilnimmt - und das kann ihre bewusste Entscheidung sein. Meine Frage bezieht sich auf die Verhältnismäßigkeit. Ganz klar: Wenn man eine Verpflichtung erlässt, muss man immer die Frage nach ihrer Legitimität und Verhältnismäßigkeit stellen. Dies sind im Übrigen die beiden Kriterien, die der Staatsrat verwendet, um die Relevanz einer Verpflichtung, eines Zwangs gegenüber der Bevölkerung zu beurteilen.

Was die Legitimität betrifft, so gibt es meines Erachtens keine Schwierigkeiten. Es wird ein Ziel der öffentlichen Gesundheit verfolgt, was legitim ist. Es gibt keinen Zweifel. Andererseits muss festgestellt werden, ob die Art und Weise, wie dieses Ziel der öffentlichen Gesundheit erreicht werden soll, verhältnismäßig ist und eine gewisse Proportionalität im Ausmaß der Einschränkung beachtet. Dies ist das zweite Kriterium und dasjenige, das meiner Meinung nach äußerst wichtig ist, wenn es um die Impfpflicht geht.

Die erste Frage ist also, wie ein System der Impfpflicht praktisch organisiert werden kann. Wenn wir uns für eine Impfpflicht entscheiden würden, wie würden wir sie organisieren? Denn es gibt keine Verpflichtung ohne Sanktionen. Eine Verpflichtung ohne Sanktionen ist irreführend. Es stellt sich also die Frage, wie eine Impfpflicht organisiert werden kann, die insbesondere dem Ziel begegnet, dass nicht jeder kontrolliert oder getestet werden muss, um zu sehen, ob er die Regeln einhält, denn wenn er diese Impfpflicht nicht einhält, ist er in der Situation, erneut kontrolliert oder getestet zu werden. Die Verpflichtung entbindet nicht von der Kontrolle, da dies sonst bedeuten würde, dass es keine Sanktionen gibt. Diese Verpflichtung würde dann gegenstandslos und wirkungslos werden.

In Bezug auf das Pflegepersonal erwähnte Dr. Herry den Begriff der Diskriminierung. Noch einmal: Ich glaube nicht, dass es eine Diskriminierung gibt. Dies ist wieder ein Problem der Proportionalität. Diskriminierung liegt vor, wenn Menschen, die sich in der gleichen Situation befinden, unterschiedlich behandelt werden. Hier geht es jedoch nicht darum. Pflegende und Gepflegte befinden sich in unterschiedlichen Situationen. Es liegt also keine Diskriminierung vor. Die Ziele der Verpflichtung hängen davon ab, für wen sie gilt und wer in unterschiedlichen Situationen lebt. Das Ziel der öffentlichen Gesundheit erfordert eine Impfpflicht, umso mehr, wenn sie sich an das Pflegepersonal richtet. Das scheint mir ziemlich klar zu sein. Nach dem, was einige auf der Regierungsbank sagten, scheint der Beschluss gefasst worden zu sein, aber er müsste auch in die Tat umgesetzt werden.

Ebenfalls im Verhältnismäßigkeitsprinzip gibt es Verhältnismäßigkeit im Rahmen des Umfangs der Verpflichtung und der zeitlichen Befristung der Verpflichtung. Dies sind zwei Begriffe, die wir berücksichtigen müssen. Im Umfang der Maßnahme gibt es das Pflegepersonal, das ich bereits erwähnt habe, und einen weiteren Punkt, der nicht wirklich angesprochen wurde. Wie steht es mit einer möglichen Verpflichtung für Kinder oder Minderjährige? Gilt die Impfpflicht nach Dr. Herry auch für Kinder ab welchem Alter? Gilt die Impfpflicht auch für Patienten, die gerade von Covid genesen sind?

Wie viele Monate könnten berücksichtigt werden, um diese Pflicht nach einer Infektion mit Covid wirksam werden zu lassen? Ich denke übrigens, dass es im Interesse des Impfpasses in Frankreich ist, diesen Begriff zu berücksichtigen. Im Impfpass gibt es nicht nur die Notwendigkeit der Impfung, sondern ist auch die Tatsache, dass man sich in den fünf Monaten davor mit Covid infiziert hat. Wie steht Dr. Herry zu diesem Thema?

Dann gibt es noch die Verhältnismäßigkeit in Bezug auf die zeitliche Begrenzung. Was ist mit den nächsten Impfungen? Heute befinden wir uns an einem besonderen Punkt. So sehr man über die Definition eines wirksamen Instruments zur Bekämpfung einer Pandemie auf theoretischer und absoluter Ebene diskutieren kann - ich denke, dass die Debatte über die Impfpflicht ihren Platz hat -, so sehr muss man, um die Verhältnismäßigkeit einer Maßnahme zum Zeitpunkt ihrer Ergreifung zu beurteilen, die Zeit betrachten, in der wir uns befinden. Heute haben wir eine Omikron-Variante, die viel weniger schwere Formen hervorbringt und einen sehr großen Teil der Bevölkerung infiziert, viel mehr als die Zahlen, die zitiert werden. Ich weise Sie darauf hin, dass viele Menschen unwissentlich mit Omikron infiziert wurden oder keinen PCR-Test gemacht haben.

Wie steht es mit der Einführung neuer Impfstoffe in Bezug auf die Zeitplanung? Wenn es morgen neue, wirksamere Impfstoffe gibt, wird dann im Rahmen einer Impfpflicht eine vierte, fünfte oder sogar sechste

Dosis vorgeschrieben? Ist angesichts des Stadiums der Epidemie, in dem wir uns befinden, eine Impfpflicht wirklich notwendig, selbst wenn sie angesichts einer Pandemie allgemein als sinnvoll erachtet wird?

Herr Präsident, ich habe keine Frage an Herrn Vanden Bossche, da er sich außerhalb des Wissens befindet.

Darauf brauche ich also nicht zu antworten.

Nathalie Muylle (CD&V):

Lassen Sie mich auf die allgemeine Impfpflicht eingehen. Ich habe dazu die gleichen Fragen wie viele meiner Kollegen. Wie sehen Sie den Impfplan? Wer soll was zu welchem Zeitpunkt bekommen? Wie sehen Sie diese Übergangszeiten, denn es wird immer eine Zeit geben, in der jeder eine Auffrischungsimpfung oder eine vierte Spritze bekommt? Welche Instanz sollte hierüber entscheiden? Darüber ist bereits viel gesagt worden. Auf der Grundlage welchen Studienmaterials sollte welche Stelle entscheiden?

Ich stimme auch mit dem vorübergehenden Charakter überein. Die Frage ist also, wann eine Pandemie endemisch wird, wann wir sie stoppen sollten und wer darüber entscheiden sollte.

Wichtig ist auch das Alter. Sie haben sich dazu nicht geäußert. Andere europäische Länder machen dies ab 50 oder 60 Jahren, andere ab 18 Jahren. Manchmal wird gefragt, ob es nicht schon ab 6 Jahren sein sollte. Welches Alter geben Sie an?

Sie haben sehr zu Recht über die Auswirkungen auf die Pflege und die Pflegeorganisation gesprochen. Wenn dieser Ausschuss innerhalb von zwei bis drei Wochen eine allgemeine Impfpflicht beschließen würde, wie würden Sie die Entwicklung in der Primär- und Sekundärversorgung sehen? Welche Auswirkungen wird das auf die Organisation der Versorgung in der Primär- und Sekundärversorgung haben? Wie schnell wird sich das ändern? Wie schnell wird der Druck nachlassen und wird es Raum für aufgeschobene Leistungen geben?

Herr Vanden Bossche, ich danke Ihnen für Ihre Erklärung, aber ich muss sagen, dass mein Hunger auf Informationen etwas bestehen bleibt. Ich habe Ihre Reaktion auf den Artikel in Knack gesehen, in dem Sie unter anderem sagten, dass Sie hier nicht genug Forum bekommen. Ich bin offen für Diskussionen, aber ich warte auf Studien, insbesondere auf Peer-Review-Studien. Ich verstehe, dass Sie sagen, dass Flandern oder Belgien ein bisschen klein ist, aber wir können es auch international betrachten. Wie stark ist das, was Sie heute mitbringen? Wie können Sie Ihre Aussage begründen? Wir sind offen für Diskussionen und würden uns diese Studien gerne ansehen. Ich denke, das gilt für viele Kollegen. Ich kenne diese Studien im Moment nicht, aber vielleicht liegt das auch daran, dass wir voreingenommen sind und nur bestimmte Dinge sehen.

