

Wie die Orientierungshilfe Post Vac zustande kam

Dr. med. Hans-Michael Hackenberg, Mai 2023

Als im Frühjahr 2020 die COVID-Pandemie losgetreten wurde, als Maskenpanik und Lockdowns immer größere Kreise zogen, als das RKI tägliche Fallzahlen und Sterbezahlen aufaddierte, konnte es nicht ausbleiben, dass zumindest einem Teil der Ärzteschaft die widersprüchlichen und widersinnigen Aktionen auffielen, die tagtäglich über die Medien verbreitet und für gut geheissen wurden.

Mir war unverständlich, wie sich Ärztekollegen mit 40 Jahren Berufserfahrung, die jahrelang in ihren Praxen Atemwegserkrankungen und Grippewellen in den Wintermonaten behandelt hatten, nun plötzlich Risikobewertung, Therapie-Maßnahmen und Vorgehensweisen ihrer Arbeit von einem Bankkaufmann als Gesundheitsminister, einem Chef-Virologen (der normalerweise mit der Behandlung von Patienten kaum was zu tun hat) und einem Tierarzt als RKI-Chef diktieren lassen konnten. Zumal bereits von Anfang an klar zu sehen war, dass COVID längst nicht die Dramatik hatte, wie dies durch die Medien vermittelt wurde und von der WHO so verbreitet wurde. Zudem war jedem, der ein wenig mit Epidemiologie zu tun hatte, rasch klar, dass hier ein Hochtreiben der Erkrankungszahlen durch unzuverlässige Testmethoden erfolgte, seien es nun PCR-Tests mit viel zu hohen Wiederholungszyklen oder die Antikörper-Schnelltests.

Mit Beginn der sogenannten Corona-Impfung im Frühjahr 2021, stellte sich für viele von uns die Frage, ob diese im Hauruck-Verfahren durchgepeitschte Maßnahme unter Berücksichtigung der Gefahren die zwangsläufig von einem neuen Impfstoff und insbesondere von einer neuen Impf-Technologie ausgehen könnten, wirklich gerechtfertigt war. Die Kollegen in den Praxen passten vermehrt auf, und prompt zeigten sich sehr schnell die ersten ernst zu nehmenden Komplikationen. Je mehr diese Komplikationen von den Medien herunter gespielt wurden, desto mehr regte sich der Forschergeist in den Kollegen, den Dingen auf den Grund zu gehen.

Im Sommer 2021 trafen sich einige Kollegen in meiner Region zu einem ersten Gedankenaustausch. An vorderster Front dabei war Arne Burkhardt. Er gab uns frühzeitig Einblick in seine histologischen Befunde. Diese waren zum Teil hochdramatisch. Wir versuchten gemeinsam zu klären, was da im Körper der mod-mRNA-Gespritzten ablief, warum sich da plötzlich die Endothelien von Blutgefäßen ablösten, warum plötzlich vermehrt Dissektionen von Arterien und auch der Aorta auftraten, warum da plötzlich Amyloid in diversen Organbereichen nachweisbar war, nicht nur im Gehirn, sondern auch im Myokard. Versuche, diese Befunde an politisch Verantwortliche zu übermitteln schlugen fehl. Man wollte uns nicht hören, zumal auch ein Teil der Ärzteschaft diese Befunde ignorierte.

Es folgten weitere Treffen. Inzwischen konnte Arne Burkhardt (in Kooperation mit Ulrike Kämmerer) das Spike-Protein in den Gewebsschnitten immunhistochemisch sichtbar machen. Und dieses Spike war einfach überall, in den verschiedensten Organen, in den Endothelien der Gefäße, im Gehirn. Mit dem Spike zeigten sich die multiplen thrombotischen Effekte. Letztlich war klar, dass dies alles Folgen der mod-mRNA-Injektionen waren. Dies wurde von Forschern weltweit bestätigt. Aber trotz der unermüdlichen Einsatzes von Kapazitäten wie Prof. Sucharit Bhakdi, Martin Haditsch, Wolfgang Wodarg, Stefan Hockerts, Stephanie Seneff und vielen anderen, war es nicht möglich, das Vorgehen der Politik zu beeinflussen,

Unsere Diskussionen reichten von den sinnlosen Masken über die Therapie bei COVID bis zum Thema mod-mRNA-Injektionen und deren Folgen.

