

Dr. med. vet. Peter Patzak
Impfsachverständiger
Heilpraktiker/ Homöopath
Dorfstr. 7, 04862 Mockrehna OT Wildschütz
Blümnerstr. 26, 04229 Leipzig
www.impfsachverständiger.de

Unabhängiger
independent vaccination expert
Tel. 034 244/ 64 02 67
0341/ 58 15 11 53
E-Mail: stadtphysicus@web.de

Dr. Peter Patzak, Dorfstr. 7, 04862 Mockrehna OT Wildschütz, Germany

Gesundheitspolitischer Sprecher des... Landtages
der Partei...

Wildschütz, den 7. April 2021

Sehr geehrte/r Herr/ Frau

ich wende mich an Sie, weil Sie in Zeiten aufgeheizter Diskussionen zum Themenkreis Infektionskrankheiten/ Impfverfahren eine wichtige Funktion innehaben und hohe Verantwortung für unser aller Leben und Gesundheit tragen.

Als Sachverständiger muss ich seit Jahren erleben, dass in der Diskussion pro und contra Impfverfahren die ideologische gegenüber einer naturwissenschaftlich-statistischen Argumentationsführung dominiert.

Dies ist bedauerlicherweise unabhängig vom Bildungshintergrund der Diskutierenden. Es entstand der Eindruck, es würden vorschnell Meinungen als Handlungsmaßstab genommen, anstatt einem Mindestmaß an Fachkunde von verschiedenen Seiten her Raum zu geben und ergebnisoffen zu diskutieren. Abwägung bekannter Fakten muss jeder demokratischen Entscheidungsfindung vorausgehen, wenn es um Gesundheit und Menschenleben geht.

Sie als verantwortliche/r Politiker/in werden im Rahmen der anstehenden demokratischen und juristischen Aufarbeitung der jüngsten politischen Entscheidungsprozesse vor der Frage stehen, warum Sie so oder so entschieden haben.

Gerade beim Themenbereich Einschränkungen von Grundrechten/ Eingriffe in die Unversehrtheit (Art. 2 Grundgesetz) ist die Lage dramatisch:

Während wegen beschlossener Infektionsschutzmaßnahmen untersagte Versammlungen oder Demonstrationen auch später zu gleichen Konditionen stattfinden könnten, ohne dass für den Einzelnen unumkehrbare Tatsachen geschaffen wurden, trifft dies auf die Anwendung von Impfverfahren häufig nicht zu.

Wer infolge der Anwendung eines Impfstoffes einen irreversiblen Gesundheitsschaden erleidet (das betrifft nach Berechnungen des Unterzeichners ca. 200.000 bis 400.000 Bundesbürger pro Jahr), dem

kann kein Arzt, kein Gesundheitsamt, kein gesundheitspolitischer Sprecher und kein Gericht seine Lebensqualität, seine Gesundheit oder seine soziale Situation zurückgeben, die vor einer

Impfkomplikation oder einem Impfschaden bestanden hatte- insbesondere dann nicht, wenn es sich um einen tödlichen Ausgang handelt.

Wie Sie wissen, lagen dem Paul-Ehrlich-Institut allein über COVID-19-Impfstoffe vom 27.12.2021 bis 31.01.2021 bereits ca. 330 Verdachtsmeldungen über tödlichen Ausgang einer Impfkomplikation vor. Vom 01.01.2000 bis zum 31.12.2020 hatte das PEI insgesamt 456 Meldungen über Todesfälle nach Impfungen entgegengenommen.

Während also 2000 bis 2020 durchschnittlich 1,8 Todesfälle pro Monat als mögliche Impfkomplikation gemeldet wurden, die alle in Deutschland zugelassenen Impfstoffe zusammen betrafen (1), erhielt das PEI in den Monaten Januar und Februar monatlich 228 Meldungen über Todesfälle allein nach Impfungen mit drei experimentellen COVID-19- Impfstoffen.