Es wird immer einfacher, die Fakten im Nachhinein zu betrachten. Wie ich bereits erwähnt habe, ist es sehr viel schwieriger, bei einem komplexen evolutionären Ereignis, das stark von Menschenhand beeinflusst wird, in die Zukunft zu schauen. Es ist jedoch unerlässlich, das endgültige Ziel der verschiedenen Pandemiezüge, die weltweit unterwegs sind, so zuverlässig wie möglich abzuschätzen. Ist dieses Endziel dasjenige, das wir mit zahlreichen menschlichen Eingriffen anstreben, und ist es möglicherweise identisch? Veröffentlichungen aus den verschiedenen die Pandemie betreffenden Teilbereichen der Wissenschaft liefern wertvolle Informationen als Teile eines Puzzles, die erst zusammengesetzt werden müssen, bevor sie wirksam zu einem besseren Verständnis der dynamischen Interaktion zwischen den sich verändernden Viruspopulationen (Varianten) und der adaptiven Immunabwehr der Wirtsbevölkerung beitragen können. Ich habe oben bereits die Veröffentlichungen erwähnt, die beschreiben, wie sich ein Virus unter dem Immundruck der Bevölkerung entwickelt. Andererseits habe ich oben auch die Veröffentlichungen erwähnt, die die Bedeutung der angeborenen polyspezifischen Antikörper als entscheidende Komponente der ersten Verteidigungslinie gegen CoV veranschaulichen und vor allem dokumentieren, wie sich die Zellen des angeborenen Immunsystems durch die Exposition gegenüber CoV anpassen, um das Virus effektiver zu bekämpfen. **Diese Veröffentlichungen zeigen in der Tat die Voreingenommenheit in der Interpretation vieler Experten, da sie aufgrund eines mangelnden Verständnisses der oben genannten Wechselwirkung nicht nur die evolutionäre Kapazität des Virus, sondern auch die**

natürliche Anpassungsfähigkeit des Immunsystems des Wirts stark unterschätzt haben. Die Glaubwürdigkeit meiner Erkenntnisse sollte daher nicht anhand von Veröffentlichungen geprüft werden, die *de facto* nicht existieren, sondern anhand meiner Vorhersagen: Das Herbeiführen einer Immunität der Bevölkerung (durch Massenimpfungen), die nur vor (schweren) Krankheiten schützt, wird meiner Meinung nach letztlich dazu führen, dass nur der nicht geimpfte Teil der Bevölkerung vor (schweren) Krankheiten geschützt bleibt.

Ich bin nicht im Gesundheitswesen ausgebildet und verfüge daher nicht über ein gewisses Grundwissen, aber mir stellt sich eine Frage, auf die auch Kollegen hingewiesen haben. Herr Herry erklärte, dass neun Millionen Geimpfte während der vierten und fünften Welle eine Katastrophe vermieden haben. Das hat schon etwas zu bedeuten. Im ersten Jahr starben in unserem Land insgesamt 28.000 Menschen an Covid. Die Impfungen begannen im Februar und März 2021, doch die Pandemie brach bereits ein Jahr zuvor aus. Im Jahr 2020 starben etwa 20.000 Menschen an Covid, im Jahr 2021 etwa 8.000, je nachdem, wer und welches Alter in diese Berechnung einbezogen wird. Wenn wir Ihnen gefolgt wären, hätte es dann nicht 20 000 Tote gegeben, weil es damals gar keinen Impfstoff gab? Hätte die Massenimmunität das Problem gelöst und die Zahl der Todesfälle im Jahr 2020 vermieden?

Ich glaube, ich habe eine ähnliche Frage schon einmal beantwortet. Kurzfristige" versus "langfristige" Vision. Tunnelblick versus ganzheitlicher Blick.

Ich möchte noch ein weiteres Element erwähnen, das Sie nur ganz kurz erwähnt, aber nicht näher erläutert haben. Wir verstehen Ihre Impfstofflogik. Sie sagen, dass dies heute erledigt werden kann. Derzeit laufen zahlreiche klinische Studien und Arzneimittelprüfungen, von denen einige auf das Virus selbst und andere auf unser Immunsystem wirken.

Wir befinden uns derzeit noch in der Phase der klinischen Studien. Einige Studien wurden als Off-Label-Studien veröffentlicht, d. h. sie sind auf dem Markt erhältlich, wenn auch für eine andere Indikation. Wie sieht diese Lösung aus, was bedeutet die von Ihnen erwähnte Behandelbarkeit? Wie kommt es, dass wir hier immer noch über Off-Label-Studien und klinische Studien diskutieren, die oft zu sehr hohen Kosten durchgeführt werden? Ich würde gerne mehr darüber erfahren.

Auf jeden Fall verstehe ich nicht, warum darüber noch diskutiert wird, ohne dass eine Entscheidung getroffen wurde. In den oben genannten, von Fachleuten begutachteten Studien wird detailliert beschrieben, wie Medikamente, die außerhalb der zugelassenen Indikationen eingesetzt werden, also billig, weithin verfügbar und bekanntermaßen sehr sicher sind, zu einer 85 %igen Verringerung der Krankenhauseinweisungen führen, wenn sie in den frühen Krankheitsstadien (d. h. innerhalb einer Woche nach Auftreten der ersten Symptome) eingesetzt werden. Man muss sich die Frage stellen, warum solche Behandlungen nicht angenommen werden. Angesichts der zahlreichen Studien, die die Wirksamkeit dieser Medikamente bei der Bekämpfung der C-19-Krankheit belegen, ist dies aus wissenschaftlich-ethischer Sicht völlig unverantwortlich.

Robby De Caluwé (Open Vld): Herr Präsident, Herr Dr. Herry, Herr Vanden Bossche, ich danke Ihnen für Ihre Erläuterungen. Ich werde versuchen, mich nicht zu wiederholen, aber ich habe noch eine ganze Reihe von Fragen zur Klärung.

Was raten Sie Eltern, die selbst geimpft sind, aber noch nicht wissen, ob sie ihre Kinder impfen lassen wollen? Ist Ihnen auch aufgefallen, dass Eltern nur ungern Grundimpfungen gegen Kinderlähmung und Ähnliches vornehmen lassen? Ich habe das Gefühl, dass auch das Misstrauen gegenüber anderen Impfstoffen zugenommen hat und dass die klassischen Anti-vax-Bewegungen, wie ich sie nenne, gerade einen Höhepunkt erreichen. Sehen Sie beide diese Effekte auch?

Wie oft müssen wir noch wiederholen, dass diese Impfkampagnen nicht mit den herkömmlichen Kinderimpfungen zu vergleichen sind, über die wir hier sprechen? Coronaviren, einschließlich SC-2, sind

allgegenwärtig, und verschiedene Tierarten bilden ein Reservoir für das Virus, das zudem sehr variabel ist. Bei den C-19-Impfstoffen handelt es sich ebenfalls um nicht-replizierende Impfstoffe. Die Kombination dieser Daten trifft auf keinen der genannten Impfstoffe oder Kinderkrankheiten zu. Mangelndes Verständnis auf höchster Ebene führt zu Verwirrung in der Bevölkerung und leider auch zu Misstrauen gegenüber Impfungen im Allgemeinen. Zweifler als "Impfgegner" abzustempeln, verstärkt nur das Misstrauen gegenüber Grundimpfungen. Die Bezeichnung "Anti-Vaxxer" wird leider auch immer häufiger von Einzelpersonen oder Gruppen verwendet, die von dieser Materie überhaupt keine Ahnung haben.

Ich komme jetzt zu den langfristigen Folgen. Sehen Sie in Ihrer Praxis häufig Menschen, die noch Monate später an den Folgen einer Covid-Infektion leiden? Gibt es umgekehrt auch Fälle von Impfschäden? Schließlich lesen die Menschen regelmäßig in den sozialen Medien darüber. Herr Vanden Bossche verwies auf das Vaccine Adverse Event Reporting (VAERS), bei dem Impfstoffschäden oder mögliche Nebenwirkungen gemeldet werden können. Er bezeichnete diese Berichte jedoch als tatsächlich mit der Impfung zusammenhängend, während es sich in Wirklichkeit nur um Berichte und nichts weiter handelt. Das wird einfach in einen Topf geworfen.

Unwissenheit ist eine Sache, aber sie mit solcher Überzeugung zu äußern, ist eine andere. Vielleicht sollten Sie sich zunächst über die Definition einer Impfnebenwirkung erkundigen. Und vielleicht sollten Sie sich auch nach den verschiedenen Parametern fragen, die erfüllt sein müssen, damit ein kausaler Zusammenhang als wahrscheinlich oder unwahrscheinlich gilt. Und dann auch, inwieweit die Analyse dieser Parameter, z.B. in Bezug auf VAERS (siehe Links unten), zu einem regelrechten Alarmschrei von Leuten wie Jessica Rose geführt hat, einer Dame mit einem Hintergrund in Computerbiologie, Biostatistik und Biowissenschaften noch dazu, um Ihnen zu widersprechen (<https://www.jessicasuniverse.com/cv-1>):

<https://www.jessicasuniverse.com>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8483988/>

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea9327b175b0d58023139_Appendix_08_Dr_Jessica_Rose_Analysis_of_Supplementary_Appendix.pdf

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61fea932e132248c62d1fffd_Appendix_05_Dr_Jessica_Rose_Symposium_CHONG.pdf

All diese Daten und Analysen auf einen Haufen zu werfen und zu ignorieren, halte ich für ein unverständliches und unverantwortliches Verhalten.

