



PROF. DR. JUR. MARTIN SCHWAB

Danziger Straße 45b

33605 Bielefeld

Tel. 01577/4684535

martin.schwab.law@protonmail.com

Prof. Dr. Jur. Martin Schwab | Danziger Str. 45b | 33605 Bielefeld

An das
Bundesverwaltungsgericht
Simsonplatz 1
04107 Leipzig

Bielefeld, den 1. Juli 2022

**Verbundene
Wehrbeschwerdeverfahren
Hier: [REDACTED]
BVerwG 1 WB 5.22 und 1 W-VR 3.22
wg. Aufnahme COVID-19 Impfung
in Basisimpfschema der Bundeswehr**

Im oben genannten Wehrbeschwerdeverfahren nehme ich zum Ergebnis der Beweisaufnahme in der mündlichen Verhandlung vom 7./8.6.2022 wie folgt Stellung:

I. Wie gefährlich ist die Krankheit COVID-19?

1. Zur Verbreitung von COVID-19

Noch in der mündlichen Verhandlung vom 2.5.2022 äußerte Oberstarzt Prof. Dr. Wölfel, bei SARS CoV-2 habe es keine Kreuzimmunität mit anderen Atemwegsviren gegeben; vielmehr seien Milliarden Menschen an COVID-19 erkrankt. Offensichtlich setzt er dabei „erkrankt“ mit „positiv getestet“ gleich, wie sich aus seiner Erwiderung auf den Vortrag von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer am 7.6.2022 ergibt: Darin verteidigt er die These, dass ein positiver Test mit einer COVID-19-Erkrankung gleichzusetzen sei, weil ein positives Testergebnis „Rückschlüsse“ auf eine ansteckungsfähige Infektion zulasse. Dabei unterstellt er, dass jedes positive Testergebnis in ordnungsgemäßer Anwendung der Standards der Labordiagnostik gewonnen wurde. Die Labore hätten allen Anlass, sauber zu arbeiten, da sie strengen Begehungen unterlägen und rechtswidrig handeln würden, wenn sie jene Standards nicht einhalten würden.

Mit diesen Einwänden hat Herr Wölfel die überzeugenden Ausführungen von Ulrike Kämmerer nicht widerlegen können. Wenn in einem PCR-Testgerät an einem Tag zahlreiche Tests durchgeführt werden, ist das Risiko groß, dass das Desiderat „Qualität“ dem Desiderat „Tempo“ geopfert wird. Daher ist die Einschätzung von Ulrike Kämmerer plausibel, dass die Standards oftmals nicht eingehalten werden. Ich verweise hierzu und zu weiteren Fehlerquellen einer rein PCR-basierten Diagnostik auf das 41seitige Gutachten von Ulrike Kämmerer, welches der Prozessbevollmächtigte Wilfried Schmitz zu den Prozessakten gereicht hat.

Und wenn Herr Wölfel meint, ein positives Testergebnis erlaube „Rückschlüsse“, verkennt er den Unterschied zwischen einer Infektion (§ 2 Nr. 2 IfSG) und einem Ansteckungsverdacht (§ 2 Nr. 7 IfSG). In systematischer Gegenüberstellung dieser beiden Vorschriften ist für eine Infektion der *Nachweis* eines vermehrungsfähigen Krankheitserregers zu fordern.

An einen solchen Nachweis glaubt zudem nicht einmal das RKI. Ich hatte in meinem Schriftsatz vom 3.6.2022 (Seite 7 f.) auf einen Aufsatz im Epidemiologischen Bulletin des RKI Nr. 39/2020 hingewiesen, an dem auch der Präsident des RKI, Prof. Dr. Lothar Wieler, als Autor beteiligt ist. Darin wird nachgewiesen, dass ein positiver Test auch eine *überstandene*, nicht mehr aktive Infektion nachweisen kann, bei der sich kein Erreger mehr vermehrt, und dass In-Vitro-Daten darauf hindeuten, dass 1% bis maximal 10% aller positiv getesteten Abstrich-Proben tatsächlich infektiöses Virus enthalten. Ein positiver Test kann vor diesem Hintergrund, wenn überhaupt, lediglich einen *Ansteckungsverdacht* begründen, und der *Nachweis* kann erst geführt werden, wenn aus der Abstrich-Probe vermehrungsfähiges Virus isoliert und angezüchtet werden kann. Oberstarzt Dr. Kehe hatte am 2.5.2022 erklärt, die Bundeswehr verfüge über ein eigenes Labor, das eine solche Anzuchtung vornehmen könne. Bis heute ist unklar, in wie vielen Fällen – sei es in der Bundeswehr, sei es in der allgemeinen Zivilbevölkerung – eine solche Anzuchtung versucht wird und wie oft *diese* ein positives Ergebnis zutage fördert.

Aus alledem folgt: Das Ausmaß der Gefahr durch SARS CoV-2 ist durch die massenhafte Testung symptomloser Personen künstlich aufgebauscht worden. Das reale Ausmaß der Gefährdung erkennt man, wenn man die RKI-SOEP-Studie heranzieht (abrufbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/lid/Fachinformationen/>

[Fachinformationen_node.html](#)). Danach betrug die Seroprävalenz von SARS CoV-2 in der Gesamtbevölkerung bis November 2020 – wohlgemerkt in der angeblich schlimmsten Pandemie aller Zeiten – verschwindend geringe 1,3%.

Ich habe in der mündlichen Verhandlung vom 7.6.2022 bei der Befragung von Herrn PD Dr. Ole Wichmann auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Influenza beim RKI hingewiesen, in deren Sentinel-Analysen (§ 13 Abs. 2 IfSG) SARS CoV-2 im Vergleich zu anderen Atemwegserregern eine permanent untergeordnete Rolle spielt. Zwischen der 16. und der 38. Kalenderwoche 2020 war im Sentinel *nicht ein einziger Fall* von SARS CoV-2 gemeldet worden (siehe Bericht der Arbeitsgruppe Influenza zu KW 37-39, abrufbar unter https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-39.pdf). Und auch in der Folgezeit blieb der Anteil von SARS CoV-2 konstant vergleichsweise niedrig (siehe etwa Wochenbericht für die KW 47, abrufbar unter https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2021-47.pdf: SARS CoV-2 gerade mal 9%). Mittlerweile hat sich der Anteil von SARS CoV-2 in den Sentinel-Proben allerdings deutlich erhöht. Im Wochenbericht für KW 24 (abrufbar unter https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2021_2022/2022-24.pdf) steht SARS CoV-2 sogar auf Platz 1. Einen Erfolg der Impfkampagne stelle ich mir definitiv anders vor.

