

Gefahr: COVID-19-Impfstoffe können massive Nebenwirkungen verursachen

Analyse von [Dr. Joseph MercolaFact](#) [Checked](#)

- 08. Dezember 2020



GESCHICHTE AUF EINEN BLICK

- Anfang November 2020 gab Pfizer bekannt, dass sein Impfstoff zu mehr als 90% wirksam ist. Eine Woche später rühmte sich Moderna, das seinen Impfstoffkandidaten in nur zwei Tagen entwickelt hatte, einer Wirksamkeit von 94,5%.
- Die Daten klinischer Studien lassen entscheidende Informationen aus, wie z.B. die für den PCR-Test verwendete Zyklusschwelle, ob "Fälle" Symptome hatten oder nicht und wie lange der Impfstoff wirkt, wenn er schützend wirkt.
- Keine der COVID-19-Studien, für die uns Daten vorliegen, ist darauf ausgerichtet, herauszufinden, ob der Impfstoff die Zahl der Krankenhauseinweisungen oder Todesfälle verringert. Es wird nur untersucht, ob er die Symptome verringert, wenn Sie sich infizieren.
- Für den Impfstoff von Moderna sind schätzungsweise 167 Personen zu impfen (NNTV), d.h. 167 Personen müssen den Impfstoff erhalten, um einen Fall von COVID-19 zu verhindern.
- Der geschätzte NNTV-Wert des Impfstoffkandidaten von Pfizer liegt bei 256

Da die COVID-19-Impfstoffe kurz vor der Massenverbreitung stehen, stehen die Medien in den Medien in Flammen, wenn sie darüber sprechen, wer den Impfstoff zuerst erhält und wie er verteilt wird. Was sie jedoch nicht diskutieren, ist die Definition von "wirksam", wenn es um diese Impfstoffe geht.

Anfang November 2020 schickte Pfizer den Aktienmarkt in die Höhe¹, als es bekannt gab, dass sein Impfstoff zu mehr als 90% wirksam ist.² Eine Woche später rühmte sich Moderna, das seinen Impfstoffkandidaten in nur zwei Tagen³ entwickelt hatte, einer Wirksamkeit von 94,5%.⁴

Wenn Sie jedoch die Pressemitteilungen von Pfizer und Moderna sowie andere Informationen zu klinischen Studien lesen, **werden Sie feststellen, dass sie einige wirklich wichtige Informationen ausgelassen haben.** Zum Beispiel:⁵

- Sie sagen nicht, wie viele Zyklen sie für die PCR-Tests verwendet haben, die sie zur Zählung der COVID-19-Fälle gegeben haben, was für die Bestimmung der Genauigkeit dieser Tests entscheidend ist.
- Sie sagen nicht, ob die "Fälle" Symptome hatten oder nicht
- Sie erwähnen nichts über Krankenhausaufenthalte oder Todesfälle, was bedeutet, dass es keine Hinweise gibt, die dies verhindern würden.
- Es gibt keinen Hinweis darauf, wie lange der Impfstoff hält, wenn er wirklich wirksam und schützend ist. Einige Hinweise deuten darauf hin, dass Sie diesen Impfstoff alle drei bis sechs Monate einnehmen müssen, damit er wirksam ist

Quotenverhältnisse können irreführend sein

In einem vom Mises Institute veröffentlichten Artikel schreibt Dr. Gilbert Berdine, außerordentlicher Professor für Medizin am Texas Tech University Health Sciences Center:⁶

"Die Pfizer-Studie hatte 43.538 Teilnehmer und wurde nach 164 Fällen analysiert. So wurden etwa 150 von 21.750 Teilnehmern (weniger als 0,7%) in der Kontrollgruppe PCR-positiv, und etwa ein Zehntel der Impfstoffgruppe wurde PCR-positiv.

Der Moderna-Prozess hatte 30.000 Teilnehmer. Es gab 95 "Fälle" bei den 15.000 Kontrollteilnehmern (etwa 0,6%) und fünf "Fälle" bei den 15.000 Impfstoffteilnehmern (etwa ein Zwanzigstel von 0,6%). Die in diesen Ankündigungen zitierten 'Wirksamkeits'-Zahlen sind Odds Ratios ...

Wenn die Risiken eines Ereignisses gering sind, können die Quotenverhältnisse hinsichtlich des absoluten Risikos irreführend sein. Ein aussagekräftigeres Maß für die Wirksamkeit wäre die Zahl der [erforderlichen] Impfungen, um einen Krankenhausaufenthalt oder einen Todesfall zu verhindern. Diese Zahlen sind nicht verfügbar.

Eine Schätzung der Zahl der zu behandelnden Personen aus der Moderna-Studie zur Verhinderung eines einzigen 'Falls' wäre 15.000 Impfungen zur Verhinderung von 90 'Fällen' oder 167 Impfungen pro verhindertem 'Fall', was nicht annähernd so gut klingt wie 94,5% Wirksamkeit".

Pfizers für die Impfung benötigte Zahl = 256

In einem Leserbrief weist Dr. Allan Cunningham, ein pensionierter Kinderarzt in New York, auch darauf hin, dass die 90-prozentige Wirksamkeitsbewertung von Pfizer die Geschichte nicht in einer für die Menschen verständlichen Weise erzählt, und schätzt die Anzahl der für die Impfung gegen den Pfizer-Impfstoff erforderlichen Impfungen. Er schreibt:⁷

"Spezifische Daten werden nicht angegeben, aber es ist einfach genug, die betroffenen Zahlen auf der Grundlage der 94 Fälle in einer Studie, an der etwa 40.000 Probanden teilgenommen haben, zu schätzen: 8 Fälle in einer Impfstoffgruppe von 20.000 und 86 Fälle in einer Placebogruppe von 20.000 Personen.

Daraus ergibt sich eine COVID-19-Angriffsrate von 0,0004 in der Impfstoffgruppe und 0,0043 in der Placebogruppe. Relatives Risiko (RR) für die Impfung = 0,093, was einer

"Impfstoffwirksamkeit" von 90,7% [$100(1-0,093)$] entspricht. Das klingt beeindruckend, aber die absolute Risikoreduktion für ein Individuum beträgt nur etwa 0,4% ($0,0043-0,0004=0,0039$).

The Number Needed to Vaccinate (NNTV) = 256 ($1/0,0039$), was bedeutet, dass zur Verhinderung nur eines COVID-19-Falls 256 Personen den Impfstoff erhalten müssen; die anderen 255 Personen haben keinen Nutzen, sind aber den unerwünschten Wirkungen des Impfstoffs ausgesetzt, was auch immer sie sein mögen und wann immer wir davon erfahren".

Wichtige Sicherheitsfragen bleiben noch offen

Wenn es um die Sicherheit geht, muss man sich in der Tat bewusst sein, dass, da nur einige tausend verifizierte gesunde Freiwillige dem eigentlichen Impfstoff ausgesetzt wurden, die wirklichen Betatester die Masse der Menschen sein werden, die sich als erste anstellen, um die Impfstoffe einzunehmen, wenn sie auf den Markt kommen.