Herr Vanden Bossche, die meisten der Ausschussmitglieder hier haben keinen medizinischen Hintergrund. Ich bin daher beruhigt, dass einige meiner Kollegen die gleichen Fragen haben wie ich. Es ist jedoch wichtig, dass wir genaue Informationen erhalten. In Ihrem Plädoyer ging es nicht so sehr um die Impfpflicht - Ihr Standpunkt dazu ist jetzt klar -, sondern hauptsächlich um ein Plädoyer gegen das Impfen, kurz gesagt, ich habe bemerkt, dass Sie in Ihrem Vortrag hier und da Referenzen hinzugefügt haben. Sie konnten von hier aus nicht gelesen werden. Können Sie uns die Quellen nennen, auf die Sie sich beziehen?

Ganz sicher. Diese und viele andere Fragen finden Sie in meinen obigen Antworten.

Da ich selbst keinen medizinischen Hintergrund habe, sind diese fachkundigen Erklärungen für mich sehr wichtig. Wir hören hier gegensätzliche Ansichten, und das ist gut so, aber ich neige dazu, meine Ansichten auf wissenschaftliche Thesen zu stützen, über die ein gewisser Konsens besteht. Ich versuche wirklich, mich Ihren Ansichten zu öffnen, Herr Vanden Bossche, und ich habe auch viel Zeit damit verbracht, herauszufinden, warum Sie und einige andere bestimmte Dinge behaupten. Ich versuche zu verstehen, warum Sie bestimmte

Dinge behaupten. Mir fehlt noch eine gewisse Substanz, was schade ist, zumal Sie hier ja ein öffentliches Forum haben.

Es wäre utopisch anzunehmen, dass meine Erkenntnisse in einem kurzen Beitrag wie diesem ausreichen würden, um Sie zu überzeugen. Wie ich bereits sagte, handelt es sich hierbei um eine sehr komplexe Angelegenheit, die viele verschiedene Disziplinen und deren Wechselbeziehungen umfasst. **Deshalb habe ich von Anfang an für eine öffentliche, aber wissenschaftliche Debatte in einem multidisziplinären Rahmen plädiert.** Ich verstehe Ihre Frustration bezüglich der Überzeugungskraft und Glaubwürdigkeit meiner Aussage. Ich versichere Ihnen, dass sie bei mir mindestens genauso groß ist.

Ich möchte auf jeden Fall offen für andere Ansichten sein, und ich frage mich, ob Sie mir dabei helfen können. Können Sie mir einige Fragen stellen, die ich anderen Experten zu den Theorien stellen kann, von denen sie sagen, dass sie von der Wissenschaft allgemein anerkannt sind, um zu beweisen, dass Sie Recht haben und nicht sie? Ich werde einige Beispiele nennen.

Ich dachte, sie [die Vertreter „der Wissenschaft“] glauben, dass sich die Wissenschaft weiterentwickelt? Oder verwenden sie dieses Argument nur, wenn die Vorhersagen, die angeblich auf allgemein anerkannten Wahrheiten beruhen, nicht eintreffen? Vielleicht haben sie mit ihren so genannten allgemein anerkannten wissenschaftlichen Theorien mehr Erfolg bei der Beantwortung der Fragen, mit denen ich sie bereits in online gestellten Beiträgen konfrontiert habe. Sie finden sie übersichtlich aufgelistet auf meiner Website(<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/blog/critical-unresolved-questions>) wie auch in einigen meiner Schriften(z.B. <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/the-alleged-case-for-experimental-c-19-vaccination-of-children-is-merely-based-on-silo-mentality-and-immunological-ignorance> (dt. Übersetzung: <https://www.freizahn.de/2022/03/silo-mentalitaet-und-immunologische-ignoranz/>))

Der jüngste Bericht von Sciensano vom 22. Januar berichtet, dass bereits 28.780 Menschen an den Folgen von Covid-19 gestorben sind, die meisten davon während der ersten und zweiten Welle, als die Impfung noch nicht verfügbar war. Sie sagten damals voraus, dass die Zahl der Todesfälle durch Massenimpfungen noch weiter ansteigen würde. Letztendlich war es aber nicht so. Wäre es Ihrer Meinung nach besser gewesen, den Preis für ein paar tausend Tote mehr zu zahlen? Ich möchte das gerne klären. Menschen mit einem medizinischen Hintergrund stellen dies in Frage. Haben Sie irgendwelche Untersuchungen, die diese Theorie bestätigen?

Ich denke, ich habe in einer früheren Antwort deutlich gemacht, dass **nicht zu impfen nicht bedeutet, so zu tun, „als ob“, und dass eine kurzfristige Sichtweise in der Zukunft zweifellos einen hohen Tribut fordern wird.** Ein Tribut, der verursacht wird durch i) das zunehmende Entkommen des Virus aus dem suboptimalen Immundruck, der von der massenhaft geimpften Bevölkerung ausgeübt wird, ii) die verlängerte Dauer der Pandemie aufgrund der symptomatischen Massenimpfung und iii) die Fälle von Morbidität und Mortalität aufgrund von impfstoffbedingten Nebenwirkungen. Was den letztgenannten Faktor betrifft, so ist die hohe Übersterblichkeitsrate, die u. a. von den Versicherungsgesellschaften verzeichnet wird, besonders bemerkenswert und sehr besorgniserregend:

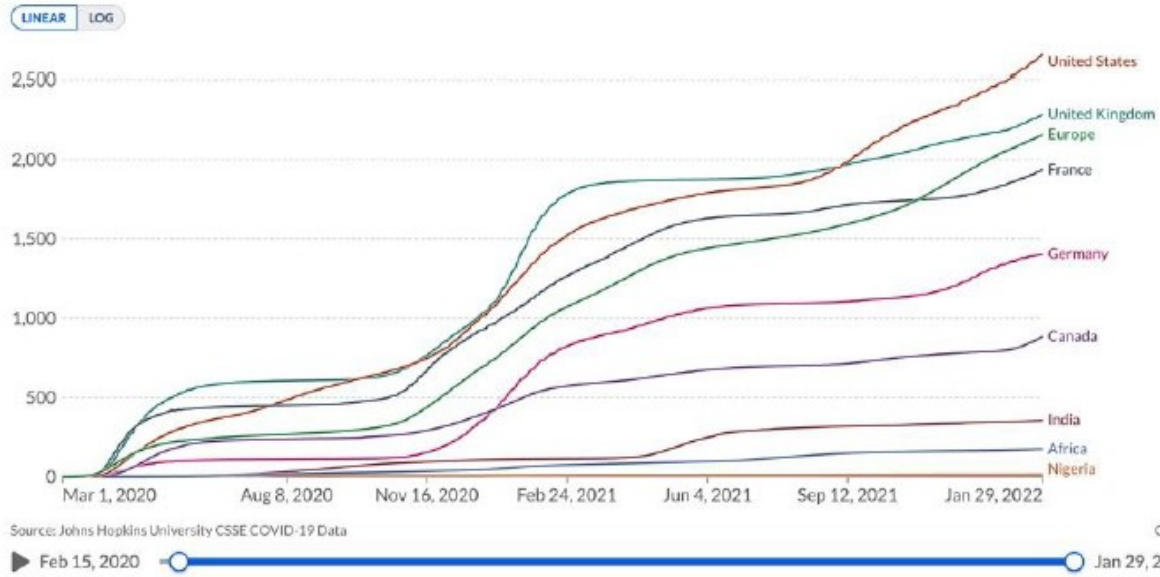
<https://www.fox28spokane.com/indiana-life-insurance-ceo-says-deaths-are-up-40-among-people-ages-18-64/>

Weiterhin ist auffällig, dass eine steigende Impfquote offenbar mit einer deutlich höheren Sterblichkeitsrate einhergeht, wobei die Sterblichkeitsrate in Ländern mit relativ niedriger Impfquote bedeutend niedriger ist. In Israel beispielsweise führt eine hohe Impfquote mit Auffrischungen in kurzer Folge sogar zu einer neuen, spektakulären Todeswelle (siehe unten). Von einem günstigen Einfluss der Massenimpfung auf die Sterblichkeitsrate kann also kaum die Rede sein.



Cumulative confirmed COVID-19 deaths per million people

For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.