Somit sind tödliche Impffolgen im bisherigen Meldezeitraum 2021 mehr als 220 Mal häufiger gemeldet worden als in den vergangenen 20 Jahren- eine Steigerung auf 2.200 %.

Die Problematik wurzelt nach Ermittlungen des Unterzeichners in Fehl-Entwicklungen der vergangenen 70 Jahre beim Umgang mit den Themenkreis Infektionskrankheiten/Impfverfahren:

1. Aus ideologischen, kommerziellen und anderen Gründen wurde Impfverfahren die generelle Fähigkeit zugeschrieben, eine Herdenimmunität in einer bestimmten Population oder der Gesamtbevölkerung herbeizuführen.

So wünschenswert diese Eigenschaft wäre, so selten konnten Impfkampagnen bisher in westlichen Industrieländern einen Einfluss auf den Rückgang von Epidemien beim Menschen nachweisen. Dafür gibt es reichlich Belege in der Fachliteratur:

- Manchmal wurde der Erfolg anderer sozialer Entwicklungen im Nachhinein Impfkampagnen zugeschrieben- wie bei den Pocken (2 ,3, 4), manchmal wurden die Kriterien der Erfassung bei Einführung der Impfung geändert und täuschten so einen Einfluss der Impfung vor, die sie nicht hatte- wie bei Poliomyelitis (2, 5) oder die Epidemie wird durch Impfprogramme einfach in die Zukunft verschoben- wie aktuell bei den Masern (6).
- Der belgische Impfsachverständige Dr. med. Kris Gaublomme hat kürzlich zusammengefasst, wie sich in der Fachliteratur das Verhältnis zwischen Herdenimmunität und Impfverfahren darstellt (4).
- Niemand erwähnt beispielsweise in der Diskussion, dass Pest, Typhus und Cholera aus Europa gleichzeitig mit den anderen verheerenden Seuchen früherer Jahrhunderte verschwunden sind, ohne dass es dagegen Impfprogramme gegeben hätte.
- Aufgabe der Ständigen Impfkommission ist es, zur Verhinderung von Epidemien „geeignete Maßnahmen vorzuschlagen“. Da 13 von 17 Mitgliedern der STIKO Geld mit Impfverfahren verdient haben, liegt der Gedanke nahe, dass sie persönlich wenig Interesse haben, andere Maßnahmen zu erforschen (7). Eine demokratische Auswahl und Beteiligung ausschließlich ideologisch und kommerziell von Impfverfahren Unabhängiger an diesem Gremium wäre das Gebot der Stunde.

2. Kein in Deutschland zugelassener Impfstoff erfüllt die Forderung des Arzneimittelgesetzes (AMG), dass für die Anwendung am Gesunden bestimmte Arzneimittel ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis belegen müssen.

Der § 5 Abs. (2) besagt: *Bedenklich sind Arzneimittel, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen haben, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen.*

Bei der Anwendung an Kranken werden üblicherweise Unerwünschte Arzneiwirkungen (UAW) in Kauf genommen, um schwerwiegende Krankheitsbeschwerden zu lindern. Daher sind bei der Zulassung dieser Arzneimittel andere Maßstäbe anzulegen als für Impfverfahren, die primär zur Anwendung am Gesunden bestimmt sind.

Für die Anwendung am Gesunden vorgesehene Arzneimittel- dazu gehören prinzipiell alle Impfstoffe- müssen im Zulassungsverfahren nachweisen, dass der durch die Impfung erreichte Nutzen das Risiko der Anwendung des Impfstoffes übersteigt.

Solche Nutzen-Risiko-Analysen zu erstellen, wäre die Aufgabe des Paul-Ehrlich-Institutes. Um dieses Nutzen-Risiko-Verhältnis zu erstellen, ist ein einfacher Bruch mit dem **Nutzen** (= Anzahl verhinderter, selten bedrohlicher, Akuterkrankungen) **im Zähler** und dem **Risiko** (= Anzahl unerwünschter Arzneiwirkungen, die über vorübergehende Unpässlichkeit hinausgehen, also schwerer, chronischer Erkrankungen) **im Nenner**, zu erstellen.