In seinem Artikel betont Berdine, dass er noch keinen medizinischen Kollegen gefunden habe, der bereit sei, zu den ersten zu gehören, die den experimentellen Impfstoff einnehmen. Die meisten sagen, dass sie die Sicherheitsdaten nach etwa einem Jahr der Anwendung überprüfen wollen, bevor sie den Impfstoff in Erwägung ziehen.

"Diese Kollegen sind besorgt über mögliche Autoimmun-Nebenwirkungen, die möglicherweise erst Monate nach der Impfung auftreten", schreibt Berdine. Es ist erwähnenswert, dass keine der derzeit laufenden Studien immungeschwächte Freiwillige einschließt, so dass die Auswirkungen dieser Impfstoffe auf Menschen mit unterdrückter Immunfunktion völlig unbekannt sind.

Dies ist ein erhebliches Problem, wenn man bedenkt, dass schätzungsweise 14,7 bis 23,5 Millionen Amerikaner an irgendeiner Form von Autoimmunkrankheit⁸ leiden und diese Menschen auch einem erhöhten Risiko für COVID-19-Komplikationen und Tod ausgesetzt sind.

Wenn der Impfstoff Autoimmunprobleme verschlimmert, könnte das Ergebnis für eine außergewöhnliche Zahl von Menschen verheerend sein. Die Freiwilligen, die derzeit an den Studien teilnehmen, sind alle gesünder als der durchschnittliche Amerikaner, dennoch scheinen Nebenwirkungen selbst bei dieser "Elite"-Gruppe an der Tagesordnung zu sein.

Was Sie vom COVID-19-Impfstoff erwarten können

Ein Artikel⁹ vom 20. Oktober 2020 im Observer listet die bekannten Nebenwirkungen auf, die in den verschiedenen Studien aufgetreten sind. Am häufigsten treten Schüttelfrost, Fieber, Körperschmerzen und Kopfschmerzen auf, aber es sind auch mindestens zwei Fälle von transversaler Myelitis - einer Entzündung des Rückenmarks - aufgetreten.

Sogar die U.S. Centers for Disease Control and Prevention warnen davor, dass die Nebenwirkungen des Impfstoffs "kein Zuckerschlecken sind"¹⁰. und Saad Omer, Direktor des Yale Institute for Global Health, hat die Notwendigkeit einer breit angelegten Aufklärungskampagne betont, um die Realität der Nebenwirkungen zu erörtern, da Patienten möglicherweise nicht für die erforderliche zweite Dosis zurückkommen, wenn sie von den Nebenwirkungen überrascht werden.

Dr. Eli Perencevich, ein Professor für Innere Medizin und Epidemiologie an der University of Iowa Health Care, hat vorgeschlagen, dass Arbeitnehmer, die in lebenswichtigen Bereichen tätig sind,

nach der Impfung drei Tage bezahlten Urlaub erhalten sollten, da sich viele zu krank fühlen werden, um zu arbeiten. ¹²

Ein CNBC-Artikel vom 1. Dezember 2020, ¹³ der sich mit der Häufigkeit von Nebenwirkungen befasste, stellte fest, dass 10% bis 15% der Teilnehmer an den Pfizer- und Moderna-Studien über "signifikant auffällige" Nebenwirkungen berichteten.

Ganz unten im Artikel ist ein Vorschlag eines ehemaligen Beratungsausschussmitglieds vergraben, der vorschlägt, die Nomenklatur von "ernste unerwünschte Reaktion" in "Immunreaktion" zu ändern, damit sie neu programmieren können, wie die Leute über diese Nebenwirkungen denken, auch wenn sie am Ende wegen dieser Nebenwirkungen zu Hause bleiben müssen.

Der Artikel räumt auch ein, dass sie keine Ahnung haben, welche, wenn überhaupt, langfristigen Reaktionen es geben könnte, was bedeutet (wie wir bereits wussten), dass dies ein großes Experiment im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist, und natürlich wird alles, was nach dem Inverkehrbringen geschieht, als "Zufall" bezeichnet werden.

In diesem Zusammenhang ist zu berichten, dass ein Teilnehmer an der indischen AstraZeneca-Studie das Unternehmen verklagt und behauptet, der Impfstoff habe "ernsthafte neurologische Schäden" ^{verursacht}¹⁴, und eine Gruppe von Forschern warnt davor, dass die COVID-19-Impfstoffe Ihr Risiko einer HIV-Infektion potenziell erhöhen könnten. ¹⁵ Dann gibt es noch die Bedenken, dass der COVID-19-Impfstoff Ihre DNA dauerhaft verändert und **Sie** dadurch **zu einem Transhumanen macht**. ¹⁶ Wie Sie sehen, gibt es eine Menge zu bedenken, bevor Sie diesen Impfstoff einnehmen.

Brauchen wir wirklich einen Impfstoff gegen COVID-19?

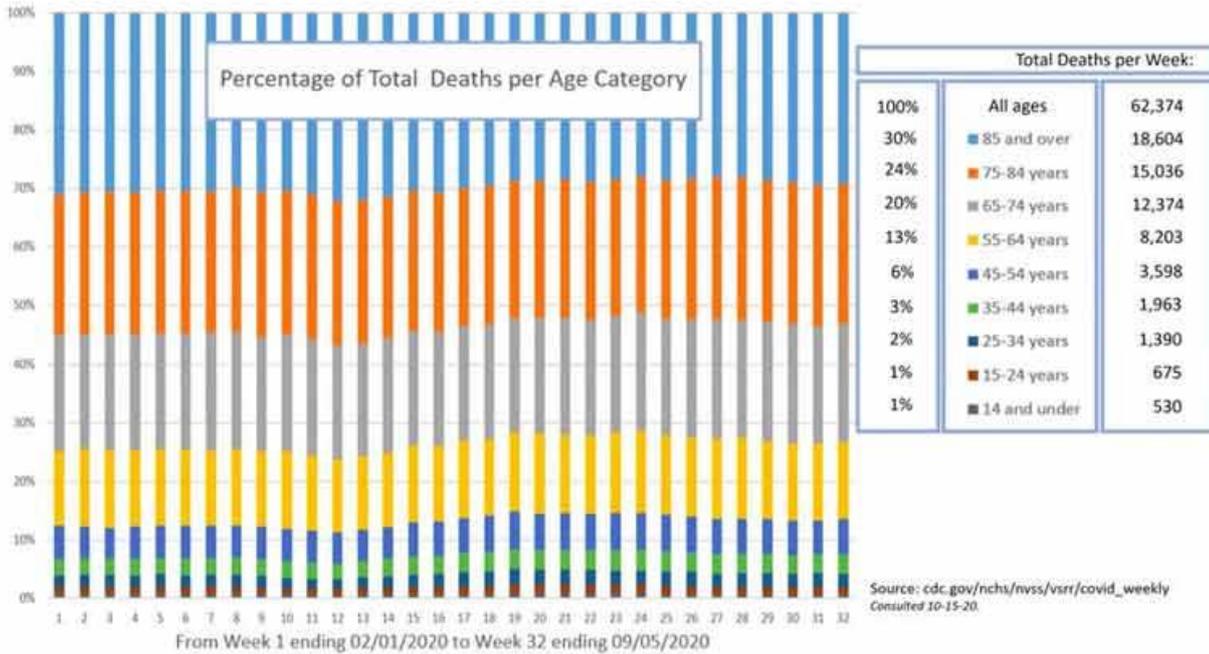
Berdine weist auch darauf hin, dass die meisten seiner Kollegen der Meinung sind, dass "die Unsicherheiten bezüglich der Sicherheit über das hinausgehen, was sie als einen kleinen Vorteil ansehen" ¹⁷. **Tatsächlich deuten eine Reihe von Daten darauf hin, dass der COVID-19-Impfstoff zu diesem Zeitpunkt völlig unnötig sein könnte.** Zum Beispiel

-Die Sterblichkeit von COVID-19 ist ausserhalb von Pflegeheimen extrem niedrig - 99,7% der Menschen erholen sich von COVID-19. ¹⁸ Wenn Sie unter 60 Jahre alt sind, ist Ihre Chance, an saisonaler Grippe zu sterben, grösser als die Chance, an COVID-19. ¹⁹ zu sterben.