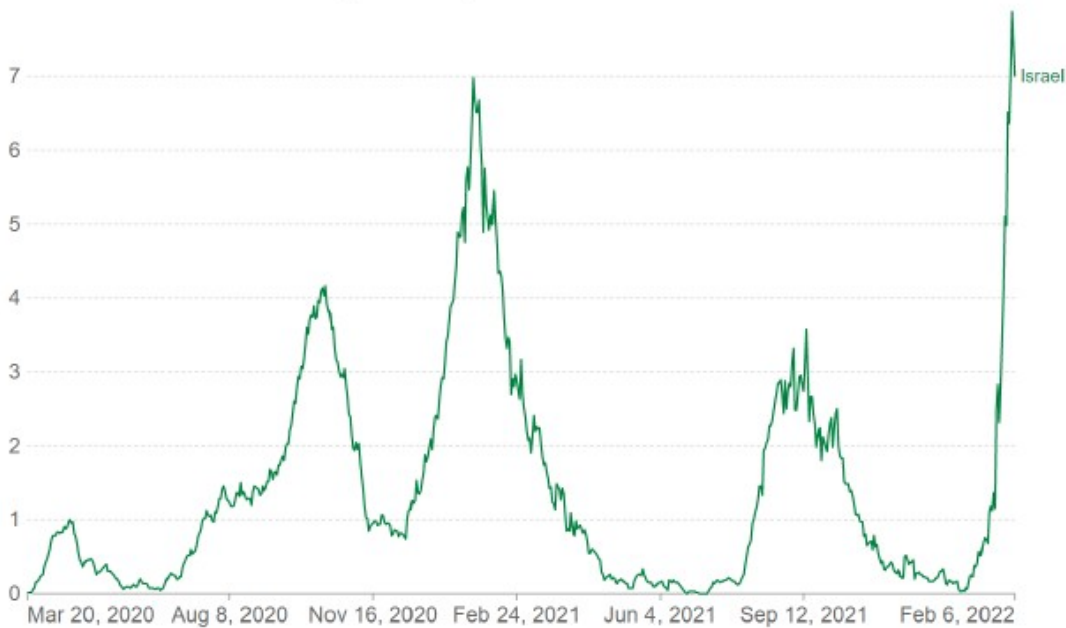


Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

7-day rolling average. For some countries the number of confirmed deaths is much lower than the true number of deaths. This is because of limited testing and challenges in the attribution of the cause of death.



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Es gab auch Ihre Behauptungen über einen Sturm von Autoimmunkrankheiten bei Impfungen und Impfungen von Kindern. Könnten Sie den Unterschied zwischen dieser und anderen Impfungen, die Kinder erhalten, erläutern - ich denke, das ist auch wichtig -, oder ist Ihre Theorie die gleiche, nämlich dass es eigentlich wenig Sinn macht, Kinder zum Beispiel gegen Polio zu impfen? Es gab etwas, das mich sehr überrascht hat, aber ich glaube, ich habe Sie falsch verstanden. Ich habe verstanden, dass Sie gesagt haben, dass die Impfung von Kindern gegen COVID-19 mit der Begründung, dass dadurch MIS-C vermieden werden kann, in Wirklichkeit

nicht durchgeführt wird. Ich finde das seltsam, denn MIS-C ist eine der Folgen einer Corona-Infektion, so wie andere Menschen eine Sepsis oder eine Erkältung bekommen. Daher verstehe ich diese Argumentation nicht.

Ich habe bereits erläutert, dass je nach Erreger, Häufigkeit der Krankheit und Art des Impfstoffs sorgfältig zwischen den verschiedenen Impfmethode unterschieden werden muss. Der Vergleich mit der Polioimpfung ist so ziemlich der größtmögliche Gegensatz. Wie ich bereits erwähnt habe, würde ich gerne die Statistiken für MIS-C bei gesunden Kindern sehen; ich frage mich auch, wie wahrscheinlich es ist, dass ein Impfstoff, der bestenfalls vor einer schweren C-19-Erkrankung schützt, MIS-C verhindern kann. Selbst wenn man meine Warnung vor dem Risiko, dass diese Massenimpfung schließlich zu einer natürlichen Selektion einer impfstoffresistenten Immundefektvariante mit eher pathogenem Charakter führt, völlig außer Acht lässt, muss das Risiko schwerer, impfstoffbedingter Nebenwirkungen auf die Gesundheit völlig gesunder Kinder gegen die behauptete Prävention von MIS-C abgewogen werden.

Sie sagen auch seit langem - Sie haben es heute wiederholt -, dass die COVID-19-Impfstoffe experimentell sind. Das ist nicht wahr. Sie werden unter Vorbehalt genehmigt. Es ist sicher richtig, diese Unterscheidung zu treffen, deshalb wollte ich das hinzufügen.

"Experimentell" bedeutet nicht, dass diese Impfstoffe nicht getestet wurden, aber es bedeutet, dass sie nicht ausreichend getestet worden sind. Die präklinischen Studien waren eindeutig unzureichend (z. B. keine Genotoxizitätsstudien, keine Biodistributionsstudien trotz der In-vivo-Produktion des Antigens im Falle der Impfstoffe von Moderna, Pfizer und J&J), die klinischen Studien waren von zu kurzer Dauer, um eine relevante Bewertung möglicher Nebenwirkungen, auch mittelfristig, vornehmen zu können, und mehrere Bevölkerungsgruppen, die jetzt blind injiziert werden, waren nicht Teil der Wirksamkeitsstudie (z. B. Kinder, Schwangere, Frauen im gebärfähigen Alter, Personen mit Grunderkrankungen, Personen, die sich von C-19 erholt haben, sehr alte Menschen). **Nach wissenschaftlichen Kriterien kann die breite Einführung dieser Impfstoffe in allen Bevölkerungsschichten nur als "Experiment" bezeichnet werden.** Selbst wenn ein perfekt definiertes Produkt in einem unbekanntem Gebiet getestet wird, sollte dieses Produkt in dieser Eigenschaft als experimentell betrachtet werden. Ich habe zu viel Erfahrung in der Impfstoffindustrie, um mich vom Gegenteil überzeugen zu lassen.

Sie behaupten auch, dass die Impfstoffe langfristige Nebenwirkungen haben könnten. Ich stelle fest, dass dies oft ein Argument dafür ist, sich nicht impfen zu lassen, aber in der Wissenschaft lese ich viel Konsens darüber, dass dies eigentlich unmöglich ist. Können Sie mir einige Elemente nennen, die die anderen Wissenschaftler in Frage stellen und zeigen, dass sie sich irren, weil es innerhalb von fünf Jahren immer noch bestimmte Nebenwirkungen geben würde?

Ich habe bereits oben die zahlreichen Quellen aufgelistet, die über die alarmierende Häufigkeit von schweren Nebenwirkungen berichten. **Unsere Regulierungsbehörde sollte verpflichtet werden, der Öffentlichkeit in regelmäßigen Abständen (z. B. wöchentlich) proaktiv, vollständig und transparent über diese Nebenwirkungen zu berichten. Dies ist jedoch nicht der Fall.** Es wird erwartet, dass die Öffentlichkeit die von Sciensano veröffentlichten Daten zu diesem Thema konsultiert. Das Problem der objektiven Berichterstattung und insbesondere die wahrscheinliche Ursache für die Untererfassung wurden bereits oben erwähnt.

Sie behaupten auch, dass eine natürliche Immunität besser, stärker und sicherer ist als eine durch einen Impfstoff aufgebaute Immunität. Sie sprechen in diesem Zusammenhang von einem unauslöschlichen immunologischen Gedächtnis, aber ich verstehe nicht, warum dieses nicht durch eine Infektion ausgelöst werden sollte. Worin besteht also der Unterschied?

Der Unterschied zwischen natürlicher und impfstoffinduzierter Immunität wurde bereits oben ausführlich erörtert, einschließlich der "Gedächtnisfunktion", die im Falle der natürlichen Immunität auch mit der angeborenen Immunität ("Training") zusammenhängt.

Halten Sie es für klug, dass sich Menschen absichtlich mit dem Coronavirus infizieren lassen? Schließlich werden Infektionspartys veranstaltet, und manche Leute tun - zumindest meiner Meinung nach - noch verrücktere Dinge, um sich anzustecken. Der Grund dafür ist natürlich, dass sie glauben, die natürliche Immunität sei stärker. Was ist Ihre Reaktion darauf?

Ich kann nur sagen, dass ein solches Verhalten nur durch eine Reihe von sinnlosen Vorschriften inspiriert und angeheizt wird, die Menschen diskriminieren, aber keine wissenschaftliche Grundlage haben. Die natürliche Ansteckung erfolgt durch Aerosole oder kleine Tröpfchen, niemals durch die intranasale Inokulation, auf die Sie sich vielleicht beziehen. Für junge und gesunde ungeimpfte Menschen sehe ich keinen Grund, den Kontakt zu vermeiden, ganz im Gegenteil. Zusammenkünfte von sehr vielen Menschen in relativ kleinen und schlecht belüfteten Räumen waren noch nie eine gute Idee, und das ist bei dieser Atemwegsinfektion nicht anders.

Abschließend möchte ich noch anmerken, dass die Zahlen eigentlich im Widerspruch zu dem stehen, was Sie über die Immunität sagen. Wir sehen wirklich einen Unterschied zwischen geimpften und ungeimpften Menschen in Bezug auf Krankenhausaufenthalte, sogar Infektionen und Todesfälle. Wenn Ihre Theorie richtig wäre, müssten geimpfte Menschen viel häufiger im Krankenhaus landen. Dann müsste die Inzidenz bei ihnen viel höher sein.