Ich halte fest: Als es die COVID-Injektionen noch nicht gab, spielte SARS CoV-2 im Gesamtgeschehen der Atemwegsinfektionen eine geradezu vernachlässigbare Rolle. Offenbar hat vor allem die Booster-Kampagne die tatsächlichen Verhältnisse verändert – im Sinne eines Anstiegs von COVID-19-Erkrankungen. Es scheint, als habe die Impfkampagne der *quantitativen* Verbreitung von COVID-19 massiv Vorschub geleistet. Darauf wird unter II. zurückzukommen sein, wenn es um die Wirksamkeit der COVID-Injektionen geht.

Herr PD Dr. Ole Wichmann hatte übrigens auf meine Frage, ob die STIKO die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Influenza bei ihren Empfehlungen berücksichtige, geantwortet, diese Ergebnisse seien ihm bekannt. Welche Bedeutung das für die Arbeit der STIKO hat, konnte oder wollte er nicht erläutern; er meinte lediglich, die Impfungen gegen COVID-19 und gegen Influenza würden nicht miteinander verglichen (was ja aber auch nicht der Kern meine Frage war – es ging um die Gefährlichkeit der Erkrankung, nicht um die Impfeffektivität!). Aber wenn Herr Wichmann die Ergebnisse der Arbeitsgruppe Influenza *kennt*, ist er auch in der Lage,

sie in die Beratungen der STIKO einzubringen. Es verwundert, dass die STIKO aus den dargestellten Entwicklungen offenbar keine Konsequenzen zieht.

2. Zur Möglichkeit eines schweren oder tödlichen Verlaufs

Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass COVID-19 schwer oder auch tödlich verlaufen kann. Prof. Dr. Ulrike Kämmerer hat hier aber auf eine Therapiemöglichkeit hingewiesen, die ich im Schriftsatz vom 14.4.2022 (Seite 30 mit Anlage BF-MS 65) ebenfalls schon erwähnt hatte: Am 8. Tag nach Symptombeginn muss eine Überreaktion des Immunsystems durch Verabreichung von Cortison und Antihistaminika verhindert sowie einer drohenden Thrombose durch Verabreichung von Blutverdünnern entgegengewirkt werden. Der südafrikanische Arzt Dr. Shankara Chetty hat damit Tausende COVID-19-Patienten erfolgreich behandelt.

In diesem Zusammenhang erinnere ich noch einmal daran, dass bereits ein guter Vitamin-D-Spiegel das Risiko schwerer COVID-Verläufe drastisch absenkt (siehe meinen Schriftsatz vom 14.4.2022, S. 29 f.). Und kürzlich ist ein Buch erschienen, das die Behandlungsprotokolle zweier US-Ärzte beschreibt, die mit einfacher und herkömmlicher Medikation schwere und tödliche Verläufe verhindert werden konnten (Fareed/Tyson, Covid-19 – Seit 2020 heilbar“, ISBN: 979-8-9855583-3-3, Rezension hierzu bei reitschuster.de vom 30.6.2022, <https://reitschuster.de/post/erfolg-bei-12-000-patienten-niemand-muss-an-covid-19-sterben/>).

Der Blog transparenztest.de hatte am 27.5.2022 auf eine Ungereimtheit in den Daten des RKI aufmerksam gemacht: In den SARS CoV-2-Wochenberichten waren deutlich weniger COVID-19-Tote gelistet als in einer Excel-Tabelle, in der die COVID-19 Toten nach Altersgruppen sortiert aufgelistet sind. Vor diesem Hintergrund stellte ich Herrn Wichmann die folgende Frage: Wie kommt es, dass im Wochenbericht 28.4.2022 (Datenstand 26.04.2022) 201 COVID-19-Todesfälle gelistet sind (für KW 13-16), in der Excel-Tabelle aber für denselben Zeitraum über 5.000 (Datenstand 2.6.2022)? Die Antwort von Herrn Wichmann lautete zunächst, dass man aus der Excel-Tabelle noch jene Fälle herausrechnen müsse, in denen keine Symptome und keine Laborbestätigung vorlägen. Erst auf meine Nachfrage, wie es denn sein könne, dass man symptomlos an COVID-19 versterbe, musste Herr Wichmann einräumen, dass das doch eher unwahrscheinlich sei. Man kann es auch so formulieren: Herr

Wichmann hat für die inkonsistenten und intransparenten Zahlen beim RKI keine schlüssige Erklärung.

Noch deutlicher werden die Ungereimtheiten, wenn man die InEK-Daten hinzunimmt. Die Abkürzung „InEK“ steht dabei für „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus“. So wurden in den Jahren 2020 und 2021 jeweils knapp 300.000 hospitalisierte Patienten als Corona-Fälle abgerechnet, für die es nie eine Laborbestätigung gab. Illustrieren lässt sich dies anhand der nachstehenden Grafik, die für die klar definierten ICD-10-Codes U07.2 und U07.3, die beide für die COVID-19-Diagnose auf eine Laborbestätigung verzichten, die folgenden Zahlen ausweist (abrufbar unter <https://datenbrowser.inek.org/>):

Daten-Selektion: Nebendiagnosen(U07.2, U07.3);

Daten-Anzeige EXCEL-DOWNLOAD

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	Altersklassen
Fallzahl 290.940	Kurzlieger 12,01 %	0 49,94 %	< 28 Tage 0,20 %	30-39 Jahre 5,55 %
	Normallieger 77,79 %	1 14,20 %	28 Tage - 1. Jahr 0,79 %	40-49 Jahre 5,66 %
	Langlieger 10,21 %	2 12,37 %	1-2 Jahre 1,10 %	50-54 Jahre 4,78 %
Geschlecht	Mittl. arithm. VWD 8,2	3 14,85 %	3-5 Jahre 0,67 %	55-59 Jahre 6,44 %
männlich 49,71 %	Std. Abw. VWD 9,6	4 7,46 %	6-9 Jahre 0,53 %	60-64 Jahre 7,35 %
weiblich 50,28 %	HK VWD 46,10 %	5 1,09 %	10-15 Jahre 0,89 %	65-74 Jahre 17,29 %
divers 0,00 %		6 0,10 %	16-17 Jahre 0,50 %	75-79 Jahre 11,78 %
unbestimmt 0,01 %			18-29 Jahre 4,66 %	80+ Jahre 31,82 %

Hauptdiagnosen Nebendiagnosen Prozeduren DRG-Verteilung Krankenhaus-Verteilung

Kode	Hauptdiagnose	Fälle	Prozent
Kode	Hauptdiagnose	Fälle	Prozent

Erklärung:

U07.2 = COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

U07.3 = COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

⇒ 290.940 Hospitalisierungen, die als COVID-Fälle abgerechnet wurden, jedoch keinen laborbestätigten PCR hatten.