Wir entschlossen uns ein weiteres „Wohnzimmer-Symposium“ im Frühjahr 2023 abzuhalten, mit der primären Fragestellung, ob und wie eventuell diese Schäden behandelbar wären. Arne Burkhardt, Wolfgang Wodarg, Cornelia Morche und praktisch tätige Kollegen aus unserem Kreis waren persönlich, Prof. Ulrike Kämmerer online vertreten. Vor allem den neuesten Ergebnissen von Arne Burkhardt, den mikrobiologischen Erkenntnissen von Ulrike Kämmerer und den Fallberichten der praktizierenden Kollegen war es zu verdanken, dass sich der Weg zu einer Orientierungshilfe für Mediziner und andere Heiler auftat. Sucharit Bhakdi, Karina Reiss und Michael Palmer gewährten bereitwillig ihre Unterstützung, indem sie uns, zum Verständnis der immunologischen Vorgänge, Passagen aus ihrer Arbeit „Gene-based Vaccination – Quo Vadis?“ übernehmen ließen.

Im Vordergrund sollten die pathophysiologischen Abläufe stehen und darauf die therapeutische Maßnahmen aufgebaut werden.

Was zunächst nur für den kleinen Kreis der aktiven Kollegen gedacht war, wurde dank Wolfgang Wodarg's Idee schließlich allgemein zugänglich. Wie immer bei solchen Arbeiten gibt es viel Lob und viel Kritik. Es war klar, dass wir damit leben müssten.

Wir stellten fest, dass wie so oft, wenn neue Erkenntnisse in der Medizin publiziert werden, sich sehr rasch ein breiter Markt entwickelt, bei dem es nur zum Teil um eine Hilfe für die betroffenen Patienten geht, zu einem Großteil geht es fast immer um Profitoptimierung und Umsatzsteigerung in der Praxis oder in den Kliniken. Dass der gesamte Impfmärkte der Pharmaindustrie so zu betrachten ist, war uns ohnehin allen klar. Also suchten wir primär nach therapeutischen Maßnahmen, die mit den pathophysiologischen Erkenntnissen vereinbar waren.

Wir suchten nach bereits eingesetzten Therapien, und stellten fest, dass neben den Standard-Therapien bei eindeutigen Befunden überwiegend erfahrungs-medizinische Methoden zum Einsatz kamen, die manchmal subjektiv eine Besserung brachten, zum Teil aber Plazebo-Effekte sein dürften, was an sich nicht schlecht ist. Gleichzeitig zeigte sich, wenn man sich die Informationen auf einschlägigen Foren für Geschädigte anschaute, ein Spielfeld für Scharlatanerie und pseudomedizinische Versuche. Dem wollten wir entgegen wirken.

Soweit zur Entstehungsgeschichte der Orientierungshilfe.

Zur Pathophysiologie

Warum betrachten wir die mod-mRNA-Injektion als sogenannte COVID-Impfung denn überhaupt so kritisch?

Der wichtigste Faktor ist wahrscheinlich die Tatsache, dass die Immunsierungsversuche gegen SARS-CoV-2 nicht mit üblichen Antigenen durchgeführt werden. Vielmehr wird hier modifizierte mRNA, die statt Uracil N1-Methyl-Pseudouridin enthält in Lipidnanopartikel verpackt (oder über einen transgenen Vector Adenovirus) und injiziert. Diese modRNA löst selbst keine Immunreaktion aus und kann in alle sich bietende Zellen eindringen. Es ist dazu kein Rezeptor nötig. Dort induziert sie die Proteinproduktion. Mit der anschließenden

Präsentation des Spikeproteins an der Zelloberfläche reagiert das Immunsystem, ordnet die gesamte Zelle als körperfremd ein und beginnt sie zu zerstören bzw. induziert es die AK-Bildung. Dazu kommt, dass die LNP selbst nachgewiesenermaßen toxisch sind.

Die modifizierte mRNA hat noch einen weiteren Nachteil. Es kann zu Ablesestörungen kommen, einem sogenannten Frame-Shift, was die Translation zu Junk-Eiweißen zur Folge hat, die ihrerseits pathogen sein können und in den Geweben abgelagert werden können. Dazu kommt, dass herstellungsbedingt diese sogenannten Impfstoffe diverse Verunreinigungen enthalten, oftmals Plasmide, also ringförmige oder strangförmige DNA aus Bakterien, die beim Herstellungsprozess verwendet wurden. Diese DNA kann den Code für das Spike enthalten und wird möglicherweise auch transkribiert, zudem besteht die Gefahr, dass sie in unser Zellgenom eingebaut wird.