Siehe meine vorherigen Bemerkungen dazu. Vielleicht ist es gut, ab und zu über die Landesgrenzen zu schauen....'Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser', sagt man in Deutschland. Schließlich wütet überall die gleiche Pandemie.

In der letzten RAG-Stellungnahme (Risk Assessment Group) wurde, wenn auch auf der Grundlage einer kleinen Stichprobe, die Variante einer Reihe von Patienten untersucht, und es wurde festgestellt, dass von den Personen in der Stichprobe, die mit der Omikron-Variante infiziert waren, 61 nicht geimpft worden waren und nur einer der Patienten geimpft worden war. Das ist ein großer Unterschied. Der Klarheit halber sprechen wir über Einweisungen aufgrund einer Coronainfektion. Personen, die aus anderen Gründen im Krankenhaus waren, sind in dieser Zahl nicht enthalten. Ich entnehme diese Zahlen der letzten RAG-Stellungnahme vom vergangenen Mittwoch.

Siehe vorher. Betrachtet man die Zahlen der Menschen, die nicht ins Krankenhaus eingeliefert werden, so zeigt sich genau das Gegenteil. Geimpfte Menschen sind leichter mit Omikron zu infizieren als nicht geimpfte Menschen(<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.28.22270044v1>). Sie werden sehen, dass sich das von Ihnen angegebene Verhältnis schnell ändern kann, wie dies bereits aus Berichten aus dem Ausland hervorgeht: siehe meine vorherige Antwort bezüglich der negativen Impfstoffwirksamkeit (z. B. PHS, UKHSA), gerade bei Infektionsfällen! **"Schnappschüsse" und "Momentaufnahmen" sind daher keine zuverlässige Grundlage für eine solide Pandemiepolitik.** Die Frage, die wir uns stattdessen stellen müssen, lautet: Wie können wir die Pandemie beenden und welche Immunität sollten wir wählen, um uns in der Zwischenzeit so gut wie möglich zu schützen?

Ich habe also noch eine Menge Fragen zu dem, was Sie sagen. Nochmals, es könnte ein bisschen viel sein, all das gleich/nachher noch zu beantworten. Wenn es dem Präsidenten möglich ist, können Sie viele meiner Fragen auch schriftlich beantworten, aber bitte unter Angabe der Quellenangaben, da Sie diese vielleicht nicht auswendig kennen.

Richtig.

Melissa Depraetere (Vooruit): Herr Präsident, ich danke beiden Rednern für ihre Erläuterungen.

Herr Vanden Bossche, Sie haben sehr viel gesagt. Es war auch eine lange Stellungnahme. Sie haben viele Varianten desselben Arguments angeführt. Meiner Meinung nach ist Ihre Argumentation nicht ganz schlüssig.

Dazu möchte ich einige Bemerkungen machen. Denn trotz aller wissenschaftlichen Beweise und der derzeit vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse vieler Experten, Wissenschaftler, unabhängiger Regulierungsbehörden und Menschen, die täglich vor Ort mit COVID-19 und der Wirkung von Impfstoffen konfrontiert sind, behaupten Sie, dass sie alle falsch liegen. Das ist natürlich möglich. Das ist, gelinde gesagt, eine bemerkenswerte Feststellung.

Leider muss ich sagen, dass Sie offenbar nur die Medien verfolgen, die das Narrativ unterstützen. **Es gibt viele tausend Wissenschaftler, die - wie ich - eine völlig andere wissenschaftliche Meinung vertreten. In den Mainstream-Medien finden sie jedoch trotz ihres fundierten Fachwissens kein Forum.** Vielleicht sollten Sie in Zukunft auch auf die alternativen Medien achten, in denen diese Leute ihre wissenschaftlichen Erkenntnisse verbreiten. Ich kann Ihnen auch versichern, dass meine Analyse in verschiedenen Kreisen meiner ehemaligen Arbeitgeber auf große Unterstützung und Verständnis stößt. Viele von ihnen ziehen es vor, anonym zu bleiben, aus Gründen, die Ihnen bekannt vorkommen werden. Sehen Sie übrigens nicht, wie das Narrativ gerade wegen der vielen Widersprüche, die dank unabhängiger Wissenschaftler und Reporter zunehmend aufgedeckt werden, bröckelt? Merken Sie nicht, dass immer mehr Länder erkennen, dass die Umsetzung komplexer, diskriminierender, aber wissenschaftlich nicht fundierter Maßnahmen nicht mehr haltbar ist?. Wie können sie diese Maßnahmen und Vorschriften zurückschrauben? **Bemerkenswert ist die kleine Welt, in der viele Menschen leben, und das blinde Vertrauen in Medien und Beamte, die mit Steuergeldern von einem Staat bezahlt werden, der krampfhaft über die Einführung einer Impfpflicht nachdenkt.** Wenn Sie die Betonung auf "unabhängige" Regulierungsbehörden legen, zeigt das, dass Sie nicht wissen, wie viel Kritik die FDA in diesem Bereich täglich einstecken muss. Zwei Beamte sind dort im vergangenen Jahr zurückgetreten. Zufällig kenne ich einen von ihnen sehr gut. Zufällig kenne ich auch einen der bekanntesten Impfpflichtgegner der Welt, **der mir bereits Anfang letzten Jahres in Bezug auf die Folgen der Massenimpfung mit diesen Impfstoffen auf die Evolution des Virus völlig zustimmte und mich gleich warnte, dass es sich nicht lohnen würde, dagegen anzugehen, weil ich damit immer noch auf Unverständnis und mangelnde Resonanz stoßen würde.** Natürlich sind auch diese Koryphäen nicht frei von Interessenkonflikten. Aber bitte denken Sie weiterhin, dass ich derjenige bin, der alles falsch macht und als Anti-Vaxxer gesehen werden will. Eine solche Haltung ist sicherlich einfacher, als dafür zu sorgen, dass **anstelle einer Impfpflicht eine ernsthafte multidisziplinäre wissenschaftliche Debatte geführt wird.**

Tatsächlich würden die Impfstoffe auch die Immunität beeinträchtigen, da sie das Virus verstärken würden. Sie sagen, dass die Impfstoffe eine Teilimmunität verleihen. Das Virus passt sich daran an.

Ich habe nie behauptet, dass Impfstoffe das Virus verstärken! Der Immundruck, der durch die Massenimpfung mit den derzeitigen C-19-Impfstoffen während einer Pandemie von SC-2-Varianten auf die Bevölkerung ausgeübt wird, führt jedoch zur Dominanz der infektiöseren Immunfluchtvarianten. Dies ist also eine Folge der Kombination der oben genannten Faktoren und nicht der Impfstoffe selbst.

Sie haben ausführlich erklärt, wie Sie das sehen, mit der Fluchtklausel, die irgendwo enthalten ist. Seltsam an dieser Argumentation ist, dass die gleiche Argumentation nicht für eine bereits erfolgte Infektion gilt. Auch bei früheren Infektionen hat die Forschung gezeigt, dass es eine zeitliche Verzögerung gibt und dass die Menschen nach einer bestimmten Phase die Auswirkungen der Infektion nicht mehr vollständig wahrnehmen. Auch hier ist der Schutz unvollständig und nimmt mit der Zeit ab. Dies ist in der Forschung nachgewiesen worden.

Wenn ich Ihre Frage richtig verstehe, verwechseln Sie hier zwei völlig unterschiedliche Phänomene. Die berühmte "Immunflucht", vor der ich warne, ist ein Populationsphänomen, während sich das Abklingen der Wirkung der Infektion auf den Einzelnen bezieht. Mit anderen Worten: Die Immunflucht schließt keineswegs aus, dass die durch den Impfstoff ausgelöste Immunantwort durchaus in der Lage ist, den Einzelnen vor (schweren) Krankheiten zu schützen. Außerdem ist es falsch zu glauben, dass die Person nicht mehr vor (schweren) Krankheiten geschützt wäre, wenn individuelle Antikörper verschwinden. **Es**

ist auch ein völliger Irrtum zu glauben, dass die natürliche Immunität keinen Schutz bietet, weil die Menschen sich wieder infizieren. Eine hochinfektiöse SC-2-Variante durchbricht die erste (angeborene) Abwehrlinie leichter, was nicht bedeutet, dass diese geschwächt ist; ausserdem kann man davon ausgehen, dass - wie bei anderen Effektoren des angeborenen Immunsystems - die angeborenen B1a-Zellen, die sich durch die Produktion relevanter polyspezifischer Antikörper gegen CoV schützen, zunehmend gut trainiert und damit umprogrammiert werden, um CoV (einschließlich aller SC-2-Varianten) mit höherer Affinität und damit effektiver zu erkennen und zu eliminieren. Dies bedeutet, dass die Schutzfunktion dieser angeborenen Immunzellen nicht nachlässt, sondern im Gegenteil zunimmt. **Dies erklärt auch die inzwischen eindeutig nachgewiesene "negative" Impfstoffwirksamkeit** (siehe oben). **Solange die Pandemie wütet, ist es daher ein Fehler, die nach einer natürlichen Infektion erworbenen Antikörpertiter mit dem Schutzgrad einer Person zu korrelieren, die sich von einer natürlichen C-19-Erkrankung erholt hat.** Die Immunologie ist also etwas komplexer, als von unseren Experten oft angenommen wird.