-Daten zeigen eindeutig, dass **COVID-19 nicht zu einer überhöhten Sterblichkeit geführt hat**, d.h. dass in diesem Pandemiejahr im Durchschnitt die gleiche Anzahl von Menschen, die in einem bestimmten Jahr sterben, auch in diesem Jahr an der Pandemie gestorben ist. ^{20,21} Dies trifft sogar auf ältere Menschen zu, wie aus einem Artikel der Johns Hopkins University hervorgeht, der kurz vor Thanksgiving veröffentlicht wurde. Dem Artikel zufolge: ²²

"Die Todesfälle älterer Menschen sind vor und nach COVID-19 gleich geblieben. Da COVID-19 vor allem ältere Menschen betrifft, erwarteten die Experten einen Anstieg des Anteils der Todesfälle in den älteren Altersgruppen. Dieser Anstieg ist jedoch aus den CDC-Daten nicht ersichtlich. Tatsächlich sind die prozentualen Anteile der Todesfälle in allen Altersgruppen relativ gleich geblieben".

Sobald der Artikel auf Twitter in Mode kam, löschte Johns Hopkins ihn mit der Begründung, dass er "dazu benutzt wurde, falsche und gefährliche Ungenauigkeiten über die Auswirkungen der Pandemie zu unterstützen" ²³.



-Studien^{24,25,26,27,28,29,30,31} deuten darauf hin, dass die Immunität gegen eine SARS-CoV-2-Infektion dank der Kreuzreaktivität mit anderen Coronaviren, die die Erkältung verursachen, weiter verbreitet ist als vermutet.

-Symptomatische Menschen verbreiten mit hoher Wahrscheinlichkeit SARS-CoV-2 nicht - Eine Studie³², die PCR-Testdaten von fast 10 Millionen Einwohnern der Stadt Wuhan untersuchte, fand heraus, dass nicht ein einziger derjenigen, die in engem Kontakt mit einer asymptomatischen Person standen (jemand, der positiv getestet wurde, aber keine Symptome hatte), mit dem Virus infiziert worden waren. In allen Fällen waren Viruskulturen von Personen, die positiv getestet wurden, aber keine Symptome hatten, ebenfalls negativ für das Lebendvirus.

Wird der Impfstoff COVID-19 Leben retten?

Peter Doshi, Mitherausgeber des BMJ, stellt auch die Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe in Frage und weist darauf hin, dass die derzeitigen Studien nicht darauf abzielen, uns zu sagen, ob die Impfstoffe tatsächlich Leben retten werden. Und wenn das nicht der Fall ist, sind sie das Risiko wirklich wert? Doshi schreibt:³³

"Was bedeutet es genau, wenn ein Impfstoff für 'wirksam' erklärt wird? Für die Öffentlichkeit scheint dies ziemlich offensichtlich zu sein. Das vorrangige Ziel eines COVID-19-Impfstoffs ist es, Menschen davor zu bewahren, sehr krank zu werden und zu sterben", sagte eine Sendung des National Public Radio ...

Doch auch die laufenden Phase-III-Studien sind nicht wirklich darauf ausgerichtet, dies zu beweisen. Keine der derzeit laufenden Studien ist so angelegt, dass sie eine Verringerung schwerwiegender Folgen wie Krankenhauseinweisungen, Inanspruchnahme der Intensivpflege oder Todesfälle nachweisen kann. Ebenso wenig werden die Impfstoffe untersucht, um festzustellen, ob sie die Übertragung des Virus unterbrechen können".

Doshi weist darauf hin, dass Dr. Paul Offit, als er in einem Interview gefragt wurde, ob ein aufgezeichnetes "Ereignis" in diesen Studien eine mittelschwere bis schwere Erkrankung bedeute, mit Ja antwortete, "das ist richtig". Aber das ist in der Tat nicht richtig. Alle Phase-3-Studien

zählen leichte Symptome, wie z.B. Husten, als "COVID-19-Ereignis", und alle werden ihre Analysen nach nur 150 oder 160 der Freiwilligen abschliessen, die symptomatisches COVID-19 entwickeln - unabhängig vom Schweregrad.

"Ein Teil des Grundes mögen Zahlen sein. Eine schwere Erkrankung, die eine Krankenhauseinweisung erfordert und die nur in einem kleinen Bruchteil der symptomatischen COVID-19-Fälle auftritt, würde in Studien wahrscheinlich nicht in signifikanter Zahl auftreten.

Daten, die Ende April von den U.S. Centers for Disease Control and Prevention veröffentlicht wurden, berichteten über eine Hospitalisierungsquote für symptomatische Fälle von insgesamt 3,4%, die von 1,7% bei den 0-49-Jährigen und 4,5% bei den 50-64-Jährigen bis zu 7,4% bei den über 65-Jährigen reichte.

Da bei den meisten Menschen mit symptomatischem COVID-19 nur leichte Symptome auftreten, würden selbst Studien mit 30.000 oder mehr Patienten relativ wenige Fälle von schwerer Krankheit auftauchen", schreibt Doshi. ³⁴

"Krankenhauseinweisungen und Todesfälle durch COVID-19 sind in der für einen wirksamen Impfstoff untersuchten Bevölkerung einfach zu selten, als dass statistisch signifikante Unterschiede in einer Studie mit 30.000 Menschen nachgewiesen werden könnten.

Diese Studien sagen uns auch nichts über die Fähigkeit des Impfstoffs aus, die Übertragung zu verhindern, da dies erfordern würde, Freiwillige zweimal wöchentlich über lange Zeiträume zu testen - eine Strategie, die "operativ unhaltbar" ist, so Tal Zaks, medizinischer Leiter bei Moderna.

³⁵

COVID-19 Impfstoff stellt Herausforderungen bei seltener Verteilung

Es wurden auch Fragen zu der Möglichkeit aufgeworfen, dass die COVID-19-Impfstoffe durch unsachgemäße Lagerung "verderben" könnten. Der COVID-19-Impfstoff von Pfizer muss selbst für die Antarktis bei einer selbst für die Antarktis unerhört kalten Temperatur gelagert werden - minus 70 Grad Celsius oder 94 Grad unter Null, Fahrenheit. Moderna's kann etwas wärmer gehalten werden, bei "nur" minus 20 Grad Celsius, oder 4 unter Null Fahrenheit. Beides stellt ein Problem für die Anbieter dar, die die Impfungen verabreichen werden.