Der zweite wichtige Punkt dürfte die Tatsache sein, dass mit der im-Injektion natürliche Immunbarrieren für Erreger von Atemwegserkrankungen umgangen werden und immunologische Vorgänge im Körper ausgelöst werden und nicht an den natürlichen Barrieren. Eine Infektion mit Atemwegsviren fordert in erster Linie die Immun-Barriere der Atemweg-Schleimhäute heraus. Dieses System befindet sich in und unter den Schleimhäuten unserer Atemwege und funktioniert unabhängig von den Immunzellen, die unsere inneren Organe schützen. Das bedeutet letztlich, dass intramuskuläre oder subcutane Impfungen gegen Atemwegsviren generell wenig bis gar nichts bringen.

Post-Vac-Erkrankung bzw. das Post-Vac-Syndrom.

Der Begriff fasst unspezifische Folgekrankheiten zusammen, die in zeitlichem Zusammenhang mit dem gentechnischen Immunisierungsversuch (GIV) mit mod-mRNA beobachtet wurden.

Häufige Symptomaten sind chronisches Fatigue-Syndrom, diffuse Schmerzsyndrome, neurologische Funktionsstörungen, Autoimmunreaktionen, Thrombosen und Herzprobleme, insbesondere Myokarditis, Endokarditis oder Perikarditis.

Teilweise ähneln die Beschwerden denen bei sogenanntem Long COVID bzw. Post COVID, Diagnosen, die jedoch erst im Rahmen der SARS-CoV2-Infektionen geschaffen wurden. Jeder Arzt weiß, dass es langwierige Infektverläufe bei fast allen Infektionen geben kann. Post-Influenza wäre also nichts Neues. Wobei derartige verzögerte Rekonvaleszenzen der Regel aber nach gewisser Zeit spontan ausheilen. In seltenen Fällen kann es aber auch mal Monate dauern.

Long COVID war allerdings ein geschickter Schachzug der Gesundheitsbehörden, allen voran des Gesundheitsministers Lauterbach. Damit wurde Post Vac im Zusammenhang mit der Genspritze schlichtweg geleugnet und alles als Long oder Post Covid bezeichnet. Schlimm, dass das von vielen Ärztekollegen einfach so übernommen wurde. Auf diese Weise ließen sich Impfschäden kaschieren und die Impfung weiter rechtfertigen – und sei es nur um eben dieses Long COVID zu verhindern.

Schäden

Ich will hier mal die Post-Vac-Schäden willkürlich in Bereiche einteilen. Teilweise überlappen sich die pathologischen Vorgänge, und natürlich laufen noch erheblich mehr schädigende Mechanismen ab.

Kardiovaskulär

- Myokarditiden -> erklärbar durch direkte Aufnahme der mod-mRNA in die Myokardzellen und entsprechende Immunreaktion mit teilweiser Zerstörung der Zellen. Aspiration bei i. m. Injektion...
- Endokarditis -> gleicher Mechanismus; Störungen der Erregungsleitung, Rhythmusstörungen; plötzlicher Herztod
- Perikarditis -> gleicher Mechanismus; mechanische Beeinträchtigung der Funktion

Vaskulär

- Endotheliitis in den Gefäßen, zerstörte Glycocalyx
- Thrombenbildung an den Endotheldefekten
- Einblutung in die Gefäßwand, Dissektion, Aneurysma, Gefäßruptur, Tod
- Störung der Mikroperfusion mit Beeinträchtigung sämtlicher betroffener Organe, Multiorgan-Vaskulitis
- Störung der Mikroperfusion im Bereich des Nervensystems, Neuropathie, Small Fiber Neuropathie, Hirnleistungsstörungen, Demenz

Autoimmunreaktionen

- gegen Spike gerichtete Antikörper können auch gegen ähnliche Peptid-Strukturen wirken: molekulare -> Schäden am Nervensystem, Neuropathie, SFN
- betrifft eine Vielfalt von funktionellen Proteinen mit entsprechenden Folgen für Stoffwechsel, Hormonregulation, Immunabwehr bis in die Regelmechanismen des genetischen Systems, Chromatin-Faltung, Transkriptionsteuerung etc.
- Ausschaltung von Tumorrepressorgenen mit Provokation von malignen Tumoren, insbesondere mit Reaktivierung ruhender Tumoren