Für in Deutschland selten auftretende Krankheiten reicht die Anzahl der Erkrankten nicht aus, um eine belastbare Nutzen-Risiko-Berechnung zu erstellen, weil die Stichprobengröße zu klein ist (das heißt: weil zu wenige Fälle, bezogen auf die 83 Millionen Einwohner Deutschlands auftreten- zum Beispiel FSME, Tetanus, Röteln, Tollwut, Gebärmutterhalskrebs ...- als dass ein Nutzen berechnet werden könnte). Der Fachliteratur ist zu entnehmen, dass Impfverfahren keinen Anteil daran haben, dass diese Erkrankungen selten geworden sind (2, 7, 9).

Der Einfluss von Masern-Impfungen auf das Infektionsgeschehen in Deutschland konnte von einer leitenden Epidemiologin beim Robert-Koch-Institut noch im Jahr 2015 nicht beziffert werden (10).

Bei Keuchhusten-Ausbrüchen, sehen wir regelmäßig, dass Geimpfte und Ungeimpfte gleichermaßen erkranken (11). Zwar sind bei Ausbrüchen Ungeimpfte etwa 4 x häufiger betroffen als Geimpfte, es besteht jedoch ein Melde- Bias (Verzerrung), weil Ärzte häufiger ungeimpfte Erkrankte melden als geimpfte. Die Anzahl bei den gemeldeten Erkrankungsfällen ist jedoch (mit jährlichen Schwankungen) etwa gleich (12).

Die gängige Praxis, die Seltenheit bestimmter Erkrankungen empfohlenen Impfungen zugute zu halten, ohne dass es dafür hinreichende Belege gibt, entspricht nicht der für Grundrechtseingriffe erforderlichen wissenschaftlichen Basis.

Noch schwieriger gestaltet sich die Situation bei der Betrachtung des Nenners- der Anzahl von UAW nach Impfung:

Das *Underreporting* (Nicht-Melden) von Impfkomplicationen wurde vom PEI 2002 auf unter 6 % geschätzt (13). Eigene Ermittlungen, Berechnungen und die internationale Fachliteratur legen den

Schluss nahe, dass nur 0,1-1 %, also etwa jeder 100. bis 1.000. Verdachtsfall auf Impfkomplicationen an das PEI gemeldet wird (7, 14, 15). Manche Verdachtsfälle auf Impfkomplication werden wohl an das zuständige Gesundheitsamt gemeldet, kommen jedoch nicht beim PEI an: für Sachsen wurde 2008 bekannt, dass 39 % aller bis dahin den Gesundheitsämtern gemeldeten Verdachtsfälle gesetzwidrig nicht an das PEI weitergeleitet wurden (16).

Seit 1995 ist international bekannt, dass passive Meldesysteme für Impfkomplicationen zu einer geringen Meldequote von < 1 % führen (15). Dennoch wurde durch den Gesetzgeber ein solches passives Meldesystem 2001 in das Infektionsschutzgesetz übernommen. Nach nunmehr über 20-jährigem, gesetzlich gestütztem Versagen dieses Systems ist eine Überarbeitung der Erfassungspraxis von Impfkomplicationen dringend überfällig.

Auf der Homepage der PEI behauptet dessen wissenschaftlicher Beirat, dass es 1.000 x gefährlicher sei, eine Masernerkrankung zu erleiden als einen Impfschaden durch eine Mumps-Masern-Röteln-Impfung (17). Angesichts der fehlenden bzw. in entgegengesetzte Richtung weisenden Daten muss diese Behauptung als Tatsachenverdrehung zurückgewiesen werden. Der angebliche Beleg für die Behauptung sei eine Studie, die anhand der- wie erwähnt, höchst unvollständigen- Daten von RKI und PEI erstellt wurde.