Um eine Vorstellung davon zu bekommen, warum die Impfstoffe eingefroren werden müssen, vergleicht NPR sie mit Schokolade, die leicht schmilzt. ³⁶ Der Grund, warum die Impfstoffe so zerbrechlich sind, liegt darin, dass sie mit Boten-RNA (mRNA) hergestellt werden, die Ihre eigenen Zellen in kleine Fabriken verwandeln, die das SARS-CoV-2-Protein produzieren, das wiederum die Antikörperproduktion auslöst.

Das Problem ist, dass die mRNA leicht abgebaut wird, so dass sie die Gefriertemperaturen braucht, um stabil zu bleiben. Pfizer sagte, dass seine spezielle Verpackung die Impfstoffe mit Hilfe von Trockeneis eingefroren hält. Dennoch müssen sich die Anbieter an strenge Richtlinien halten, von denen eine besagt, dass das Gefrierfach, in dem die Impfstoffe aufbewahrt werden, nicht mehr als zweimal täglich geöffnet werden darf und nach dem Öffnen innerhalb einer Minute geschlossen werden muss. Nach dem Auftauen kann der Impfstoff fünf Tage lang gekühlt aufbewahrt werden.

Die ganze Situation macht auch die Verteilung zu einer Herausforderung, da die kleinste Menge, die Sie bestellen können, 975 Dosen beträgt. Das bedeutet, dass die Impfstoffe höchstwahrscheinlich an Orte gebracht werden müssen, die in der Lage sind, eine große Anzahl

von Impfstoffen in kurzer Zeit zu verabreichen, um einen Verderb zu vermeiden. Was passiert, wenn der Impfstoff falsch gehandhabt wird und verdirbt? Das weiß niemand. Bestenfalls kann er unwirksam sein. Im schlimmsten Fall kann er völlig unerwartete Nebenwirkungen verursachen.

Der Goldrausch von Impfstoffen und Entschädigungszahlungen

Das Risiko von Nebenwirkungen ist besonders beunruhigend angesichts der Tatsache, dass die Impfstoffhersteller für jeden Schaden, der durch die Verwendung ihrer Impfstoffe entsteht, entschädigt werden. Im obigen Video hebt die von Robert F. Kennedy Jr. gegründete Children's Health Defense (CHD) den Goldrausch hervor, der für Pharmaunternehmen entstand, als die Weltgesundheitsorganisation die Schweinegrippe 2009 zur Pandemie erklärte.

Im Jahr 2011 wurde der Schweinegrippe-Impfstoff Pandemrix (der in Europa, aber nicht in den USA in den Jahren 2009-2010 verwendet wurde) kausal mit Narkolepsie bei Kindern in Verbindung gebracht.

Mehrere experimentelle Impfstoffe wurden im Anschluss an die Pandemie-Erklärung der WHO eilig auf den Markt gebracht. Einer davon führte dazu, dass Tausende europäischer Kinder und Jugendlicher an chronischer Narkolepsie und Kataplexie (dem plötzlichen Zusammenbruch aufgrund des Verlusts der willentlichen Muskelkontrolle, ausgelöst durch starke Emotionen oder Lachen) erkrankten.

Im Jahr 2011 wurde der ASO3-adjuvantierte Schweinegrippeimpfstoff [Pandemrix](#) (der in Europa, aber nicht in den USA in den Jahren 2009-2010 eingesetzt wurde) kausal³⁷ mit Narkolepsie bei Kindern in Verbindung gebracht, die in mehreren Ländern abrupt in die Höhe geschossen war. ^{38,39} Kinder und Jugendliche in Finnland,⁴⁰ Großbritannien ⁴¹ und Schweden⁴² waren mit am stärksten betroffen.

Weitere Analysen stellten auch einen Anstieg der Narkolepsie bei Erwachsenen fest, die den Impfstoff erhielten, obwohl der Zusammenhang nicht so offensichtlich war wie bei Kindern und Jugendlichen. ⁴³

In einer Studie aus dem Jahr 2019⁴⁴ wurde berichtet, dass eine "neuartige Assoziation zwischen der Pandemrix-assoziierten Narkolepsie und dem nicht-kodierenden RNA-Gen GDNF-AS1" gefunden wurde - ein Gen, von dem angenommen wird, dass es die Produktion des von der Gliazelllinie abgeleiteten neurotrophen Faktors oder GDNF reguliert, ein Protein, das eine wichtige Rolle für das neuronale Überleben spielt.

Sie bestätigten auch eine starke Assoziation zwischen der durch den Impfstoff induzierten Narkolepsie und einem bestimmten Haplotyp, was darauf hindeutet, dass "Variationen in Genen, die mit der Immunität und dem neuronalen Überleben zusammenhängen, bei bestimmten Personen die Anfälligkeit für Pandemrix-induzierte Narkolepsie erhöhen können".

Jetzt, inmitten einer weiteren umstrittenen Pandemie, stehen wir vor einem unheimlich ähnlichen Spielbuch - mit Pharmaunternehmen, die darauf erpicht sind, mit dem ersten COVID-19-Impfstoff Geld zu verdienen, was die Frage aufwirft: "Wird mit uns gespielt - schon wieder?"

Nicht der erste Schwindel - Übung macht den Meister

Pandemien kommen und gehen seit Jahrhunderten rund um den Globus, aber in der jüngsten Geschichte wurden sie als Manipulationspunkte genutzt, von denen Unternehmen, insbesondere Pharmaunternehmen, profitieren.

Für die [Vogelgrippeepidemie](#) von 2005 wurde zum Beispiel vorausgesagt, dass 2 bis 150 Millionen Menschen sterben werden. Weltweit tötete sie 2005 nur 98 Menschen, 2006 waren es 115 und 2007 86.⁴⁵ In den USA starb niemand an dieser Infektion. Die Unverfrorenheit des Hoax veranlasste mich, mein Bestseller-Buch der New York Times "The Great Bird Flu Hoax" zu schreiben.

In den [Jahren 2006](#), 2007 und erneut 2008 wurden die gehypten Warnungen vor der Vogelgrippe wiederholt als nicht mehr als ein grausamer Schwindel entlarvt, der der Industrie und verschiedenen Privatpersonen Angst einflößen und die Taschen füllen sollte. Im Jahr 2009 gab es den Schweinegrippe-Schwindel, die Impfkampagne, die, wie erwähnt, zu einer Katastrophe wurde.

Der Sommer [2012](#) war wieder voll von düsteren Vorhersagen, dass die Vogelgrippe ausreichend mutieren würde, um eine Pandemie beim Menschen auszulösen, unmittelbar gefolgt von dringenden Forderungen nach schnellstmöglichen Impfstoffen. Keine dieser Pandemien wurde jemals zu einem globalen Killer, und COVID-19 ist nicht anders. Wie bereits erwähnt, gibt es keine Anzeichen für übermäßige Todesfälle aufgrund dieses neuartigen Virus.