Daten-Selektion: Nebendiagnosen(U07.2, U08.9, U07.3);

Daten-Anzeige EXCEL-DOWNLOAD

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	Altersklassen
Fallzahl 289.106	Kurzlieger 14,30 %	0 54,33 %	< 28 Tage 0,21 %	30-39 Jahre 7,24 %
	Normallieger 77,19 %	1 14,24 %	28 Tage - 1. Jahr 0,72 %	40-49 Jahre 6,57 %
	Langlieger 8,51 %	2 11,54 %	1-2 Jahre 0,98 %	50-54 Jahre 5,48 %
Geschlecht	Mittl. arithm. VWD 7,8	3 12,77 %	3-5 Jahre 0,65 %	55-59 Jahre 7,44 %
männlich 48,11 %	Std. Abw. VWD 10,3	4 6,06 %	6-9 Jahre 0,46 %	60-64 Jahre 8,45 %
weiblich 51,88 %	HK VWD 43,05 %	5 0,96 %	10-15 Jahre 0,98 %	65-74 Jahre 17,81 %
divers 0,00 %		6 0,09 %	16-17 Jahre 0,59 %	75-79 Jahre 10,16 %
unbestimmt 0,01 %			18-29 Jahre 5,72 %	80+ Jahre 26,55 %

Hauptdiagnosen Nebendiagnosen Prozeduren DRG-Verteilung Krankenhaus-Verteilung

Kode	Hauptdiagnose	Fälle	Prozent
Kode	Hauptdiagnose	Fälle	Prozent

Erklärung:

U07.2 = COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

U07.3 = (falsch codiert?)

U08.9 = COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

⇒ 289.106 Hospitalisierungen, die als COVID-Fälle abgerechnet wurden, jedoch keinen laborbestätigten PCR hatten.

Ob wir es in dieser Rubrik wirklich mit 300.000 COVID-19-Fällen zu tun haben, darf füglich bezweifelt werden. Wesentlich näher liegt die Hypothese, dass die Schamgrenze in den Kliniken sehr niedrig angesiedelt ist, wenn es um die Abrechnung von Entgelten geht. Aber wie dem auch sei: Wenn über die Verbreitung

von SARS CoV-2 derart widersprüchliche Angaben kursieren, kann auf diese Angaben weder eine Impfeempfehlung noch geschweige denn eine Impfpflicht gegründet werden.

Reichlich vage blieb auch die Antwort von Herrn Wichmann auf die Frage, ob er ausschließen könne, dass alle Verstorbenen, die als COVID-19-Tote gelistet worden sind, wirklich *an* und nicht nur *mit* Corona gestorben sind. Herr Wichmann erwiderte, ja, das könne er ausschließen. Es seien „ein paar dabei“, die nur *mit* Corona gestorben sind. Meldedaten seien nicht perfekte Daten. Medienberichte, wonach mittlerweile nur noch eine Minderheit der „Corona-Patienten“ *wegen* COVID-19 hospitalisiert sind (siehe WELT vom 24.3.2022, <https://www.welt.de/vermishtes/plus237758181/Helios-Kliniken-Grossteil-der-Covid-Patienten-nicht-wegen-Covid-hospitalisiert.html>?), scheint Herr Wichmann nicht zur Kenntnis zu nehmen.

Lassen wir also erneut die InEK-Daten sprechen, die offenbar ebenfalls die Wahrnehmungsschwelle von Herrn Wichmann nicht erreicht haben. Danach ist eine stattliche Anzahl Verstorbener in den Krankenhäusern ohne jeden Zweifel nur mit und nicht an Corona verstorben sind (siehe erneut <https://datenbrowser.inek.org/>). Wir sehen, dass die Fälle, in denen verstorbene Patienten, deren angebliche COVID-19-Erkrankung niemals durch einen Labortest bestätigt wurde und die aber als COVID-19-Tote gelistet wurden, für 2020 und 2021 jeweils eine fünfstellige Anzahl erreichen:

Daten-Selektion: Nebendiagnosen(U07.2, U07.3); Entlassungsgrund(07 Tod);

Daten-Anzeige EXCEL-DOWNLOAD

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	
Fallzahl 16.228	kurzlieger 18,04 %	0 13,45 %	< 28 Tage 0,01 %	30-39 Jahre 0,41 %
	Normallieger 72,84 %	1 10,77 %	28 Tage - 1. Jahr 0,03 %	40-49 Jahre 1,22 %
	Langlieger 9,13 %	2 15,06 %	1-2 Jahre 0,02 %	50-54 Jahre 1,65 %
Geschlecht	Mittl. arithm. VWD 9,9	3 30,16 %	3-5 Jahre 0,02 %	55-59 Jahre 3,45 %
männlich 56,99 %	Std. Abw. VWD 12,1	4 25,04 %	6-9 Jahre 0,02 %	60-64 Jahre 4,95 %
weiblich 42,98 %	HK VWD 45,05 %	5 4,88 %	10-15 Jahre 0,00 %	65-74 Jahre 16,90 %
divers 0,00 %		6 0,63 %	16-17 Jahre 0,01 %	75-79 Jahre 14,68 %
unbestimmt 0,04 %			18-29 Jahre 0,14 %	80+ Jahre 56,48 %

Erklärung:

U07.2 = COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

U07.3 = COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

⇒ 16.228 Todesfälle, die als COVID-Fälle abgerechnet wurden, jedoch keinen laborbestätigten PCR hatten.

Daten-Selektion: Nebendiagnosen(U07.2, U08.9); Entlassungsgrund(07 Tod);

Daten-Anzeige EXCEL-DOWNLOAD

Fallmenge	Verweildauer	PCCL	Altersklassen	
Fallzahl 11.988	kurzlieger 18,18 %	0 13,71 %	< 28 Tage 0,01 %	30-39 Jahre 0,41 %
	Normallieger 72,47 %	1 10,44 %	28 Tage - 1. Jahr 0,01 %	40-49 Jahre 1,39 %
	Langlieger 9,34 %	2 14,49 %	1-2 Jahre 0,03 %	50-54 Jahre 1,68 %
Geschlecht	Mittl. arithm. VWD 10,4	3 29,33 %	3-5 Jahre 0,03 %	55-59 Jahre 3,62 %
männlich 54,45 %	Std. Abw. VWD 13,0	4 25,68 %	6-9 Jahre 0,02 %	60-64 Jahre 5,78 %
weiblich 45,50 %	HK VWD 44,45 %	5 5,57 %	10-15 Jahre 0,03 %	65-74 Jahre 18,78 %
divers 0,00 %		6 0,78 %	16-17 Jahre 0,03 %	75-79 Jahre 14,21 %
unbestimmt 0,06 %			18-29 Jahre 0,24 %	80+ Jahre 53,73 %

Erklärung:

U07.2 = COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

U07.3 = (falsch codiert?)