3. Fehlende Qualifikation der Impfungen ausführenden Ärzte zur Einschätzung der Impffähigkeit von gesunden oder kranken Personen, zum Themenkreis Kontraindikationen und Diagnostik von Unerwünschten Arzneiwirkungen (UAW)

Die Themen Risiken, Kontraindikationen, Inhaltsstoffe von Impfstoffen und deren mögliche Unerwünschte Arzneiwirkungen, immunologische Fehlreaktionen und Diagnostik von Impfkomplicationen sind kein Pflichtbestandteil des Medizinstudiums- sonst wären sie in der Approbationsordnung für Ärzte verankert (18). Gegenüber den 1990 in der DDR existierenden 18 Pflichtimpfungen hat sich die Anzahl der heute vor der Schuleinführung von der STIKO empfohlenen Impfungen fast verdoppelt (auf 33 Impfungen), ohne dass Ärzte für Impfverfahren hinreichend qualifiziert würden.

Ein gravierendes, von der medizinischen Versorgungsforschung beklagtes Phänomen ist, dass überlastete Kassenärzte kaum Zeit haben, Studien zu lesen und wenn, dann in der Regel nicht die statistische Qualifikation haben, sie umfassend zu verstehen, geschweige denn praktische Möglichkeiten, ihren Wahrheitsgehalt zu überprüfen. 75 % aller Ärzte bezeichnen die von Pharmareferenten überlassenen, von Herstellern bestellten und bezahlten Studien als „Hauptquelle ihrer Fachinformation über Arzneimittel“ (19, 20, 21).

Auch die Facharztweiterbildung qualifiziert die- wohl am häufigsten impfenden- Kinderärzte nicht dazu, Impfrisiken, individuelle Kontraindikationen und beginnende Impfkomplicationen zu erkennen. Dies ist die klinische Erfahrung des Unterzeichners aus mehr als 280 Fällen, von denen einige im Nachhinein als Impfschaden gerichtlich anerkannt wurden. Mehrere Dutzend impfende Ärzte wurden von 2016- 2019 dazu befragt und bestätigten diese Beobachtungen.

Wie aus einer Studie bekannt ist, melden 77,8 % aller Ärzte in Deutschland UAW selten, sehr selten oder nie (22). Die Meldebereitschaft dürfte erheblich durch den Umstand leiden, dass Impfkomplicationen direkt auf das Handeln des impfenden Arztes selbst oder seiner Kolleginnen zurückzuführen sind.

Fachfortbildungen zum Themenkreis Impfverfahren werden unter Verstoß gegen die Fortbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) von Hersteller-finanzierten Referenten bestritten, die nach den Bestimmungen der BÄK nicht als anerkenungsfähig gelten. Dass die Teilnahme an der bundesweit größten Veranstaltung dieser Art dennoch alljährlich mit Fortbildungspunkten gewürdigt wurde, sieht die zuständige Aufsichtsbehörde- das Sächsische Staatsministerium für Gesundheit und Soziales- völlig unkritisch (23).

4. Ein weiteres Problem bei der Berechnung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses ist die teilweise **mangelhafte Qualifikation von Amtsärztinnen und Amtsärzten, eingehende Impfschadensverdachtsmeldungen zu bewerten.**

Der Unterzeichner erhielt mehrfach auf seine Meldungen hin Schreiben von Amtsärzten des Inhaltes, dass

- *die Meldung gegenstandslos sei, weil man doch wisse, dass Impfkomplicationen nur 7-14 Tage nach einer Impfung auftreten könnten.* Die WHO empfiehlt in ihrer Richtlinie, alle binnen 42 Tagen nach Impfung auftretenden Gesundheitsschäden, die nicht eindeutig anderweitig zuzuordnen sind, als Impfschadensverdacht zu melden (24). Die Fachliteratur kennt beispielsweise Latenzzeiten von 9 Monaten (für in Deutschland als Impfschaden anerkannte Fälle, 25), durchschnittlich (!) 11- 20 Monaten für Makrophagische Myofasciitis (26, 27) und durchschnittlich (!) 38 Monaten für Autoimmun-Diabetes (28) zwischen Impfereignis und der klinisch manifesten Erkrankung als direkter Impffolge.
- *eine bestimmte Erkrankung keine Impffolge sein könne, weil sie nicht in der Nebenwirkungsliste des Impfstoffes aufgeführt sei.* Der Unterzeichner informiert sich in der internationalen Fachliteratur, die zumeist im Internet abrufbar ist und in medizinischen Datenbanken, die solche- auch seltenen Fälle- verzeichnen. Diese Angaben sind auch Amtsärztinnen und Amtsärzten zugänglich.