Amyloid

- Ablagerung dysfunktioneller Eiweiße mit Folgen für den Zellstoffwechsel,
- Prionen haben oft Schutzfunktion im Zellstoffwechsel, z. B. vor oxidativem Stress. Diese geht verloren.
- prionenhaftes Verhalten einzelner Proteine mit Kettenreaktion zur Fehlfaltung, Alpha-Synuklein/Parkinson
- Funktionelle Störungen im Bereich der Signalverarbeitung zwischen den Zellen, auch im Gehirn (Nehls, Das indoktrinierte Gehirn), Demenz

Mikrobiom

- Störung des Darmmikrobioms, dadurch Störung der Darmwandbarriere mit Schadstoff-Übergang ins Blut; Störung der Immunhomöostase, das heißt des Gleichgewichts zwischen den einzelnen Darmbakterien und Phagen
- Störungen des Hautmikrobioms; Änderung des Körpergeruchs, Verlust der mikrobiellen Schutzmechanismen in den Kompartimenten des Hautmikrobioms
- Störungen des Schleimhautmikrobioms mit Fehlbesiedlung durch pathogene Keime, Pilze wie Candida (bis auris)
- Störungen der Darm-Hirnachse, der Darm-Hautachse, der Darm-Lungenachse

Therapie

Die Orientierungshilfe ist, was die Therapien angeht, ein Kompromiss zugunsten der einzelnen Fach-Richtungen der beteiligten Kollegen. Es waren Kollegen verschiedenster Fachrichtungen beteiligt, auch Kollegen aus dem komplementär-medizinischen Bereich.

Letztlich muss ein jeder selber verantworten, welche Therapieform er nach seiner Erfahrung einsetzt.

Unsere Therapievorschläge richten sich primär an der Pathophysiologie aus. Unabhängig davon akzeptierten wir auch alle Suggestiv-Therapien, die als Placebo wirken und die Selbstheilungskräfte des Patienten positiv beeinflussen könnten. Wir übten allerdings Kritik an den sich sehr schnell etablierenden kostenintensiven Maßnahmen wie Apheresen oder HBO, da sich dahinter jede Menge für uns unlogische Gedankengänge verbargen, selbst wenn es in Einzelfällen vorübergehende Besserungen gab.

Die einzelnen Therapievorschläge sind in der Orientierungshilfe hinreichend beschrieben.

Beispiel **Gefäßschäden**: Hier ist davon auszugehen, dass die eigenen Reparaturprozesse im Laufe der Zeit ausreichen würden, um die Funktion wieder herzustellen, sofern der Patient den Schaden überhaupt übersteht. Außer der Förderung der Reparaturmechanismen durch Autophagie mittels bestimmten Formen des Fastens und dem Einsatz von biogenen Polyaminen wie Spermidin kommen somit Maßnahmen in Frage, welche die Mikrozirkulation verbessern. In einem genügend bewegten Muskel können sich Kapillaren bei Bedarf neu bilden, sozusagen „neu aussprossen“. Kapillartraining wie iHHT, das ist intermittierende Hypoxie/ Hyperoxie-Therapie, kann hier langfristig hilfreich sein, auch Hohentraining bzw. Training mit einer speziellen Maske. All dies macht aber nur Sinn, wenn Dauerproduktion von Spike ausgeschlossen ist.

Beispiel **Myokarditis**: Eine wirksame Therapie dagegen, einen Heilmechanismus gibt es nicht. Man muss die auslösende Ursache meiden.

Beispiel **Small Fiber Neuropathie**: Auch wenn Autoimmunmechanismen und kapillare Perfusionsprobleme hier eine Rolle spielen dürften, bleibt die diagnostische Zuordnung, also die Nervenfaserdichte-Unterschiede in proximal/distalen Gewebeproben umstritten. Die Bedeutung spezifischer Autoantikörper wie *Fibroblast Growth Factor Receptor Antikörper* ist unklar. Im klinischen Bereich werden Therapieregime versuchsweise empfohlen, mit hochdosiertem Kortison i. v., Lamotrigine, Gabapentin, Mycophenolsäure (Cellcept), Methotrexat und andere Immunsuppressiva. Die teils toxischen Substanzen werden als Experimentaltherapie eingesetzt, teils auf Privatkosten der Patienten, weil sie nicht offiziell für die Behandlung zugelassen sind.