U08.9 = COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

⇒ 11.988 Todesfälle, die als COVID-Fälle abgerechnet wurden, jedoch keinen laborbestätigten PCR hatten.

3. Zum Vergleich: Omikron-COVID versus Influenza

Herr Wichmann wurde gefragt, als wie gefährlich er COVID-19 unter der Herrschaft der Omikron-Variante von SARS CoV-2 im Vergleich zur saisonalen Grippe (Influenza) einschätzt. Er antwortete, der Vergleich hinke, Man müsse auf die Altersgruppe achten. Gerade bei Corona gebe es Aspekte, die wir noch nicht komplett verstünden, z.B. Long COVID bei Kindern. Auch gesunde Menschen könnten schwer erkranken. Man wisse aber noch nicht, wie häufig das vorkomme. Die Nachfrage des erkennenden Senats, welche Risikofaktoren man in der Altersgruppe der 18-59jährigen feststellen könne, beantwortete Herr Wichmann wie folgt: Diese Risikofaktoren unterschieden sich nicht von denen in der ersten Phase der Corona-Krise. Lediglich die Wahrscheinlichkeiten könnten sich verändert haben. Aktuelle Zahlen habe er nicht; das könne man sich nicht alles merken.

Diese Aussage aus dem Munde eines Experten, der daran mitwirkt, die STIKO-Empfehlungen vorzubereiten, ist bemerkenswert: Offenbar macht man sich bei RKI und STIKO noch nicht einmal ein konsistentes Bild vom Ausmaß der Bedrohung durch SARS CoV-2, bevor man eine Impfung empfiehlt. Daher hier rein paar Zahlen und Fakten:

- Aufschluss gibt zunächst die jüngst erschienene Studie Lewnard et al, Clinical outcomes associated with SARS-CoV-2 Omicron (B.1.1.529) variant and BA.1/BA.1.1 or BA.2 subvariant infection in southern California, <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01887-z> (2021). Darin wird beschrieben, dass das Risiko, an SARS CoV-2 zu erkranken, unter Omikron deutlich geringer ist als unter Delta – und dass gerade jene, die sich nicht haben impfen lassen, am meisten von dieser Risiko-Reduktion profitieren.
- Lesenswert ist hierzu die Analyse bei Thomas Oysmüller vom 14.6.2022 <https://tkp.at/2022/06/14/eindeutige-bestaetigung-omikron-erheblich-milder-als-grippe/>. Er interpretiert die Studie dahin, dass die Fallsterblichkeit (nicht zu verwechseln mit der Infektionssterblichkeit!) unter Omikron nur noch bei 0,007% einzuordnen ist – was weit unter der Fallsterblichkeit einer normalen Grippe liegt.
- Einer Excel-Tabelle, die beim RKI abrufbar ist, lässt sich entnehmen, dass die COVID-19-Fallsterblichkeit in Deutschland nur noch bei 0,02% liegt (siehe den

Reiter „Klinische Aspekte“; die Tabelle ist abrufbar unter https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=08F14779B901290C172E10D4BEDD1143.internet111?nn=2725444&input=2725444>s=2725442_list%253DdateOfIssue_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=altersmedian+to+desf%C3%A4lle+covid-19&pageLocale=de, Stand 23.6.2022); das ist deutlich weniger als bei einer leichten (!) Influenza-Welle.

- Klaus Cichutek, Präsident des PEI, wies daher jüngst den Vorschlag des BioNTech-Chefs Ugur Sahin zurück, bei der Zulassung neuer COVID-Impfstoffe auf klinische Studien am Menschen zu verzichten: Dazu könne man in einer Notlage übergehen; diese aber liege gegenwärtig nicht vor (WELT vom 25.6.2022, <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus239550429/Neuer-Impfstoff-PEI-Chef-lehnt-Biontech-Vorstoss-ab.html>).

Fazit: Wenn SARS CoV-2 überhaupt jemals eine signifikante Bedrohung der Menschheit repräsentierte, so ist dies jedenfalls unter der Herrschaft der Omikron-Variante endgültig nicht mehr der Fall! Immerhin räumte Herr Wichmann ein, dass die aktuell auf dem Vormarsch befindliche Omikron-Subvariante BA.5 nicht mehr schwere Erkrankungen verursacht als die Subvarianten BA.1 und BA.2. Es wird immer unbegreiflicher, warum gegen einen solchen Erreger überhaupt noch eine Impfung empfohlen wird.

An dieser Stelle sei noch einmal auf die Untersuchungen bzgl. der vulnerablen Gruppen im Rahmen der sog. „Gangelt-Studie“ verwiesen, wo bereits unter den ersten SARS CoV-2-Varianten festgestellt werden konnte, dass die tatsächliche vulnerable Gruppe die Multimorbiden sind, allen voran Menschen mit Adipositas, Diabetes und Angststörungen (Dreher et al., Charakteristik von 50 hospitalisierten COVID-19-Patienten mit und ohne ARDS, DOI: [10.3238/arztebl.2020.0271](https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0271); <https://www.aerzteblatt.de/archiv/213454/Charakteristik-von-50-hospitalisierten-COVID-19-Patienten-mit-und-ohne-ARDS>). Dies wurde auch seitens ausländischer Behörden, beispielhaft des US-amerikanischen Center for Disease Control – CDC (https://www.cdc.gov/pcd/issues/2021/21_0123.htm) bestätigt, das hierfür ca. 5 Millionen Corona-Krankenhausfälle in den USA auswertete. Dass diese vulnerable Gruppe gerade in der Bundeswehr dient, ist nicht anzunehmen. Für die Soldaten der

Bundeswehr liegt der Gedanke an eine Impfung gegen SARS CoV-2 vielmehr noch weniger nahe als für die allgemeine Bevölkerung.

II. Wie wirksam ist die Impfung?

In der mündlichen Verhandlung vom 7.6.2022 war am Vormittag das Beweisthema Wirksamkeit der COVID-Impfstoffe aufgerufen. Der hierzu befragte Experte vom RKI, Herr PD Dr. Ole Wichmann, hat die Wirksamkeit der Impfstoffe nicht belegen können.

1. Grundfragen

Das Wirkprinzip bei herkömmlichen Impfstoffen war immer so gestaltet gewesen, dass das Pathogen, also der Krankheitserreger, dem menschlichen Immunsystem in abgeschwächter (attenuierter) oder abgetöteter Form präsentiert wird, und zwar mit seinem gesamten Genom. Die Konfrontation mit dem so aufbereiteten Erreger soll das menschliche Immungedächtnis so konfigurieren, dass der menschliche Körper auf die Begegnung mit dem wirklichen Erreger bereits vorbereitet ist und ihn folgenlos, idealerweise sogar ohne zu erkranken, abwehren kann.