5. **Aus der erwähnten, mangelnden Qualifikation, Impfkomplicationen zu erkennen, erwächst die ungenügende Anzahl von Meldungen auftretender Impfschadens-Verdachtsfälle.** Diese mangelnde Qualifikation trifft auf beim PEI angestellte Ärzte, die die eingehenden Meldungen bewerten, ebenso zu.

Besonders besorgniserregend ist der Umstand, dass die Meldungen beim PEI nicht unabhängig bewertet werden, sondern die Bewertung nach einer von Impfstoffherstellern vorgegebenen Liste erfolgt (29).

Das heißt, es werden beim PEI nur diejenigen Verdachtsmeldungen mit Diagnosen in die Rubrik „Wahrscheinlicher Zusammenhang“ eingeordnet, von denen die Hersteller der Impfstoffe gestatten oder wünschen, dass sie für wahrscheinlich gehalten werden.

Selbst Diagnosen, für die es seit mehr als 40 Jahren in der Fachliteratur belegte, ursächliche Zusammenhänge mit Impfkomplicationen gibt wie Autismus Spektrum Störung (30, 31, 32, 33) oder Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen (34, 35, 36) werden- den Vorgaben der Hersteller gehorchend- pauschal in die Rubrik „Unwahrscheinlicher Zusammenhang“ eingeordnet.

Den Geschädigten wird damit fast automatisch der Zugang zu gesetzlich garantierten Sozialleistungen nach Impfschäden gemäß Infektionsschutzgesetz § 60 ff. verwehrt, sofern sie die Anerkennung nicht in jahrelangen Prozessen einklagen können.

Es ist daher an der Zeit, die Qualifikation aller in das Meldesystem eingebundenen Mediziner(innen) bezüglich möglicher Impfkomplicationen auf ein Niveau zu bringen, das der Verantwortung ihres Aufgabenbereiches gerecht wird und diese Qualifikation gesetzlich festzuschreiben- zumindest in der Approbationsordnung für Ärzte.

Bitte machen Sie diese bekannten Tatsachen zur Grundlage Ihrer Entscheidungen bei Abstimmungen und setzen Sie sich aktiv für die Überwindung der langjährigen Fehlentwicklungen im Umgang mit der Zulassung und Empfehlung von Impfverfahren und Impfstoffen ein.

Für den Anfang wäre es wünschenswert, einen Unabhängigen Impfschadensbeauftragten in jedem Bundesland zu berufen, der die angemahnten Korrekturen aus der Sicht von Kranken- und Pflegeversicherten, Impfgeschädigten und Steuerzahlern fachlich begleitet und überwacht. Die Genannten haben mit ihrer Gesundheit und ihrem Geld die Folgen dieser Entwicklungen zu tragen und daher ein Recht, endlich demokratisch beteiligt zu werden.

So wie seit 2006 den Landtagsabgeordneten in Sachsen stehe ich auch Ihnen als Sachverständiger für Impfverfahren/ Impfschäden mit meinen in 43 Jahren erworbenen theoretischen Kenntnissen und praktischen Erfahrungen zur Verfügung.

Ich bitte Sie um Nachricht, welche Schritte Sie auf mein Schreiben hin eingeleitet haben.