Mycophenolsäure ist ein Inhibitor der Inosinmonophosphat-Dehydrogenase (IMPDH), hemmt dadurch die Synthese des Nukleosids Guanosin u. a. und damit den Wachstumsprozess von B- und T-Lymphozyten, wodurch Auswirkungen auf die gesamte Immunabwehr zu erwarten sind. Ähnliches gilt für den Folsäure-Antagonist Methotrexat. Ich frage mich da schon, ob es nicht besser wäre, hier auf die Zeit zu setzen, und dem Körper die Möglichkeit zur Selbstheilung zu geben, weil eben diese Therapeutika selbst das Immunsystem und unser genetisches System negativ beeinflussen.

Beispiel **ME/CFS**: Dieser Symptomenkomplex ist multifaktoriell verursacht, bleibt insgesamt schwammig, so dass nur symptomatisch vorgegangen werden kann. Pacing, Stressreduktion, gesunde und angepasste Ernährung waren unsere Vorschläge.

Die Naturheilkunde bietet eine Reihe allgemein kraftigender Medikationen, deren Anwendung als Nahrungsergänzungsmittel (NEM) durchaus gerechtfertigt sein kann. Allerdings würde ich hier nicht so weit gehen, beispielsweise den Einsatz von Curcuma

oder Polyphenolen durch umfassende und teure immunologische Untersuchungen zu begründen (IL-4, IL-10), wie das vereinzelt geschieht.

Und man darf ohnehin nicht dem Glauben verfallen, dass der „Naturprodukte-Markt“ anderen Spielregeln unterliegt als der schulmedizinische Pharma-Markt. Hier wird genauso gelogen, betrogen, gefälscht wie bei der klassischen Pharma-Industrie. Zur Nattokinase, die wir insgesamt kritisch bewerteten, siehe <https://hackenberg-hm.de/c-downloads/Nattokinase.pdf>

Die an der Orientierungshilfe mitwirkenden Kollegen tauschen sich zum Teil noch immer aus. Wir arbeiten neue Erkenntnisse regelmäßig in die Orientierungshilfe ein, so dass sie aktuell bleibt. Es gibt deshalb auch keine gedruckte Version, sondern nur eine Online-Version, die bei Bedarf leicht upgedatet werden kann. Ein Teil des Inhalts der Orientierungshilfe wurde allerdings in Volker Seelings Sammelband „Long/Post COVID & mRNA-Impfnebenwirkungen“ veröffentlicht:

<https://www.sound-of-truth.com/de/shop/buecher/long-covid-modrna-impfnebenwirkungen/1/?affiliate=9>

An die Adresse der MWGFD wurde der Vorschlag vermittelt, eine Datenbank für Kollegen einzurichten, mit anonymisierten Fällen, Therapien, Erfolg bzw. Misserfolg um langfristig die Evidenz von Therapiemaßnahmen zu erfassen. Bis Frühjahr 2025 hat sich da leider wenig getan.

Ein weiteres Thema des Treffens im April 2023 war der Umgang mit COVID-Betroffenen und die möglichen Therapie-Maßnahmen.

Was tut man nun im Falle einer Infektion mit Corona-Viren?

Nun, das selbe, das man schon immer bei Atemwegsinfekten getan hat, man behandelt symptomatisch. Das heißt, bei Fieber Bettruhe, eventuell Schleimlöser, erhöhte Trinkmenge, möglichst keine Fiebersenker. Das gilt für ansonsten gesunde Menschen, insbesondere auch für Kinder.

Sollten sich wider Erwarten Symptome einer Pneumonie zeigen, muss antibiotisch, vorzugsweise nach Keimbestimmung im Sputum behandelt werden, und da kann es auch mal passieren, dass ein Patient stationär behandelt werden muss.

Frühzeitige und vor allem hochdosierte Sauerstoffinhalation ist unseres Erachtens abzulehnen, da dies multiple negative Auswirkungen auf die Atemregulation hat bis hin zu Schädigung des Alveolarepithels, Hustenreiz, Schmerzen hinter dem Brustbein und Verstärkung der subjektiven Atemnot, eventuell auch Behinderung der CO₂-Abatmung, zentralnervöse Komplikationen wie Kopfschmerzen, Lippenzittern, innere Unruhe, Ohrgeräusche, Augenflimmern und Schwindel.