Bei den COVID-Injektionen verhält es sich indes gänzlich anders. Der menschliche Körper wird durch deren Wirkstoffe und Wirkmechanismen in die Lage versetzt, das Pathogen, nämlich das Spike-Protein, selbst zu bilden – *ohne* dass es dabei abgeschwächt würde. Der menschliche Körper wird also sofort mit dem „scharf gestellten“ Pathogen konfrontiert. Und wir wissen, dass gerade das Spike-Protein für die schweren COVID-Verläufe verantwortlich ist (siehe meinen Schriftsatz vom 14.4.2022, Seite 3 f. mit weiteren Nachweisen). Die übrigen Teile (sog. Epitope) des Virus-Genoms werden dem menschlichen Immunsystem gar nicht erst präsentiert und können daher auch vom menschlichen Immungedächtnis nicht gespeichert werden.

Vor diesem Hintergrund muss von jemandem, der die Wirksamkeit der COVID-Impfungen behauptet, ein Höchstmaß an Evidenz verlangt werden. Denn eine *theoretische* Antwort auf die Frage, wie eine Impfung wirken soll, die nicht an Mutationen angepasst wird, bei der das Pathogen nicht abgeschwächt wird und bei dem nicht alle Epitope des Pathogens in das menschliche Immungedächtnis einfließen können, hat bislang niemand geben können.

2. Zur Vernehmung von Herrn PD Dr. Ole Wichmann

Das zu fordernde Höchstmaß an Evidenz kann daher allenfalls noch durch überzeugende Daten aus der Lebenswirklichkeit geschöpft werden. Diese aber hat Herr Wichmann bei seiner Vernehmung nicht liefern können – und mehr noch: Er hat für die Wirksamkeit der COVID-Injektionen *überhaupt keine* Evidenz liefern können.

a) Keine Angaben zur Impfeffektivität in den Wochenberichten nach dem 28.4.2022

Auf die treffende Frage des erkennenden Senats, warum das RKI in den Wochenberichten seit dem 5.5.2022 keine Angaben mehr zur Impfeffektivität veröffentlicht, wusste Herr Wichmann nicht schlüssig zu antworten. Die Einlassung, man habe den Bericht entschlacken wollen, ist in keiner Weise plausibel. Die Kürzung von Texten kann immer ein lohnendes Anliegen sein – aber doch bitte nicht auf Kosten der inhaltlichen Substanz in einer für die Allgemeinheit so eminent wichtigen Frage wie der Impfeffektivität! Die weitere Antwort von Herrn Wichmann, es habe zu eben dieser Impfeffektivität viele „Missverständnisse“ gegeben, ist noch weniger plausibel: Der Wochenbericht vom 28.4.2022 wies eine Impfeffektivität von *Null* aus. Bei dieser ernüchternden Einsicht gab es keinen Raum für Missverständnisse!

Schließlich verwies Herr Wichmann noch auf Fehler nach Umstellung der Melde-Software; dem gehe das RKI gerade nach. Je nach Meldesoftware gebe es Unterschiede in den Angaben. Nachprüfen lässt sich das alles nicht. Mich erinnert diese Aussage eher an allfällige Zugdurchsagen: „Wegen einer Störung im Betriebsablauf hat unser Zug aktuell eine Verspätung von 15 Minuten“. Der Zug ist verspätet, weil er verspätet ist.

Eine plausible, zugleich aber ernüchternde Erklärung gab Herr Wichmann auf Nachfrage des erkennenden Senats dann aber doch: Dass die Impfeffektivität sinke, so führte er aus, hänge damit zusammen, dass die Impfkampagne stocke. Die meisten Auffrischungsimpfungen seien Ende 2021/Anfang 2022 verabreicht worden. Der Schutz durch die Impfung nehme 3-5 Monate nach Impfung deutlich ab. Dies ist jedoch ein deutliches Eingeständnis, dass die Impfung in Wirklichkeit nicht wirkt: Was habe ich denn von einem „Impfstoff“ zu halten, der im Abstand von nicht einmal

einem halben Jahr neu gespritzt werden muss, damit überhaupt ein Schutz gewährleistet wird?

Und spricht dies nicht für die bereits in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022, Seite 20 ff. vertretene These, dass die COVID-Injektionen das menschliche Immunsystem nach und nach zerstören? Ich konfrontierte Herrn Wichmann mit der Studie Seneff et al., Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs, <https://doi.org/10.1016/j.fct.2022.113008>. Diese Studie sei ihm so Herr Wichmann, bekannt; es gebe aber keine Hinweise darauf, dass die Wirkung nach der 4. Impfung schlechter sei als nach der 3. Impfung. O doch, diese Hinweise gibt es! Ich verweise auf die israelische Studie Regev-Yochay et al., Efficacy of a Fourth Dose of Covid-19 mRNA Vaccine against Omicron, DOI: 10.1056/NEJMc2202542, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2202542>, die sich auf die Wirksamkeit der vierten Impfung bei jungen Mitarbeitern im Gesundheitswesen bezieht und in die Schlussfolgerung mündet:

Thus, a fourth vaccination of healthy young health care workers may have only marginal benefits.

Der Prozessbevollmächtigte Tobias Ulbrich hat in seinem Schriftsatz bereits auf eine weitere Studie hingewiesen, die massive Störungen der menschlichen Immunabwehr durch die COVID-Injektionen belegt: Liu et al., Comprehensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines, <https://doi.org/10.1038/s41421-021-00329-3>. Studien wie jene von Liu et al. und Seneff et al. beweisen nur eines: Die COVID-Injektionen wurden völlig unzureichend erforscht und ebenso unzureichend geprüft, bevor sie in der EU als Impfstoffe zugelassen wurden. Es wäre eigentlich Aufgabe der Hersteller gewesen, Studien dieser Art durchzuführen. Indes ist das Gegenteil der Fall: Im Zulassungsverfahren ließ man es den Herstellern sogar durchgehen, dass keine präklinischen Sicherheitsstudien an den beiden Pflichttieren (alter männlicher Goldhamster vor der Anwendung am Menschen sowie trächtiges Kaninchen vor der Anwendung an Schwangeren) vorgelegt wurden.

Nun mag man sich mit dem erkennenden Senat auf den Standpunkt stellen, dass die Rechtmäßigkeit der Zulassungsentscheidung im hiesigen Verfahren nicht zu prüfen

ist: Gegenstand des Zulassungsverfahrens war die Frage, ob die COVID-Injektionen als Impfstoffe auf den Markt gebracht werden *dürfen*; Gegenstand des hiesigen Verfahrens ist, ob sie von den Soldaten geduldet werden *müssen*. Wer aber eine Impfung für verpflichtend erklärt, für die dem Hersteller nachgelassen wurde, von bestimmten Untersuchungen und Prüfungen abzusehen, muss diese Untersuchungen selbst durchführen. § 17a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SG bietet keine Rechtsgrundlage, um an den Soldaten ein Impfexperiment auszurollen.