Es ist seltsam, dass wir behaupten, das Covidavirus würde sich nur aufgrund der frechen Impfstoffe entwickeln, nicht aber aufgrund früherer Infektionen oder durch Training des Immunsystems. Das ist eine Argumentation, die ich nicht nachvollziehen kann und seltsam finde.

Ich habe bereits erklärt, warum CoV bei einer natürlichen Infektion nicht unter Druck gesetzt wird, während es bei einer pandemischen C-19-Massenimpfung unter Druck steht. **Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Bekämpfung des Virus bei einer natürlichen Infektion in zwei verschiedenen Phasen erfolgt (angeborene Immunität, gefolgt von erworbener Immunität),** während dies bei einer Massenimpfung während einer Pandemie nicht der Fall ist.

Gleichzeitig - und das wurde bereits gesagt - sind alle bisher bekannten Mutanten, d. h. Alpha, Beta, Delta, Gamma und jetzt Omikron, unabhängig von Impfstoffen entstanden. Sie traten zu Zeiten auf, in denen die Impfung bei der Pandemie keine Rolle spielte, oder an Orten, an denen die Impfung keine große Rolle spielt. Deshalb verstehe ich auch Ihre Argumentation nicht.

Siehe Einleitung. Ich habe nie behauptet, dass Massenimpfungen für das ENTSTEHEN von Virusvarianten verantwortlich sind!

Ein drittes Problem ist ein grundlegendes ethisches Problem, das der Ausschuss ebenfalls erörtern sollte. Sie führen ein Argument an, das wir oft von der selbsternannten alternativen Wissenschaft hören. Das heißt, die Bevölkerung muss wiederholt infiziert werden, um eine Gruppenimmunität zu erreichen. Das ist jedoch dasselbe wie die Dezimierung der Bevölkerung im ursprünglichen Sinne des Wortes. Das heißt, alle sollen Lose ziehen und sehen, wer am Ende den Kürzeren zieht. Er oder sie hat Pech gehabt. Diese Person hat sich dann für die Immunität der Gruppe geopfert. Wie weit soll das gehen? Von wie vielen Personen, die Lose ziehen, ist die Rede?

Wenn Sie mit der Literatur einigermaßen vertraut wären, würden Sie feststellen, dass Ihr Vergleich mit der staatlichen Lotterie überhaupt nicht zutrifft. **Wir kennen die prädisponierenden Risikofaktoren inzwischen nur zu gut.** Wir wissen, welche Grunderkrankungen das Risiko einer schweren C-19-Erkrankung stark erhöhen. **Wir wissen auch, dass ein gesunder Lebensstil und gesunde Ernährungsgewohnheiten das Risiko erheblich verringern. Regelmäßige Bewegung allein verringert das Risiko einer C-19-Erkrankung erheblich.** (<https://bjsm.bmj.com/content/55/19/1099>). Leider messen die Regierungen dem zu wenig Bedeutung bei und werfen SC-2 weiterhin mit anderen Viruserkrankungen in einen Topf, die eine völlig andere Pathogenese haben, andere Zielgruppen ansprechen und von Viren mit einer ganz anderen Mutationsrate und Infektiosität verursacht werden, die übrigens größtenteils mit einer anderen Art von Impfstoffen (z. B. abgeschwächte Lebendimpfstoffe) bekämpft werden, die niemals für Massenimpfungen inmitten einer Pandemie oder Epidemie eingesetzt

werden.⁴ Darüber hinaus verringert eine frühzeitige Behandlung der C-19-Symptome das Risiko einer schweren Erkrankung und eines Krankenhausaufenthalts um 85 %. Ob man es nun gerne hört oder nicht, als Virologe mit umfassender Erfahrung in der Immunologie kann ich Ihnen versichern, dass diese C-19-Pandemie ohne Gruppenimmunität nicht ohne "Tränen" enden wird.

Was Sie vorschlagen, ist bereits erprobt worden. In Brasilien hat man dies mehr oder weniger versucht. Die Situation dort ist jedoch dramatisch. Ihre Theorie hat dort nicht funktioniert. Es ist mir daher nicht klar, wie Sie das in unserem Land anders sehen würden. Die Theorie hat jedoch in der Praxis nicht funktioniert, mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen. Der Druck auf die Krankenhäuser hat sich nicht einmal verringert, was eines Ihrer Argumente dafür ist. Selbst dieser Vorteil ist in Brasilien nicht zu finden.

Was Ihren Vergleich in Brasilien betrifft, so verweise ich Sie auf eine frühere Antwort. Die Argumentation, dass der Erwerb einer Gruppenimmunität bedeutet, dass man überhaupt keine Maßnahmen ergreifen kann, um Krankenhausaufenthalte und Sterblichkeit zu verhindern, ist kurzsichtig. Gefährdete Menschen müssen geschützt und behandelt werden; Ausbrüche von hohem Infektionsdruck müssen bekämpft werden (z. B. durch gezielte Maßnahmen zur Infektionsprävention und geeignete Unterkünfte zur Vermeidung von Überbelegung), und es sollte mehr Wert auf eine gesunde Ernährung und Lebensweise gelegt werden, um den gefährdeten Anteil der Bevölkerung deutlich zu verringern. **Die Chronizität der Pandemie, zu der unsere unüberlegte Politik geführt hat, kann unmöglich zu einer Gruppenimmunität führen und wird daher mit größter Wahrscheinlichkeit letztlich zu mehr Krankenhausaufenthalten und Todesfällen führen, als dies der Fall wäre, wenn, wie oben erwähnt, Maßnahmen zur Minimierung der Schäden einer natürlichen Pandemie ergriffen würden, solange die Gruppenimmunität nicht Realität ist.** Wenn diese Maßnahmen - insbesondere die frühzeitige Behandlung - jedoch vernachlässigt werden, ist es nicht verwunderlich, dass die Krankenhäuser überlastet sind. **Und selbst wenn eine mildere Variante wie Omikron den Druck von den Krankenhäusern nimmt, scheinen die Menschen immer noch nicht zu begreifen, dass dies die letzte Chance ist, eine Gruppenimmunität zu einem vertretbaren Preis zu erwerben.**⁵ Stattdessen ordnet unsere Regierung Anti-Omikron-Impfstoffe an und verhindert damit, dass eine Gruppenimmunität entsteht.

Herr Vanden Bossche, ich habe keine konkreten Fragen an Sie, denn ich erwarte bei allem Respekt nicht, dass Sie mir eine wissenschaftlich fundierte Antwort auf meine Fragen geben. Meine Fragen richteten sich an Herrn Herry.

Bei allem Respekt, Voreingenommenheit war noch nie eine gute Tugend.

Sophie Rohonyi (DéFi): (FR) Herr Präsident, wie meine Kolleginnen und Kollegen möchte auch ich unseren beiden Rednern für ihre Ausführungen danken. Herry hatte immerhin die Ehrlichkeit und den Anstand, seine Aussagen mit wissenschaftlichen Studien zu untermauern, im Gegensatz zu Herrn Vanden Bossche, aber dazu komme ich später.

Es ist bekannt, dass auch andere Impfungen erforderlich sind, damit ein Kind z. B. eine Kindertagesstätte besuchen kann. Dies ist der Fall bei Impfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Röteln oder Mumps. Es gibt auch Impfungen, die "dringend empfohlen" werden, wie Impfungen gegen Pneumokokken, Meningokokken-C-Meningitis oder Hepatitis B.

⁴Wie (kaum) bekannt wurde, war auch die Verabreichung eines Ebola-Impfstoffs während der Ebola-Pandemie in Westafrika (2014-2016) höchst problematisch:

https://uploads-ssl.webflow.com/616004c52e87ed08692f5692/61f65c43db047c9050ffe014_Critical_analysis_Ebola_vac_cine_trial_GVB.pdf

⁵unter der Voraussetzung, dass flankierende Maßnahmen wie eine frühzeitige medikamentöse Behandlung und im Idealfall eine kollektive antivirale Prophylaxe durchgeführt werden

Ich muss auch auf die Frage der Kontraindikationen zurückkommen, gerade im Hinblick auf Ihre Erfahrungen mit der Polioimpfung, aber auch, um Sie mit den Behauptungen von Herrn Vanden Bossche zu konfrontieren, der andeutete, dass Kontraindikationen bei einer obligatorischen Impfung gegen Covid-19 nicht berücksichtigt würden.

Es ist jedoch ersichtlich, dass sowohl im Königlichen Erlass vom 26. Oktober 1966 als auch im Gesundheitsgesetz vom 1. September 1945 ausdrücklich medizinische Ausnahmeregelungen vorgesehen sind; in diesen Bestimmungen heißt es: "Das Vorliegen einer Kontraindikation ist durch ein ausführliches ärztliches Attest zu bestätigen, in dem die voraussichtliche Dauer der Kontraindikation anzugeben und das an den Gesundheitsinspektor des Bezirks zu richten ist. Dieser benachrichtigt den Bürgermeister der Gemeinde, in der das betreffende Kind seinen Wohnsitz hat. Sind Sie aus Ihrer Sicht als Allgemeinmediziner der Ansicht, dass dieses System heute ausgereift ist und daher auf Impfungen gegen Covid übertragen werden kann?"