Mit den besten Wünschen für Ihre Gesundheit und weitere Erfolge bei Ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit als Volksvertreter/in verbleibe ich

mit herzliche Grüßen aus Nordsachsen

Dr. Peter Patzak

Anlagen

1. Artikel zur Herdenimmunität von Dr. med. Kris Gaublomme (European Forum for Vaccine Vigilance).
2. Briefwechsel des Unterzeichners mit dem Sächsischen Staatsministerium für Gesundheit und Soziales, betreffend die Weigerung des Ministeriums, seine Aufsichtspflicht gegenüber der Sächsischen Landesärztekammer wahrzunehmen.

Referenzen

1. Paul-Ehrlich-Institut (2021). Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19. Sicherheitsbericht vom 04.03.2021, Quelle: www.pei.de/SharedDocs/Downloads, letzte Einsicht: 05.04.2021).
2. Buchwald G (2002). Impfen- das Geschäft mit der Angst. 2002 emu Verlag.
3. Humphries S, Bystriany R (2015). Die Impf- Illusion. 2015 Kopp Verlag.
4. Gaublonne K (2020). Herdenimmunität. 2020 unveröffentlichter Artikel (im Anhang).
5. Petek-Dimmer A (2006). Kritische Analyse der Impfproblematik. 2006 (2. Auflage) AEGIS.
6. Rabe S (2019). Die Ausrottung von Krankheiten - das Beispiel Masern. 2019, Quelle: www.impf-info.de (letzte Einsicht 05.04.2021).
7. Patzak P (2019). Impfen- Facetten einer Diskussion. 2019, ML- Verlag Kulmbach.
8. Arzneimittelgesetz (AMG). Quelle: , letzte Einsicht: 05.04.2021.
9. McKeown T (1979). The Role of Medicine. 1979 Basil Blackwell.
10. Siedler A (2015). Persönliche Aussage während der Anhörung zum Thema „Impfquote erhöhen?“ am 31.08.2015, Sächsischer Landtag, Verwaltung Plenardienst, Präsidium, Parlamentarische Geschäftsstelle, Stenografischer Dienst, 10. September 2015, PD 2.4, Apr 6/7-07 A; Stenografisches Protokoll (Wortprotokoll als Ergänzung der Niederschrift nach § 41 der Geschäftsordnung des Sächsischen Landtages) der Anhörung durch den Ausschusses für Soziales und Verbraucherschutz, Gleichstellung und Integration am 31. August 2015 von 10:02 bis 12:41 Uhr, im Raum A 600 des Sächsischen Landtages.
11. Robert-Koch-Institut (2021). Infektionsepidemiologisches Jahrbuch. 2014- 2019, Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Jahrbuch/Jahrbuch_2019.pdf?__blob=publicationFile, letzte Einsicht 05.04.2021.
12. Thomas P, Lyons-Weiler J (2020). Relative Incidence of Office Visits and Cumulative Rates of Billed Diagnoses Along the Axis of Vaccination. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 8674.
13. Keller-Stanislawski B, Hartmann K (2002). Auswertung von Verdachtsfällen auf Impfkomplicationen nach dem Infektionsschutzgesetz. 2002, Bundesgesundheitsblatt, 45:344- 354.
14. The Vaccine Reaction Staff (2020). Only One Percent of Vaccine Reactions Reported to VAERS. 2020, January 9, The Vaccine Reaction, Vaccination, Risk & Failure Reports, Quelle: National Vaccine Information Center - Your Health. Your Family. Your Choice. (nvic.org), letzte Einsicht: 05.04.2021.
15. Rosenthal S, Chen R (1995). The reporting sensitivities of two passive surveillance systems for vaccine adverse events. 1995, *Am J Publ Health*, 85 (12):1706-09.
16. Orosz H (2008). Antworten auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Elke Hermann zu Meldungen von Impfkomplicationen in Sachsen. Sächsischer Landtag; Drucksachen Nr. 4/ 10460 vom 27.12. 2007 und Nr. 4/ 11873 vom 8.5. 2008.
17. Paul-Ehrlich-Institut (2019). Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats des Paul-Ehrlich-Instituts, Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, zur Qualität und Sicherheit von Impfstoffen. 27.05.2019, Quelle: stellungnahme-wissenschaftlicher-beirat-impfstoffe.pdf (pei.de), letzte Einsicht: 05.04.2021.
18. Bundesministerium für Gesundheit (2012). Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (24.07.2012), Quelle: ww.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen, letzte Einsicht: 05.04.2021.
19. Gigerenzer G (2013). Gut Feelings: The Intelligence of the Unconscious. in: Gigerenzer, G, Muir Gray Sir JA (2013). Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin, Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. 2013 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
20. Nelson DE (2013). Mangelnde Gesundheitskompetenz: Ursachen in der Forschung. in: Gigerenzer, G, Muir Gray Sir JA (2013). Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin, Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen. 2013 Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
21. Gorjanski D, Gajski L et al. (2010). Corruption in Croatian health care. 2010, 1st edition, Fond Hipokrat, Zaklada Slagalica.
22. Gahr M, Eller J, Connemann BJ, Schönfeldt-Lecuona C (2016). Unerwünschte Arzneimittelwirkungen: Warum Meldungen nicht erfolgen. *Dtsch Arztebl* 2016; 113(9): A-378 / B-320 / C-320.
23. Briefwechsel des Unterzeichners mit dem Sächsischen Staatsministerium für Gesundheit und Soziales 2019 (siehe Anhang).
24. WHO (2013). CAUSALITY ASSESSMENT OF AN ADVERSE EVENT FOLLOWING IMMUNIZATION (AEFI). 2013 User manual for the revised WHO classification.
25. Ehrengut W (2004). Erfahrungen eines Gutachters über Impfschäden in der Bundesrepublik Deutschland von 1955– 2004, 2004 Books on Demand.