Der SARS CoV-2-Wochenbericht des RKI vom 2.6.2022 enthält allerdings eine andere interessante Information, nämlich bezüglich der Belegung auf den Intensivstationen

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-06-02.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-06-02.pdf?blob=publicationFile)):

„Für den Zeitraum vom 02.05.2022 bis 29.05.2022 (KW 18 - KW 21/2022) wurde der Impfstatus von 1.813 COVID-19-Aufnahmen gemeldet, das entspricht etwa 66,7 % der für diesen Zeitraum übermittelten Fälle (2.720). 15,8 % (286 Fälle) aller COVID-19-Neuaufnahmen mit bekanntem Impfstatus waren ungeimpft. Rund 7,7 % (139 Fälle) wiesen einen unvollständigen Immunschutz auf (Genesen ohne Impfung oder Teil-Immunsisierung). 76,6 % (1.388 Fälle) hatten einen vollständigen Impfschutz (Grundimmunsisierung oder Booster), der Anteil mit Boosterimpfung lag dabei bei ca. 51,6 % (936 Fälle).“

Ohne Impfung sind also 15,8% der intensivmedizinisch betreuten COVID-19-Fälle. Dies vergleichen wir nun mit den Angaben zur Impfquote:

„Die Impfquote ist nun seit mehreren Wochen fast unverändert: Es waren zum 31.05.2022 insgesamt 78 % der Bevölkerung mindestens einmal und 76 % vollständig geimpft; 60 % der Bevölkerung erhielten eine erste Auffrischimpfung und 6 % eine zweite Auffrischungsimpfung.“

22% der deutschen Bevölkerung ist insgesamt ohne Impfung, aber nur 15.8% der COVID-Fälle auf den Intensivstationen. Von dieser Zahl müsste man der Ehrlichkeit halber sogar noch diejenigen abziehen, die per definitionem in den ersten 14 Tagen nach der COVID-Impfung noch den Status „ungeimpft“ erhalten. Aber wie dem auch sei: Diese Zahlen deuten klar darauf hin, dass die COVID-Injektionen einen schweren Verlauf nicht etwa verhindern, sondern im Gegenteil befeuern.

b) Mehr Impfungen – höhere Inzidenz

Die frühere Prozessbevollmächtigte Beate Bahner hatte der Beschwerdegegnerin das Eingeständnis abgerungen, dass seit dem Impfstart bei der Bundeswehr die dortige Inzidenz massiv angestiegen ist – nachdem Oberstarzt Dr. Konrad Steinestel in der mündlichen Verhandlung vom 2.5.2022 noch behauptet hatte, dass im Vergleich zu jener Zeit, da noch kein Soldat geimpft gewesen sei, die Inzidenz um 50% gesunken sei. Ich nehme hiermit Bezug auf Schriftsatz von Beate Bahner vom 3.6.2022, in dem sie die von der Beschwerdegegnerin vorgelegten Inzidenzzahlen treffend kommentiert hat:

„Erstaunlich jedoch hier die Erhöhung seit November 2021 bis Januar 2022 auf monatlich durchschnittlich 786 infizierte Soldaten und sodann eine Explosion der Infizierten ab Februar bis April 2022 auf 3.434 infizierte Soldaten monatlich!

Auch hier sehen wir eine Vervielfachung der Infizierten-Zahlen um das 27-fache, dies ist eine Erhöhung um 2.700 Prozent!

Und dies trotz oder wegen der „Schutzimpfung“ gegen Corona?

Die Schutzimpfung möge vom RKI bitte anhand dieser Zahlen begründet werden.“

Ich nehme Bezug auf die von Beate Bahner – anknüpfend an den Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 3.6.2022 – erstellte Tabelle, die ich der Einfachheit halber noch einmal hier abbilde:

5.5 Übersicht der Infektionen bei 200.000 Soldaten

Zahlen gemäß Schriftsatz Bundeswehr v. 22.5.2022

Seite 6, Punkt 3: Entwicklung 7-Tage-Inzidenz Bundeswehr

April 2020 - April 2022 (insgesamt 25 Monate)

Monate	Jahr Monat	Mittelwert	Multipliziert mit 2 (Hochrechnung auf ca. 200.000 Soldaten)	Mittelwert
1	Apr 20	29	57	126
2	Mai 20	6	12	
3	Jun 20	1	2	
4	Jul 20	4	8	
5	Aug 20	11	22	
6	Sep 20	18	36	
7	Okt 20	57	113	
8	Nov 20	117	235	
9	Dez 20	145	290	
10	Jan 21	141	282	
11	Feb 21	85	170	
12	März 21	131	261	
13	Apr 21	172	345	
14	Mai 21	114	228	
15	Jun 21	20	39	
16	Jul 21	12	23	
17	Aug 21	25	51	
18	Sep 21	49	97	
19	Okt 21	63	126	
April 2020 - Okt. 2021 19 Monate		1.199	2.397	
20	Nov 21	256	511	786
21	Dez 21	302	603	
22	Jan 22	621	1242	
Nov. 21 - Jan. 22 3 Monate		1.178	2.357	
23	Feb 22	1.587	3173	3434
24	März 22	1.961	3922	
25	Apr 22	1.604	3209	
Febr. 22 - April 22 3 Monate		5.152	10.303	

Diese erschreckenden Zahlen mussten kritische Nachfragen an Herrn Wichmann provozieren: Wie kann es bei einer zu 94% durchgeimpften Truppe sein, dass die Inzidenz so stark ansteigt? Und wie stehen die Zahlen der Bundeswehr im Vergleich mit der Inzidenz in der Gesamtbevölkerung unter den 18- bis 59-jährigen? Herr Wichmann konnte darauf nur ausweichende Antworten präsentieren: Das Infektionsgeschehen werde „multifaktoriell“ beeinflusst, ebenso dessen Wahrnehmung. So könne es sein, dass bei der Bundeswehr genauer hingeguckt werde als in der allgemeinen Bevölkerung. Es gebe jedenfalls keinen Grund zur Annahme, dass Impfung in der Bundeswehr schlechter wirke als im Rest der Bevölkerung. Man könne die Zahlen aus 2020 auch nicht mit den heutigen vergleichen, insbesondere nicht die Inzidenzwerte. Das Virus verändere sich, das Verhalten der Bevölkerung ändere sich. 2020 habe es viel mehr Todesfälle gegeben, 2022 dagegen eine riesige Omikron-Welle mit kaum noch Todesfällen.