Es ist auch zu beobachten, dass in Frankreich medizinische Gegenanzeigen für den Fall einer allergischen Reaktion auf die ersten Dosen des Impfstoffs oder auch für den Fall einer Myokarditis in Verbindung mit einer Covid-Infektion oder auch für den Fall eines Haarlecks vorgesehen wurden. Diese Kontraindikationen können sowohl von einem Allgemeinmediziner als auch von einem Facharzt bescheinigt werden. Allerdings ist zu beobachten, dass diese Liste der medizinischen Kontraindikationen in Frankreich viel breiter ist als in Belgien, wo derzeit nur allergische Reaktionen auf einen der Bestandteile dieses Impfstoffs gegen Covid akzeptiert werden. Plädieren Sie für ein System wie in Frankreich, wo es eine lange Liste von medizinischen Kontraindikationen gibt, die akzeptiert werden und durch ein ärztliches Attest belegt werden können?

Allerdings ist zu beobachten, dass diese Liste der medizinischen Kontraindikationen in Frankreich viel breiter ist als in Belgien, wo derzeit nur allergische Reaktionen auf einen der Bestandteile dieses Impfstoffs gegen Covid akzeptiert werden. Solche Kontraindikationen werden bei Impfstoffen seltsamerweise nicht angegeben.

Sie geben Ihre Position - d. h. die Impfpflicht, und ich erwarte, dass Sie mir das Alter nennen - auf der Grundlage der Krankenhäuser an, die um jeden Preis vor einer weiteren Überlastung durch zu behandelnde Patienten geschützt werden müssen. Aber warum sollte die Impfpflicht nicht auf Personen ausgerichtet sein, die am stärksten durch Covid gefährdet sind, d. h. ältere Menschen oder Personen mit Komorbiditäten?

Diese Meinung wird insbesondere von dem Infektiologen Nathan Clumeck vertreten, es ist das System, das in Italien und Griechenland angewandt wird. Ich hätte gerne Ihre Meinung zu dieser gezielteren Option gehört.

Sind Sie auch der Ansicht, dass die Impfpflicht zeitlich begrenzt sein sollte, d. h. dass sie sich nach der möglichen geringeren Virulenz des Virus richten sollte, z. B. auf der Grundlage des Barometers oder durch das Verschwinden des Virus? Was die Frage betrifft, welchen geografischen Perimeter man in diesem Fall wählen würde.

Es ist auch bekannt, dass der Impfstoff zwar nicht verhindert, dass man Träger des Virus ist, dass er aber sowohl die Übertragung als auch die schweren Formen der Krankheit drastisch reduziert. Können Sie uns daher mehr über den Anteil der Patienten sagen, die sich trotz Impfung infiziert haben? Können Sie bestätigen, dass es ihnen viel schlechter gegangen wäre, wenn sie nicht geimpft worden wären?

Die Frage zeugt von einem völligen Mangel an Verständnis für die Folgen der symptomatischen Impfung auf die Entwicklung des Virus. Eine Massenimpfung oder sogar die Impfung einer ganzen Gruppe gefährdeter Personen während einer Pandemie wird immer zu einer natürlichen Selektion führen, insbesondere wenn die derzeitigen C-19-Impfstoffe gegen Varianten eingesetzt werden, deren Spike-Protein sich stark von dem Spike-Protein unterscheidet, gegen das der Impfstoff gerichtet ist.

Haben Sie bei Ihren Patienten nach der dritten Dosis eine deutliche Verbesserung der Immunität festgestellt?

Sind Sie der Meinung, dass die Impfpflicht auf diese drei Dosen beschränkt werden sollte, oder sollte es eher mehrere Auffrischungsdosen der derzeit zugelassenen Impfstoffe oder eine Auffrischungsdosis vor Beginn des Winters geben, ähnlich wie es bei der saisonalen Grippe der Fall ist? Wäre es im letzteren Fall denkbar, dass der Covid-Impfstoff und der Grippeimpfstoff gleichzeitig verabreicht werden könnten, zumindest bei besonders anfälligen Personen, die den Grippeimpfstoff benötigen?

Eine solche Impfung einer begrenzten Bevölkerungsgruppe (z. B. gefährdete Personen) könnte möglicherweise in Betracht gezogen werden, wenn diese Impfstoffe außerhalb einer Pandemie eingesetzt würden. Dies ist jedoch vorläufig nicht der Fall. Die Pandemie ist immer noch in vollem Gange. Die gleichzeitige Verabreichung erfordert auch umfangreiche klinische Studien, nicht nur um die Nichtunterlegenheit der Immunantwort auf jeden einzelnen Impfstoff nachzuweisen, sondern auch um ausreichende Sicherheitsdaten zu erhalten.

Sind Sie der Meinung, dass die Impfpflicht heutzutage durchführbar ist? Gibt es einen Unterschied zwischen Boten-RNA-Impfstoffen und anderen Impfstoffen wie Novavax? Oder soll diese Pflichtimpfung die zukünftigen Impfstoffe verwenden, die auf Omikron abgestimmt sind und für März oder April erwartet werden?

Ich komme nun kurz zu den Fragen, die ich an Herrn Vanden Bossche richten wollte.

Erstens: Sie sagen uns, dass eine Impfpflicht wissenschaftlich nicht begründbar ist. Außer, dass der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte mehrfach Gelegenheit hatte, sich zu diesem Thema zu äußern, und folglich die Legitimität, Verhältnismäßigkeit und damit die Rechtmäßigkeit einer Impfpflicht aus ganz klaren Gründen der öffentlichen Gesundheit anerkannt hat. Was sagen Sie zu all diesen Urteilen?

Mein Argument ist die wissenschaftliche Rechtfertigung. **Für mich als Wissenschaftler ist es schwer vorstellbar, dass Immuneingriffe, die wissenschaftlich nicht zu rechtfertigen sind, eine rechtliche Grundlage finden.** Wenn dies der Fall ist, dann ist eindeutig etwas mit den einschlägigen Rechtsvorschriften nicht in Ordnung.

Zweitens sagen Sie uns, dass die derzeitigen Impfstoffe nicht ausreichen, um die Pandemie zu kontrollieren. Um das klarzustellen: Ich glaube, die Rede der verantwortlichen Parteien hier war nie so, dass der Impfstoff das Allheilmittel sei. Stattdessen sagen wir, dass es als ein Werkzeug unter vielen gesehen werden sollte. Dies zeigt sich auch am Anteil der geimpften Personen auf Intensivstationen, der im Verhältnis zum Anteil der geimpften Personen in der Gesamtbevölkerung betrachtet werden muss. Sie liegt derzeit mehr oder weniger bei 10 %.

Heute sieht man an den Studien von Sciensano, dass das Risiko, auf der Intensivstation zu landen, deutlich geringer ist, wenn die Personen geimpft sind, egal ob es sich um Personen in einer Altersgruppe zwischen 18 und 64 Jahren oder um Personen in einer Altersgruppe über 65 Jahren handelt. Kann man also davon ausgehen, dass Sie den Wahrheitsgehalt der Zahlen, die Sciensano wöchentlich oder sogar noch häufiger veröffentlicht, in Frage stellen?

Ich habe bereits zu den Statistiken über Krankenhausaufenthalte Stellung genommen: Sie entwickeln sich ständig weiter, es gibt keinerlei solide Grundlage für langfristige Maßnahmen, und die "Momentaufnahme"-Mentalität birgt die große Gefahr, dass die symptomatische Massenimpfung letztendlich zu Varianten führt, die nicht nur durch eine hohe Infektiosität, sondern auch durch eine höhere Virulenz gekennzeichnet sind. Ich denke dabei an eine erhöhte Virulenz, die nicht unbedingt auf eine Veränderung der intrinsischen Viruseigenschaften zurückzuführen ist, sondern beispielsweise auf die Bindung von nicht neutralisierenden Antikörpern an das Virus, ein Phänomen, das eindeutig ein Risiko für ADE ('antibody-dependent enhancement' of disease) darstellt. Erst wenn eine solche Entwicklung des Virus eintritt, werden wir vielleicht erkennen, dass die kurzsichtige Strategie, Krankenhausaufenthalte durch Massenimpfungen zu vermeiden, unabhängig von dem Ziel, eine Gruppenimmunität zu erzeugen, falsch war und dass es besser gewesen wäre, auf eine "frühzeitige Multimedikation" zu setzen.