Eine Intubation sollte mit das letzte Mittel der Wahl sein, weil die Sterblichkeitsrate in der Folge deutlich erhöht ist. Die Frühintubation bei COVID brachte jedenfalls weltweit kein sehr positives Ergebnis zustande. Noch kritischer sind die Verhältnisse bei der extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) als Ultima Ratio, wenn alle anderen Maßnahmen versagen und der Patient ansonsten überhaupt noch eine Überlebenschance hat. Dazu muss man aber wissen, dass diese Maßnahme besonders in Deutschland mit extrem hoher Sterblichkeit - über 70% - verbunden ist.

In seltenen Fällen kann es bei der COVID-Erkrankung aber auch bei anderen Virusinfekten zu einem zweiphasigen Erkrankungsverlauf kommen. Während die Erkältungssymptome bereits am Abklingen sind, entwickeln manche Patienten ab dem 7. bis 8. Tag zunehmend Atemnot und verstärktes Krankheitsgefühl, meist jedoch ohne Fieber. Die Lungenfunktionsprüfung zeigt eine zunehmende restriktive Ventilationsstörung mit rascher Verschlechterung der Sauerstoffsättigung. Im Röntgen-Thorax zeigt sich eine typische Milchglastrübung wie bei einer Viruspneumonie bzw. interstitiellen Pneumonie. Die Viruserkrankung ist aber weitgehend abgeklungen, die an sich eher harmlose Virusinfektion ging jetzt in eine **allergische Alveolitis** im Sinne eines Infekt-Allergoids über. Im Rahmen der allergischen Reaktion werden Mediatoren wie Histamin, Prostaglandine, Leukotriene, Plättchen-aktivierende Faktoren (PAF) und Zytokine - bis zum sogenannten Zytokinsturm - freigesetzt. Diese Mediatoren sind überwiegend für die pulmonalen Veränderungen verantwortlich. Gelegentlich findet man auch erhöhte Antiphospholipid-Antikörper (APA). Eine allergische Alveolitis ist nicht ansteckend für andere Menschen, kann für die betroffenen Menschen aber rasch lebensbedrohlich werden.

Das Wichtigste in dieser Situation sind antiallergische Therapiemaßnahmen, Antihistaminika, eventuell Leukotrien-Antagonisten (Lukaste), Glucokortikoide, eventuell auch inhalative Kortikosteroide.

Vorbeugung

Massenansammlungen während der Erkältungszeit meiden, überhitzte ungelüftete Räume meiden, regelmäßiges Händewaschen -> Kontaktinfektionen; gesunde frisch zubereitete Ernährung; sich nicht von Angst- und Panik-Aktionen verrückt machen lassen.

Zuletzt noch einanderer Hinweis

Was Viren angeht, so sind die meisten Ärzte und Patienten noch auf dem Stand der 60er/70er-Jahre des letzten Jahrhunderts, auf dem Stand einer Zeit, als man glaubte Bakterien und Viren wären gefährliche Killer, die es zu beseitigen gilt. Man erinnere sich an die Desinfektionsmittelorgien aus dieser Zeit.

Inzwischen weiß man, dass unser Körper ein Holobiont ist. Die Zahl unserer Körperzellen von circa 30-35 Billionen wird leicht von der Zahl der Mikroben übertroffen, die in und auf uns leben, 39 Billionen, und rechnet man die Viren dazu, kann man diese Zahl noch mal Zehn nehmen. Ohne all diese anderen Lebensformen und ohne das natürliche Zusammenspiel mit unserem Körper wären wir nicht lebensfähig. Weder Bakterien noch Pilze, noch Viren, noch Parasiten sind prinzipielle Feinde für uns. Mit den allermeisten dieser Organismen leben wir in einer sorgfältig ausgewogenen Symbiose.

Impfungen, werden die seit grob 230 Jahren praktiziert. Die Impfidologie ist heute noch immer die selbe wie zu Jenner's Zeiten, noch immer verbunden mit der Vorstellung, dass wir damit die Ausbreitung einer ansteckenden Erkrankung verhindern müssen und können. Die Erkenntnisse der Gegenwart, die Tatsache, dass wir Holobionten sind, das alles wird ignoriert, offensichtlich aus wirtschaftlichen Gründen seitens der Pharmaindustrie. Schließlich kann man so Gesunde mit Pharmaprodukten behandeln. Und, sollten Schäden auftreten, hat die Pharmaindustrie einen weiteren wirtschaftlichen Vorteil in Aussicht, ganz besonders dann, wenn sie vorher von jeglicher Haftung bei sogenannten Impfschäden ausgeschlossen wurde. Siehe dazu auch <https://hackenberg-hm.de/c-downloads/Impfen.pdf>