Mit dem zuletzt zitierten Satz bestätigt Herr Wichmann vor allem eines: Die Impfung ist nicht notwendig, weil die Schwere der Verläufe sich dramatisch zurückentwickelt hat! Diese Würdigung ist jedenfalls dann geboten, wenn man die von Herrn Wichmann gesetzte Prämisse akzeptiert, dass das Virus 2020 tatsächlich so viele Todesfälle verursacht hat wie von ihm behauptet, wenn man also andere Todesursachen ausblendet (z. B. falsche Medikation? Verfrühte invasive Beatmung? Verfrühte Festlegung auf SARS CoV-2 als maßgeblichen Erreger, obwohl ein PCR-Test auch auf andere Erreger positiv anschlägt?). Die Frage, ob die Impfung in der Bundeswehr schlechter wirkt als in der Gesamtbevölkerung, trifft im Übrigen nicht den Kern des Problems. Die Frage lautet vielmehr, ob die Impfung *überhaupt* wirkt und ob ihre Wirkung vielleicht sogar *negativ* ist.

Herr Wichmann meinte in diesem Zusammenhang, man wisse nicht, ob die COVID-Impfungen nicht eine noch höhere Inzidenz verhindert hätten. Die Daten des RKI deuten jedoch auf eine klare Korrelation hin: Je höher die Impfquote, desto höher die 7-Tages-Inzidenz (siehe Peter F. Mayer vom 4.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/04/rki-daten-zeigen-je-mehr-geimpft-desto-hoehere-die-inzidenz/>)! Vergleichbares ergibt sich auch aus einer Aufstellung, die ich als Anlage BF-MS 67 beifüge. Nun mag man mir entgegenhalten, dass ich den PCR-Testergebnissen, aus denen der Inzidenzwert gespeist wird, in meinem bisherigen Vortrag keinerlei Aussagekraft beigelegt habe. Aber selbst dann ließe sich daraus kein Argument zugunsten der Beschwerdegegnerin herleiten. Denn entweder der Inzidenzwert sagt etwas zum Infektionsgeschehen aus – dann korreliert er positiv mit der Impfquote mit der Folge, dass eine negative Impfeffektivität indiziert ist. Oder er sagt nichts zum Infektionsgeschehen aus – dann muss die gesamte Pandemie-Erzählung auf den Prüfstand, derentwegen die Impfkampagne überhaupt erst ausgerollt wurde.

Aber es kommt noch schlimmer: Wie eine Analyse aus jüngster Zeit ergeben hat, gibt es eine in hohem Maße auffällige positive Korrelation zwischen der Impfquote und der Gesamtsterblichkeit und eine immerhin schwach positive Korrelation zwischen der Impfquote und der COVID-19.-Sterblichkeit (<https://corona-blog.net/2022/06/18/gesamtsterbefallzahl-korreliert-hochsignifikant-positiv-mit-impfquote-beim-vergleich-aller-deutscher-bundeslaender/>). Ersteres deutet auf eine massive Anzahl von potentiellen Todesfällen infolge der Impfung, Letzteres auf eine (im günstigsten Falle) völlige Nutzlosigkeit der Impfung bei der Bekämpfung von

SARS CoV-2. Man kann dann insbesondere nicht mehr behaupten, die COVID-Injektionen verhinderten schwere COVID-19-Verläufe. Jedenfalls aber sprechen die Zahlen klar *gegen* den Rechtfertigungsversuch von Herrn Wichmann. Es lässt sich *nicht* belegen, dass die Impfungen eine noch höhere Inzidenz verhindert haben. Vielmehr befeuern sie offensichtlich diese Inzidenz.

c) Ausschluss von „an“-geimpften Personen aus der Statistik

Herr Wichmann wurde mit der Frage konfrontiert, warum COVID-Patienten bei der Bemessung der Impfeffektivität zwischen der ersten und 14 Tage nach der zweiten Injektion als ungeimpfte COVID-Patienten gezählt und nicht in einer eigenen Kategorie erfasst werden. Die Frage liegt mehr als nahe: Denn gerade in diesem Zeitraum wird das Immunsystem durch die COVID-Injektionen besonders belastet. Herr Wichmann antwortete nur, dass eine solche Erfassung die Datenlage verfälschen würde, ohne dies aber näher zu erläutern. In Wirklichkeit würde eine separate Erfassung von Personen, die zwar mit der Impfung begonnen, diese aber noch nicht abgeschlossen haben, aufschlussreiche Erkenntnisse zutage fördern – mit großer Wahrscheinlichkeit aber solche, die dem RKI nicht gefallen würden, weil sie ein schlechtes Licht auf die Impfkampagne werfen würden.

d) Haushaltsstudien

Das RKI berichtet auf seiner Internetseite unter der Rubrik „Wie wirksam sind die COVID-19-Impfstoffe?“ ([RKI - Impfen - COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen \(FAQ\)](#)) Folgendes:

*„Über die **Transmission unter Omikron** gibt es bisher keine ausreichenden Daten; sie scheint bei Geimpften weiterhin reduziert zu sein, wobei das Ausmaß der Reduktion nicht vollständig geklärt ist. Haushaltsstudien aus [Norwegen](#) und [Dänemark](#) zeigen, dass eine Impfung auch unter vorherrschender Zirkulation der Omikron-Variante die Übertragbarkeit um ca. 6-21% nach Grundimmunisierung und nach Auffrischimpfung um weitere 5-20% reduziert.“*

Bei den Studien handelt es sich um die folgenden Quellen:

Norwegen: Jalali et al., Increased household transmission and immune escape of the SARS-CoV-2 Omicron variant compared to the Delta variant: evidence from Norwegian contact tracing and vaccination data, <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22270044>.

Dänemark: Lyngse et al., Transmission of SARS-CoV-2 Omicron VOC subvariants BA.1 and BA.2: Evidence from Danish Households, <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22270044>.

Beide Studien sind der Öffentlichkeit als Vorab-Versionen (sog. Preprints) zur Verfügung gestellt worden, haben also noch keine Peer Review durchlaufen. Dies muss für sich gesehen nicht dagegen sprechen, die Ergebnisse dieser Studien bereits jetzt heranzuziehen. Ich hebe diesen Punkt an dieser Stelle nur deshalb hervor, weil der erkennende Senat die von uns beantragte Vernehmung von Prof. Dr. Harald Matthes u.a. mit der Begründung abgelehnt habe, etwaige Forschungsergebnisse könnten nur in das hiesige Verfahren Eingang finden, wenn sie veröffentlicht und extern begutachtet worden seien.