Die COVID-19-Pandemie unterscheidet sich jedoch von früheren Pandemien dadurch, dass sie nicht nur zur Bereicherung der Arzneimittelfirmen und zur Rechtfertigung der Existenz von gain-of-function-Forschung eingesetzt wird, sondern auch, um einen "Reset" der gesamten Weltwirtschaft durch die Technokraten einzuleiten. Während die scheiternden Volkswirtschaften in aller Welt für die Pandemie verantwortlich gemacht werden, gerät das Zentralbanksystem seit einiger Zeit ins Wanken und befindet sich nun auf dem letzten Stand.

Die globale Schuldenlast ist heute so hoch, dass die Länder nicht einmal mehr die Zinsen zahlen können und das System somit nicht mehr funktioniert. Es muss "zurückgesetzt" werden, aber anstatt das Zentralbanksystem zu über Bord zu werfen und es auf etwas Stabiles umzustellen (wie die Rückkehr zu einem goldgestützten System), führen die verantwortlichen Technokraten eine voll-digitale zentralisierte Währung ein, die ihnen die totale Kontrolle über die Finanzen jedes Menschen auf der Erde gibt.

Darüber hinaus ist die wirtschaftliche Neuausrichtung nur ein Teil dieser allumfassenden totalitären Machtübernahme. Der COVID-19-Impfstoff fügt sich in das Schema ein, indem er einen Vorwand bietet, den Aufenthaltsort jedes Einzelnen zu verfolgen und zu verfolgen und diese medizinische Überwachung mit der digitalen Wirtschaft zu verbinden. Mehr dazu erfahren Sie in "[Was Sie über den großen Rückzug wissen müssen](#)".

Keine Rechenschaftspflicht für Impfschäden

Wie Barbara Loe Fisher, Mitbegründerin des National Vaccine Information Center (NVIC), anmerkte, könnte sich ein schneller COVID-19-Impfstoff aufgrund der [historischen Misserfolge früherer Coronavirus-Impfstoffe](#) zu einer der größten Gesundheitskatastrophen der Geschichte entwickeln.

Und niemand, der daran beteiligt ist, wird zur Rechenschaft gezogen oder mit Konsequenzen rechnen müssen, so wie GlaxoSmithKline für die durch Pandemrix verursachten Narkolepsiefälle nicht zur Rechenschaft gezogen wurde. Stattdessen werden sie alle weiterhin davon profitieren, während eine ahnungslose Öffentlichkeit einen weiteren potenziell gefährlichen Impfstoff im Betatest testen wird.

Auch wenn schwerwiegende Nebenwirkungen selten sind, wenn es um die Impfung von etwa 7 Milliarden Menschen geht, so bedeutet selbst ein winziger Prozentsatz Millionen von Betroffenen.

- Quellen und Verweise

- ¹ [Axios 9. November 2020](#)
- ² [NPR 9. November 2020](#)
- ³ [Business Insider 26. November 2020](#)
- ⁴ [NPR 16. November 2020](#)
- ^{5, 6, 17} [Mises-Institut 24. November 2020](#)
- ⁷ [Der BMJ-Brief an die Redaktion 13. November 2020](#)
- ⁸ [Autoimmun-Register, Prävalenzschätzungen](#)
- ⁹ [Beobachter 20. Oktober 2020](#)
- ¹⁰ [Der Hügel 24. November 2020](#)
- ^{11, 12} [Kaiser Gesundheitsnachrichten 12. November 2020](#)
- ¹³ [CNBC 1. Dezember 2020](#)
- ¹⁴ [RT 29. November 2020](#)
- ¹⁵ [Forbes 20. Oktober 2020](#)
- ¹⁶ [Die Impfstoff-Reaktion 29. September 2020](#)
- ^{18, 19} [Annalen der Inneren Medizin 2. September 2020 DOI: 10.7326/M20-5352](#)
- ²⁰ [YouTube, SARS-CoV-2 und der Aufstieg der Medizintechnologie, Dr. Lee Merritt, ca. 8 Minuten in \(Lüge Nr. 1: Todesrisiko\)](#)
- ²¹ [Technischer Bericht Juni 2020 DOI: 10.13140/RG.2.24350.77125](#)
- ²² [Johns Hopkins Rundbrief vom 26. November 2020 \(Archiviert\)](#)
- ²³ [Twitter JHU News-Letter 26. November 2020](#)
- ²⁴ [Zelle 25. Juni 2020; 181\(7\): 1489-1501.E15](#)
- ²⁵ [Wall Street Journal 12. Juni 2020 \(Archiviert\)](#)
- ²⁶ [Natur Immunologie 30. September 2020 DOI: 10.1038/s41590-020-00808-x](#)
- ²⁷ [Die Lanzettenmikrobe 4. September 2020 DOI: 10.1016/S2666-5247\(20\)30114-2](#)
- ²⁸ [UPI 4. September 2020](#)
- ²⁹ [Natur 15. Juli 2020; 584: 457-462](#)
- ³⁰ [Tagespost 12. Juni 2020](#)
- ³¹ [Science Times 12. Juni 2020](#)
- ³² [Naturmitteilungen 20. November 2020; 11 Artikelnummer 5917](#)
- ^{33, 34, 35} [Das BMJ 2020;371:m4037](#)
- ³⁶ [NPR 17. November 2020](#)
- ^{37, 42} [Euro-Überwachung 30. Juni 2011; 16\(26\)](#)
- ³⁸ [Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten 20. September 2012](#)
- ^{39, 43} [CIDRAP 30. Januar 2013](#)
- ⁴⁰ [PLoS Einer. 2012;7\(3\):e33536](#)
- ⁴¹ [BMJ 2013;346:f794](#)
- ⁴⁴ [EBioMedizin. 2019 Feb; 40: 595-604](#)
- ⁴⁵ [AIER 22. März 2020](#)

Quelle: <https://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2020/12/08/coronavirus-vaccine-side-effects.aspx>
20201208 DT

Emergency COVID-19 Vaccines May Cause Massive Side Effects

Analysis by [Dr. Joseph Mercola](#) [Fact Checked](#)

- December 08, 2020



STORY AT-A-GLANCE

- Early November 2020, Pfizer announced its vaccine is more than 90% effective. One week later, Moderna — which designed its vaccine candidate in just two days — boasted a 94.5% effectiveness rating
- Clinical trial data leave out crucial information, such as the cycle threshold used for the PCR testing, whether “cases” had symptoms or not, and how long the vaccine lasts if protective
- None of the COVID-19 trials for which we have data are designed to find out whether the vaccine reduces hospitalization rates or deaths. They only look at whether it reduces symptoms if you do get infected
- The estimated number needed to vaccinate (NNTV) for Moderna’s vaccine is 167, meaning 167 people must receive the vaccine in order to prevent one case of COVID-19
- The estimated NNTV for Pfizer’s vaccine candidate is 256

With COVID-19 vaccines on the precipice of mass distribution, news media are on fire as they talk about who will get the vaccine first and how it will be distributed. The one thing they aren’t discussing, however, is the definition of “effective” when it comes to these vaccines.