Drittens haben Sie darauf hingewiesen, dass es für alle diese Impfstoffe derzeit keine Erfahrungswerte bezüglich möglicher Nebenwirkungen gibt. Dies ist ein Argument, das sehr regelmäßig von Impfverweigerern vorgebracht wird, die man nicht als Anti-Vax kategorisieren sollte, zumindest nicht alle. Ein Argument, das ebenfalls häufig genannt wird, ist, dass sich der Impfstoff heute noch in der Erprobungsphase befindet.

Kann man heute nicht davon ausgehen, dass die Neuheit dieser Impfstoffe durch die enorme Masse an geimpften Personen - wir sind bei 52% der geimpften Weltbevölkerung -, durch den sehr geringen Anteil an festgestellten schweren Nebenwirkungen und die Transparenz, die über diese hergestellt wird, ausgeglichen wird? Die Tatsache, dass die Impfung erst vor kurzem eingeführt wurde, wird durch die vielen Leben, die durch die Impfung gerettet wurden, und die Tatsache, dass das Ausbrennen von Ärzten und die Überlastung von Krankenhäusern vermieden werden konnten, nicht ausgeglichen.?

Die Erforschung der Sicherheit eines Impfstoffs sollte in den verschiedenen Phasen der klinischen Entwicklung erfolgen und nicht als "Experiment" an der Bevölkerung. Ich habe den Eindruck, dass Sie sich der Schwere und des Ausmaßes der berichteten Nebenwirkungen nicht bewusst sind. Und vielleicht auch nicht von der Untererfassung. In Belgien beispielsweise werden 15 Mal weniger Nebenwirkungen gemeldet als in den Niederlanden, und das bei einer Bevölkerung, die nur 1,5 Mal größer ist als die belgische (siehe oben). Ich kann nur hoffen, dass die oben genannten Quellen, die über die verschiedenen Auswirkungen der C-19-Impfung berichten, Sie zum Nachdenken anregen.

Sie haben auch gesagt, dass wir nicht "ehrlich" genug über die Nebenwirkungen von Impfungen berichten. Können Sie uns sagen, bei welchen Nebenwirkungen wir nicht ehrlich genug waren? Wie ich bereits sagte, gibt es zu diesem Thema ein wöchentliches Bulletin, das sehr klar ist und von der Federal Medicines Agency stammt.

Siehe oben. Vielleicht ist es wichtig, einen Blick auf die Datenbanken VAERS, EudraVigilance und DoD zu werfen und die dort gemeldeten Nebenwirkungen des C-19-Impfstoffs mit den im Jahr 2021 dokumentierten ähnlichen Nebenwirkungen mit den entsprechenden Nebenwirkungen der vergangenen Jahre zu vergleichen.

Viertens musste ich auf Ihre These reagieren, dass es besser wäre, sich in Richtung einer natürlichen Immunität zu bewegen, die durch eine Infektion mit dem Virus statt durch Impfung erworben wird. Ich halte Ihre Rede für äußerst gefährlich, da sie zur absichtlichen Kontamination auffordert. In Deutschland z. B. kursieren in sozialen Netzwerken Ratschläge, wie man sich sicher anstecken kann, obwohl man - selbst wenn man jung und gesund ist - nicht vorhersehen kann, wie stark oder schwach die Symptome bei einer Ansteckung mit Covid sein werden oder ob man an Covid long leiden wird.

Die Idee der "freiwilligen Ansteckung" entstand nur aufgrund des Drucks, den die Regierungen auf junge Menschen ausübten, sich entweder impfen zu lassen oder eine Bescheinigung über die Genesung von der Infektion vorzulegen. **Man darf sich nicht wundern, dass solche Maßnahmen, die wissenschaftlich nicht zu rechtfertigen sind, zu Panik und Leichtsinn bei nicht geimpften Menschen führen, die zunehmend unter Druck gesetzt werden, sich impfen zu lassen, obwohl sie das offensichtlich nicht wollen.** Wenn Sie das verstanden hätten, müssten Sie mich vielleicht nicht der Anstiftung zur freiwilligen Ansteckung beschuldigen.

Ich halte Ihre Rede für sehr gefährlich, wenn nicht sogar für kriminell. Ich möchte das sagen. Damit ermutigen Sie die Menschen, das Risiko einzugehen, unsere Krankenhäuser zu überlasten, mit den entsprechenden Folgen auch für nicht covidisierte Patienten, deren Behandlung und Betreuung verschoben wird, manchmal mit tödlichen Folgen.

Ihre arrogante Behauptung stellt einen direkten Angriff ad hominem dar und ist nichts anderes als ein Versuch des Rufmordes. Solche Äußerungen von Personen mit politischem Mandat bedrohen die Gesellschaft und führen schnell zu einer Spirale von entwürdigender Diskriminierung und Segregation, wie sie in einigen Ländern bereits traurige Realität ist. Und das, obwohl Ihr Wissen über die Pandemie nicht über das der Katze meines Nachbarn hinausgeht. Offenbar ist Ihnen nicht einmal bewusst, dass Sie damit Ihre Visitenkarte auf die erste Seite des Protokolls dieser Anhörung heften.

Schließlich möchte ich - ebenfalls im Zusammenhang mit Ihrer Theorie - auch daran erinnern, dass es Menschen gibt, die sich mehrfach mit dem Virus infiziert haben, ohne jemals den Impfstoff anzurühren. Dies zeigt, dass die Immunität, die durch eine Infektion erworben wird, ohne geimpft zu sein, vorübergehend ist.

Sie verstehen offensichtlich nicht, dass in jedem dieser Fälle die betreffende gesunde Person gerade durch die natürliche Immunität vor Krankheiten geschützt war. Das Gleiche kann man von Impfstoffen nicht behaupten. **Warum setzen Sie die Messlatte für die Impfung (Schutz vor schweren Krankheiten) so niedrig wie möglich an, während Sie sie für die natürliche Immunität (Schutz vor Infektionen) so hoch wie möglich ansetzen?**

Mit anderen Worten: Bei Ihrer Strategie hätten wir ein Interesse daran, das Virus bei uns zu behalten, da wir uns erneut infizieren lassen müssten, sobald die durch eine Ansteckung erworbene Immunität nicht mehr ausreicht. Ich wollte Ihre Antwort darauf hören, zumal, wie wir gehört haben, einige Experten, wie der Epidemiologe Pascal Crépey, darauf hingewiesen haben, dass je größer die Zirkulation des Virus ist, desto mehr Möglichkeiten lassen Sie diesem Virus, Lösungen für ein Problem wie die Impfung oder die natürliche Immunität zu finden.

Haben Sie wirklich geglaubt, dass wir diesen Virus ausrotten können? Dies würde voraussetzen, dass die Impfstoffe eine sterilisierende Immunität haben, dass es keine asymptomatischen Träger in der Bevölkerung gibt und dass es keine Tierpopulationen gibt, die das Virus beherbergen. Keine dieser Bedingungen ist erfüllt. Im Gegenteil, die Massenimpfung während der Pandemie führt nur dazu, dass immer mehr infektiöse Varianten in Umlauf kommen, mit Omikron als Kerze auf der Torte. Genau das führt dazu, dass immer mehr Viren zirkulieren und erhöht - wie P. Crépey behauptet - die Chance der natürlichen Selektion von SC-2-Varianten, die den immensen Immundruck der Bevölkerung überwinden können. **Ich würde genau für das Gegenteil plädieren, nämlich dass die Gruppenimmunität die Infektionslast und das Übertragungsrisiko drastisch reduzieren würde.** Auch wenn ein drastischer Rückgang des Infektionsdrucks dazu führt, dass die natürlich erworbenen Antikörper schwinden, gibt es ein so genanntes "immunologisches Gedächtnis", das es einer Person, die sich zuvor von einer Krankheit erholt hat, ermöglicht, die natürliche Immunität sehr schnell wieder zu aktivieren. Auf diese Weise gewinnt die Bevölkerung auch schnell wieder die Kontrolle über den "Ausbruch". Solche Ausbrüche können jederzeit (z. B. saisonal) während der endemischen Phase auftreten. **Angesichts des schlechten Managements dieser Pandemie können wir von einer solchen endemischen Phase jedoch vorerst nur träumen....**

Ich danke Ihnen.

Übersetzung des niederländischen Originals, Stand 18.3.2022 durch Christoph Becker, www.freizahn.de
Link auf das Original: <https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/mijn-antwoorden-m-b-t-hoorzitting-vaccinatieverplichting>

Dr. Vanden Bossche hat selber eine englischsprachige Version erstellt:
<https://www.voiceforscienceandsolidarity.org/scientific-blog/answers-by-g-vanden-bossche-to-questions-asked-by-the-parliamentary-commission-following-the-hearing-on-compulsory-vaccination-of-26-01-2022>

Übersetzung des Lebenslaufes von Dr. Vanden Bossche: Deutscher Lebenslauf von Dr. Vanden Bossche:
www.freizahn.de/2021/10/dr-geert-vanden-bossche/

1 Diese Veröffentlichung wurde vom Verlag Elsevier unerwartet und ohne wissenschaftliche Begründung zurückgezogen, zufällig (?) nur wenige Tage bevor die FDA über die Impfung von Kindern entscheiden sollte...