26. Couette M, Boisse MF, Maison P et al. (2009). Long term persistence of vaccine derived aluminium hydroxide is associated with cognitive dysfunction. *J Inorgan Biochem*, 103 (11): 1571-78.
27. Gherardi RK, Authier FJ (2012). Macrophagic myofasciitis characterization and pathophysiology. *Lupus* 21: 184-89.
28. Classen J B, Classen D C (2002). Clustering of cases of insulin dependent diabetes (IDDM) occurring three years after Hemophilus influenza B (HiB) immunization support causal relationship between immunization and IDDM. *Autoimm* 35 (4): 247-53.
29. Mentzer T (2019). persönliche E-Mail des Leiters der Abteilung Pharmakovigilanz II beim Paul-Ehrlich-Institut an den Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss, Tobias Schmid, vom 19.8.2019.
30. Coulter H (1994). Impfungen- der Großangriff auf Gehirn und Seele. 1994 F. Hirthammer Verlag.
31. Keuth U (2012). Klinisch- wissenschaftliches Kausalitäts- Gutachten, Rechtsstreit X.Y. gegen Kommunalen Sozialverband Z. Az.: S 2VE6/10. (Namen aus Datenschutzgründen anonymisiert).
32. Wakefield AJ (2006). Autistic enterocolitis: is it a histological entity? *Histopathology*, 2006. 50: 380-384.
33. Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, Linnell L, Casson DM, Malik M, Berelowitz M, Dhillon AP, Thompson MA, Harvey P, Valentine A, Davies SE, Walker-Smith JA (1998). Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive, developmental disorder in children. *The Lancet*, Volume 351, No. 9103, p637–641, 28 February 1998.
34. Poser CM, Behan PO (1982). Late onset of Guillan- Barré syndrome. 1982 *J Neuroimmunol*, 3:27-41
35. Shoenfeld Y, Agmon-Levin N, Tomljenovic L (2015). *Vaccines and Autoimmunity*. 2015 Wiley Blackwell.
36. Schaffer V, Wimmer S, Rotaru I et al. (2008). HPV vaccine: a cornerstone of female health- a possible cause of ADEM? 2008, *J Neurol*, 255 (11):1818-20.