Early November 2020, Pfizer sent the stock market soaring¹ when it announced its vaccine is more than 90% effective.² One week later, Moderna — which designed its vaccine candidate in just two days³ — boasted a 94.5% effectiveness rating.⁴

However, if you read Pfizer’s and Moderna’s press releases and other clinical trial information, you’ll see that they have left out some really crucial information. For example:⁵

- They don’t say how many cycles they used for the PCR tests they gave to count COVID-19 cases, which is crucial for determining the accuracy of those tests
- They don’t say whether the “cases” had symptoms or not
- They don’t mention anything about hospitalizations or deaths, meaning there is no indication it prevents either

- There is no indication about how long the vaccine lasts if it truly is effective and protective. Some indications suggest you might need to take this vaccine every three to six months in order for it to be effective

Odds Ratios Can Be Misleading

In an article published by the Mises Institute, Dr. Gilbert Berdine, associate professor of medicine at Texas Tech University Health Sciences Center, writes:⁶

“The Pfizer study had 43,538 participants and was analyzed after 164 cases. So, roughly 150 out of 21,750 participants (less than 0.7%) became PCR positive in the control group and about one-tenth that number in the vaccine group became PCR positive.

The Moderna trial had 30,000 participants. There were 95 ‘cases’ in the 15,000 control participants (about 0.6%) and five ‘cases’ in the 15,000 vaccine participants (about one-twentieth of 0.6%). The ‘efficacy’ figures quoted in these announcements are odds ratios ...

When the risks of an event are small, odds ratios can be misleading about absolute risk. A more meaningful measure of efficacy would be the number [needed] to vaccinate to prevent one hospitalization or one death. Those numbers are not available.

An estimate of the number [needed] to treat from the Moderna trial to prevent a single ‘case’ would be 15,000 vaccinations to prevent 90 ‘cases’ or 167 vaccinations per ‘case’ prevented, which does not sound nearly as good as 94.5% effective.”

Pfizer’s Number Needed to Vaccinate = 256

In a letter to the editor, Dr. Allan Cunningham, a retired pediatrician in New York, also points out that Pfizer’s 90% effectiveness rating fails to tell the story in a way that people can understand, and goes on to estimate the number needed to vaccinate for Pfizer’s vaccine. He writes:⁷

“Specific data are not given but it is easy enough to approximate the numbers involved, based on the 94 cases in a trial that has enrolled about 40,000 subjects: 8 cases in a vaccine group of 20,000 and 86 cases in a placebo group of 20,000.

This yields a COVID-19 attack rate of 0.0004 in the vaccine group and 0.0043 in the placebo group. Relative risk (RR) for vaccination = 0.093, which translates into a ‘vaccine effectiveness’ of 90.7% [100(1-0.093)]. This sounds impressive, but the absolute risk reduction for an individual is only about 0.4% (0.0043-0.0004=0.0039).

The Number Needed to Vaccinate (NNTV) = 256 (1/0.0039), which means that to prevent just one COVID-19 case 256 individuals must get the vaccine; the other 255 individuals derive no benefit, but are subject to vaccine adverse effects, whatever they may be and whenever we learn about them.”

Major Safety Questions Still Remain

Indeed, when it comes to safety, it's important to realize that since only a few thousand verified healthy volunteers have been exposed to the actual vaccine, the real beta testers will be the masses of people who line up first to take the vaccines when they come to market.

In his article, Berdine stresses he has yet to find a medical colleague who is willing to be among the first to take the experimental vaccine. Most say they want to review the safety data after a year or so of use before they'll consider getting it.

"These colleagues are concerned about possible autoimmune side effects that may not appear for months after vaccination," Berdine writes. It's worth noting that none of the trials currently underway include immunocompromised volunteers, so the effects of these vaccines on people with suppressed immune function is wholly unknown.

This is a significant problem, seeing how an estimated 14.7 million to 23.5 million Americans suffer from some form of autoimmune disease,⁸ and these people are also at increased risk for COVID-19 complications and death.

If the vaccine exacerbates autoimmune problems, the outcome could be devastating for an extraordinary number of people. The volunteers currently enrolled in trials are all healthier than the average American, yet side effects appear commonplace even among this "elite" group.

What You Can Expect From the COVID-19 Vaccine

An October 20, 2020, article⁹ in the Observer lists the known side effects that have emerged in the various trials. Chills, fever, body aches and headache are the most commonplace, but at least two cases of transverse myelitis — inflammation of the spinal cord — have also occurred.

Even the U.S. Centers for Disease Control and Prevention warns that the vaccine's side effects are "no walk in the park,"¹⁰ and Saad Omer, director of the Yale Institute for Global Health, has stressed the need for a broad-based outreach campaign to discuss the reality of side effects, as patients might not come back for the required second dose if the side effects take them by surprise.¹¹

Dr. Eli Perencevich, a professor of internal medicine and epidemiology at the University of Iowa Health Care, has suggested essential workers should be granted three days of paid leave after they're vaccinated, as many will feel too sick to work.¹²

A December 1, 2020, CNBC article,¹³ which looked at the frequency of adverse reactions, noted that 10% to 15% of participants in the Pfizer and Moderna trials reported "significantly noticeable" side effects.

Buried way down at the bottom of the article is a suggestion from a past advisory committee member, who proposes the nomenclature of "serious adverse reaction" be changed to "immune response," so they can reprogram how people think about these side effects, even if they end up having to stay home from work because of them.

The article also admits they have no idea what, if any, long-term reactions there might be, which means (as we already knew) that this is a great big public health experiment and, of course, anything that happens post-marketing will be labeled a "coincidence."

In related news, a participant in India's AstraZeneca trial is now suing the company claiming the vaccine caused "serious neurological damage,"¹⁴ and a group of researchers warn the COVID-19 vaccines could potentially increase your risk of HIV infection.¹⁵ Then there are the concerns about the COVID-19 vaccine permanently altering your DNA, effectively [turning you into a transhuman](#).¹⁶ As you can see, there's a lot to consider before taking this vaccine.

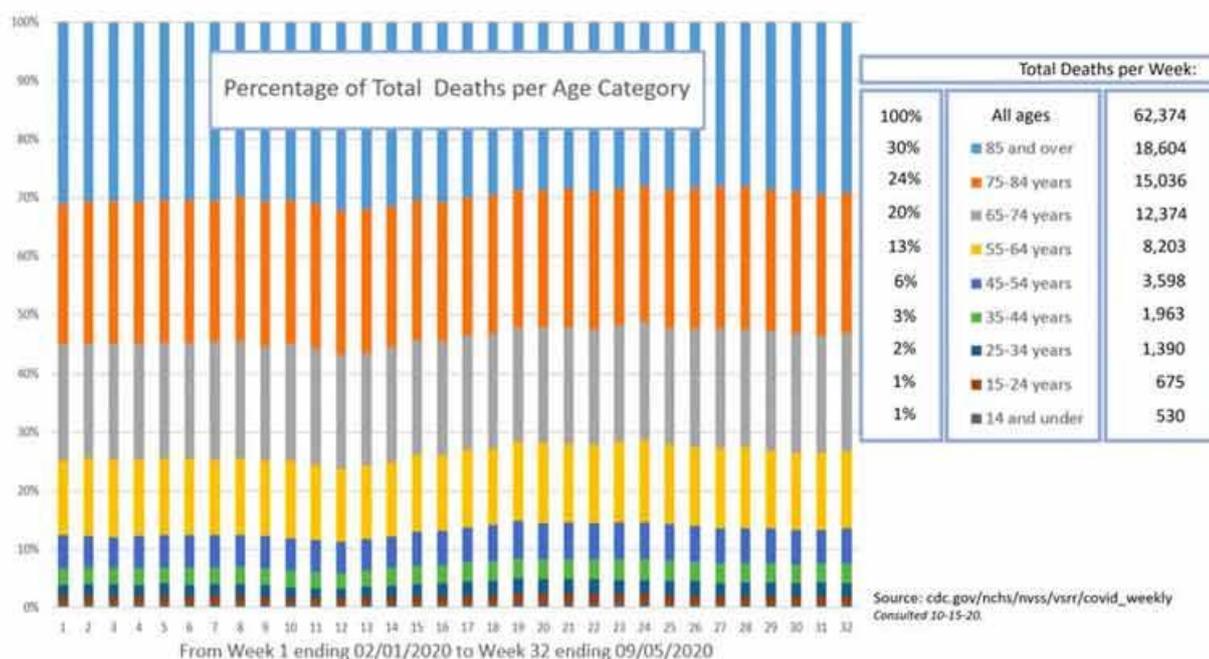
Do We Really Need a COVID-19 Vaccine?

Berdine also points out that most of his colleagues believe "the uncertainties about safety exceed what they perceive to be a small benefit."¹⁷ Indeed, at this point, a range of data suggest the COVID-19 vaccine may be completely unnecessary. For example:

- COVID-19 mortality is extremely low outside of nursing homes — 99.7% of people recover from COVID-19.¹⁸ If you're under 60 years of age, your chance of dying from seasonal influenza is greater than your chance of dying from COVID-19.¹⁹
- Data clearly show that [COVID-19 has not resulted in excess mortality](#), meaning the same number of people who die in any given year, on average, have died in this year of the pandemic.^{20,21} This is true even among the elderly, as evidenced in a Johns Hopkins University article published just before Thanksgiving. According to the article:²²

"The deaths of older people stayed the same before and after COVID-19. Since COVID-19 mainly affects the elderly, experts expected an increase in the percentage of deaths in older age groups. However, this increase is not seen from the CDC data. In fact, the percentages of deaths among all age groups remain relatively the same."

As soon as the article started trending on Twitter, Johns Hopkins deleted it saying it "was being used to support false and dangerous inaccuracies about the impact of the pandemic."²³



•Studies^{24,25,26,27,28,29,30,31} suggest immunity against SARS-CoV-2 infection is more widespread than suspected, thanks to cross-reactivity with other coronaviruses that cause the common cold.

•Asymptomatic people are highly unlikely to spread SARS-CoV-2 — A study³² looking at PCR test data from nearly 10 million residents in Wuhan city found that not a single one of those who had been in close contact with an asymptomatic individual (someone who tested positive but had no symptoms) had been infected with the virus. In all instances, virus cultures from people who tested positive but had no symptoms also came up negative for live virus.

Will COVID-19 Vaccine Save Lives?

Peter Doshi, associate editor of The BMJ, also questions the effectiveness of the COVID-19 vaccines, pointing out that current trials are not designed to tell us whether the vaccines will actually save lives. And, if they don't, are they really worth the risks involved? Doshi writes:³³

“What will it mean exactly when a vaccine is declared ‘effective’? To the public this seems fairly obvious. ‘The primary goal of a COVID-19 vaccine is to keep people from getting very sick and dying,’ a National Public Radio broadcast said bluntly ...

Yet the current phase III trials are not actually set up to prove either. None of the trials currently under way are designed to detect a reduction in any serious outcome such as hospital admissions, use of intensive care, or deaths. Nor are the vaccines being studied to determine whether they can interrupt transmission of the virus.”

Doshi points out that when Dr. Paul Offit was asked in an interview whether a recorded “event” in these trials meant moderate to severe illness, he replied yes, “that’s right.” But that’s not, in fact, correct. All Phase 3 trials count mild symptoms, such as a cough, as a “COVID-19 event,” and all will finalize their analyses after a mere 150 or 160 of the volunteers develop symptomatic COVID-19 — regardless of severity.

“Part of the reason may be numbers. Severe illness requiring hospital admission, which happens in only a small fraction of symptomatic COVID-19 cases, would be unlikely to occur in significant numbers in trials.

Data published by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention in late April reported a symptomatic case hospitalization ratio of 3.4% overall, varying from 1.7% in 0-49 year olds and 4.5% in 50-64 year olds to 7.4% in those 65 and over.

Because most people with symptomatic COVID-19 experience only mild symptoms even trials involving 30,000 or more patients would turn up relatively few cases of severe disease,” Doshi writes.³⁴

“Hospital admissions and deaths from COVID-19 are simply too uncommon in the population being studied for an effective vaccine to demonstrate statistically significant differences in a trial of 30,000 people.”

These trials also do not tell us anything about the vaccine’s ability to prevent transmission, as this would require testing volunteers twice a week for long periods of time — a strategy that is “operationally untenable,” according to Tal Zaks, chief medical officer at Moderna.³⁵

COVID-19 Vaccine Poses Rare Distribution Challenges

Questions have also been raised about the potential for the COVID-19 vaccines to “go bad” due to improper storage. Pfizer’s COVID-19 vaccine has to be stored at an unheard of cold temperature even for Antarctica — minus 70 degrees Celsius, or 94 degrees below zero, Fahrenheit. Moderna’s can be kept a bit warmer, at “just” minus 20 degrees C, or 4 below zero F. Both pose a problem for providers who will be administering the shots.

To get an idea of why the vaccines have to be frozen, NPR compares them to chocolates that melt easily.³⁶ The reason the vaccines are so fragile is because they’re made with messenger RNA (mRNA), which turn your own cells into little factories that produce SARS-CoV-2 protein that in turn trigger antibody production.

The problem is that mRNA is easily broken down, so it needs the freezing temperatures to keep stable. Pfizer said its special packaging keeps the vaccines frozen with the help of dry ice. Even so, providers will still have to abide by strict guidelines, one of which says the freezer compartment storing the vaccines cannot be opened more than twice a day, and when opened, must be closed within one minute. Once thawed, the vaccine can be kept refrigerated for five days.

The whole situation makes distribution a challenge, too since the smallest amount you can order is 975 doses. That means the vaccines most likely will have to go to places capable of administering large numbers of vaccines in a short period of time to avoid spoilage. What happens if the vaccine is mishandled and spoils? No one knows. At best, it may be ineffective. At worst, it may cause completely unexpected side effects.

The Gold Rush of Vaccines and Indemnity

The risk of side effects is particularly troubling in light of the fact that vaccine manufacturers are indemnified against any harm that occurs from the use of their vaccines. In the video above, Children’s Health Defense (CHD), founded by Robert F. Kennedy Jr., highlights the gold rush that occurred for pharmaceutical companies when the World Health Organization declared swine flu a pandemic in 2009.

In 2011, the swine flu vaccine Pandemrix (used in Europe but not in the U.S. during 2009-2010) was causally linked to childhood narcolepsy.

Several experimental vaccines were hastily rushed to market following the WHO’s pandemic declaration, one of which resulted in thousands of European children and teens developing chronic narcolepsy and cataplexy (the sudden collapse due to loss of voluntary muscle control triggered by strong emotions or laughter).

In 2011, the ASO3-adjuvanted swine flu vaccine [Pandemrix](#) (used in Europe but not in the U.S. during 2009-2010) was causally linked³⁷ to childhood narcolepsy, which had abruptly skyrocketed in several countries.^{38,39} Children and teens in Finland,⁴⁰ the U.K.⁴¹ and Sweden⁴² were among the hardest hit.

Further analyses also discerned a rise in narcolepsy among adults who received the vaccine, although the link wasn’t as obvious as that in children and adolescents.⁴³

A 2019 study⁴⁴ reported finding a “novel association between Pandemrix-associated narcolepsy and the non-coding RNA gene GDNF-AS1” — a gene thought to regulate the production of glial cell line-derived neurotrophic factor or GDNF, a protein that plays an important role in neuronal survival.

They also confirmed a strong association between vaccine-induced narcolepsy and a certain haplotype, suggesting “variation in genes related to immunity and neuronal survival may interact to increase the susceptibility to Pandemrix-induced narcolepsy in certain individuals.”

Now, in the midst of another controversial pandemic, we’re facing an eerily similar playbook — with pharmaceutical companies eager to cash in on the first COVID-19 vaccine, which begs the question, “Are we are being played — again?”

Not the First Hoax — Practice Makes Perfect

Pandemics have come and gone around the globe for centuries, but in recent history they’ve been used as points of manipulation that have profited corporations, particularly pharmaceutical companies.

The 2005 [bird flu epidemic](#), for example, was predicted to kill from 2 million to 150 million people. It killed just 98 people, globally, in 2005, 115 in 2006 and 86 in 2007.⁴⁵ No one in the U.S. died from this infection. The brazenness of the hoax prompted me to write my New York Times best seller book “The Great Bird Flu Hoax.”

In [2006](#), 2007 and again in 2008, hyped warnings over the bird flu were repeatedly exposed as little more than a cruel hoax, designed to instill fear and line the pocketbooks of industry and various vested individuals. In 2009, there was the swine flu hoax, the vaccination campaign for which, as mentioned, turned into a disaster.

The summer of [2012](#) was again filled with dire predictions of bird flu sufficiently mutating to cause a human pandemic, immediately followed by urgent calls for fast-tracked vaccines. None of these pandemics ever turned into global killers, and COVID-19 is no different. As mentioned earlier, there’s no evidence of excess deaths due to this novel virus.

The COVID-19 pandemic differs from previous ones, however, in that it’s being used not just to enrich drug companies and justify the existence of gain-of-function research, but also to usher in a “reset” of the entire global economy by the technocrats. While failing economies around the world are blamed on the pandemic, the central bank system has been faltering for some time and is now on its last leg.

The global debt load is now so high, countries cannot even pay off the interest, and thus the system no longer works. It needs to be “reset,” but rather than ditching the central bank system and resetting it to something stable (such as returning to a gold-backed system), the technocrats in charge are ushering in an all-digital centralized currency that will give them total control over the finances of every human on earth.

What’s more, the economic reset is only one part of this all-encompassing totalitarian takeover. The COVID-19 vaccine fits into the scheme by providing an excuse to track and trace everyone’s whereabouts, and connect this medical surveillance together with the digital economy. You can learn more about this in “[What You Need to Know About the Great Reset.](#)”

No Accountability for Vaccine Harms

As noted by Barbara Loe Fisher, co-founder of the National Vaccine Information Center (NVIC), based on the [historical failures of past coronavirus vaccines](#), a fast-tracked COVID-19 vaccine could become one of the biggest public health disasters in history.

And, no one involved will be held accountable or face any repercussions, just as GlaxoSmithKline was not held accountable for the narcolepsy cases caused by Pandemrix. Instead, they will all continue to profit while an unsuspecting public will beta test yet another potentially dangerous vaccine.

Even if severe side effects are rare, when you're talking about vaccinating some 7 billion people, even a tiny percentage will translate into millions of people affected.

- Sources and References

- ¹ [Axios November 9, 2020](#)
- ² [NPR November 9, 2020](#)
- ³ [Business Insider November 26, 2020](#)
- ⁴ [NPR November 16, 2020](#)
- ^{5, 6, 17} [Mises Institute November 24, 2020](#)
- ⁷ [The BMJ Letter to the Editor November 13, 2020](#)
- ⁸ [Autoimmune Registry, Estimates of Prevalence](#)
- ⁹ [Observer October 20, 2020](#)
- ¹⁰ [The Hill November 24, 2020](#)
- ^{11, 12} [Kaiser Health News November 12, 2020](#)
- ¹³ [CNBC December 1, 2020](#)
- ¹⁴ [RT November 29, 2020](#)
- ¹⁵ [Forbes October 20, 2020](#)
- ¹⁶ [The Vaccine Reaction September 29, 2020](#)
- ^{18, 19} [Annals of Internal Medicine September 2, 2020 DOI: 10.7326/M20-5352](#)
- ²⁰ [YouTube, SARS-CoV-2 and the rise of medical technocracy, Lee Merritt, MD, aprox 8 minutes in \(Lie No. 1: Death Risk\)](#)
- ²¹ [Technical Report June 2020 DOI: 10.13140/RG.2.24350.77125](#)
- ²² [Johns Hopkins Newsletter November 26, 2020 \(Archived\)](#)
- ²³ [Twitter JHU News-Letter November 26, 2020](#)
- ²⁴ [Cell June 25, 2020; 181\(7\): 1489-1501.E15](#)
- ²⁵ [Wall Street Journal June 12, 2020 \(Archived\)](#)
- ²⁶ [Nature Immunology September 30, 2020 DOI: 10.1038/s41590-020-00808-x](#)
- ²⁷ [The Lancet Microbe September 4, 2020 DOI: 10.1016/S2666-5247\(20\)30114-2](#)
- ²⁸ [UPI September 4, 2020](#)
- ²⁹ [Nature July 15, 2020; 584: 457-462](#)
- ³⁰ [Daily Mail June 12, 2020](#)
- ³¹ [Science Times June 12, 2020](#)
- ³² [Nature Communications November 20, 2020; 11 Article number 5917](#)
- ^{33, 34, 35} [The BMJ 2020;371:m4037](#)
- ³⁶ [NPR November 17, 2020](#)
- ^{37, 42} [Eurosurveillance June 30, 2011; 16\(26\)](#)
- ³⁸ [European Centre for Disease Prevention and Control September 20, 2012](#)
- ^{39, 43} [CIDRAP January 30, 2013](#)
- ⁴⁰ [PLoS One. 2012;7\(3\):e33536](#)
- ⁴¹ [BMJ 2013;346:f794](#)
- ⁴⁴ [EBioMedicine. 2019 Feb; 40: 595–604](#)
- ⁴⁵ [AIER March 22, 2020](#)