Die Ausführungen von Herrn Wichmann, die Impfung biete auch nach längerer Zeit noch 36% Schutz gegen die Übertragung des Erregers, passt nicht zu den soeben zitierten Angaben auf der RKI-Seite. Gerade die dänische Studie weist indes auch methodische Schwächen auf, die es näher zu betrachten lohnt:

- Die von den Autoren als „Studie“ bezeichnete Untersuchung ist keine Studie, sondern eine retrospektive Analyse positiver PCR- und Antigen-Tests von Personen, die anhand ihrer persönlichen Identifikationsnummer Haushalten zugeordnet wurden und deren Impf- und Teststatus sich aus der persönlichen Identifikationsnummer ergibt.
- Mit dieser Untersuchung wollten sie die Übertragung innerhalb der Haushalte mit positiv Getesteten feststellen. Dafür wählten sie als Analysezeitraum der Zeitraum von Weihnachten bis über Neujahr gewählt. Die Autoren räumen selbst ein, dass dies ein Schwachpunkt der Studie ist, da in diesem Zeitraum trotz entsprechender Empfehlungen der Regierung davon auszugehen sei, dass auch intensiver Kontakt außerhalb des Haushalts stattgefunden hat. Der Zeitraum alleine war daher schon in keiner Weise geeignet, eine Übertragung von Omicron innerhalb eines Haushalts zu analysieren.

209 Some limitations apply to this study. The study period runs over Christmas 2021 and New
 210 Year's Eve 2021/22, which are public holidays in Denmark. Despite government advice to
 211 limit social activity, it is likely that there has been considerable social mixing with family
 212 and friends outside the households during this period. Social mixing over the holidays
 213 in conjunction with the high incidence levels in Denmark during this period likely means
 214 that some secondary cases in this study are actually misclassified co-primary cases, i.e.
 215 infections picked up outside the household and testing positive after each other. However,
 216 this potential bias would be applicable to both subvariants. Moreover, our estimates were
 217 robust when only including primary cases from 5-11 January 2022 (appendix Table 12,
 218 model II) and when only including secondary cases found on day 2-7 or 3-7 (appendix
 219 Table 13, model VII and VIII).

- Die Analyse berücksichtigt unterschiedliches subjektives Testverhalten der Menschen nicht. Es wurde lediglich der erste positive Test in einem Haushalt aus Ausgangspunkt gewählt und dann wurde geschaut, ob weitere positive Tests für diesen Haushalt verzeichnet würden. Die Lebensweise der Menschen wurde in keiner Weise berücksichtigt.

72 A primary case was defined as the first individual in a household testing positive with
 73 an RT-PCR test within the study period and being identified with the Omicron VOC
 74 BA.1 or BA.2 by WGS. We followed all tests of other household members in the follow-
 75 up period. A positive secondary case was defined by either a positive RT-PCR test or
 76 a positive antigen test (Jakobsen et al., 2021). Households were categorized as BA.1 or
 77 BA.2 households depending on the WGS result of the sample from the primary case.

- Einfach Geimpfte werden ebenfalls als Ungeimpfte klassifiziert. Das verzerrt das Bild gewaltig! Es fällt auf, dass Herr Wichmann gerade *hier*, wo es angebracht gewesen wäre, *nicht* den Vorwurf der Datenverfälschung erhebt.

90 The vaccination status of all individuals was classified into three groups following Lyngse
 91 et al. (2021b): i) unvaccinated (including partially vaccinated individuals); ii) fully vac-
 92 cinated (defined by the vaccine used, Comirnaty (Pfizer/BioNTech): 7 days after second
 93 dose; Vaxzevria (AstraZeneca): 15 days after second dose; Spikevax (Moderna): 14 days
 94 after second dose; Janssen (Johnson & Johnson): 14 days after vaccination, and 14 days
 95 after the second dose for cross vaccinated individuals) or 14 days after previous infection;
 96 or iii) booster-vaccinated, defined by 7 days after the booster vaccination, (Pfizer, 2021;
 97 Bomze et al., 2021). By 22 December 2021, of all vaccinated individuals in Denmark, 85%
 98 were vaccinated with Comirnaty, 14% with Spikevax, 1% with Janssen, and approximately
 99 0% with AstraZeneca (SSI, 2021).

- Die Analyse ist daher alles andere als aussagekräftig im Hinblick auf eine Aussage zur Übertragbarkeit von Omicron durch Ungeimpfte, Geimpfte und Geboosterte. Hinzu kommt die fehlende Geeignetheit eines PCR-Tests, eine Infektion nachzuweisen. Es handelt sich um eine retrospektive Auswertung von Daten, von denen man nicht weiß, wie sie entstanden sind.

Aber noch einmal zurück zu den Angaben auf der Internetseite des RKI: Wenn die Impfeffektivität auf ca. 20% abgesackt ist, stellt sich mit allem Nachdruck die Frage, ob ein Impfstoff mit einer so niedrigen Effektivität überhaupt jemals die Chance hätte, neu zugelassen zu werden. Verneint man diese Frage, erledigt sich auch die Frage nach einer Duldungspflicht. Selbst wenn man annehmen will, dass die COVID-Injektionen gegenwärtig auf rechtmäßige Art und Weise zur Bekämpfung der Omikron-Variante eingesetzt werden, so kann man doch gleichwohl die Duldung dieser Injektionen angesichts ihrer schwachen Wirkung nicht für verpflichtend erklären.

e) Daten aus England, Portugal und Israel

Herr Wichmann bezog sich bei seiner Vernehmung auch auf Daten aus England, um seine Behauptung zu untermauern, die COVID-Injektionen reduzierten die Übertragung von SARS CoV-2. Die Reduktion betrage bei Betrachtung der dortigen Gesamtbevölkerung in zeitlicher Nähe zur vorangegangenen Impfung 94%, später 88%. Unter den 18-64jährigen seien es zunächst 97%, später 76%.

Woher Herr Wichmann diese Daten nimmt, bleibt dunkel. Waldo Holz analysierte auf dem Blog tkp.at vom 24.3.2022 die Daten des britischen Gesundheitsministeriums für die Zeit vom 14.2.2022 bis 13.3.2022 (<https://tkp.at/2022/03/24/uk-desaster-92-prozent-der-covid-toten-geimpft/>). Die Tabellen aus dem britischen COVID-19 Surveillance Report für die 11. Kalenderwoche sind in dieser Analyse zutreffend wiedergegeben (siehe https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1061532/Vaccine_surveillance_report_-_week_11.pdf, S. 43) Das vernichtende Ergebnis dieser Analyse lautet: Von 1.584 COVID-19-Toten waren 1.230 dreifach und 220 doppelt geimpft. 1.450 von $1.584 = 91,5\%$ der Verstorbenen hatten also das, was nach damaliger (deutscher) Nomenklatur eine vollständige

Immunisierung genannt wurde. Ein Erfolg der Impfkampagne sieht definitiv anders aus.

Das gleiche Bild zeigt sich in Israel (siehe Peter F. Mayer vom 19.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/19/daten-aus-israel-zeigen-wirkungslosigkeit-der-mrna-impfstoffe/>): Die mit Abstand meisten COVID-19-Fälle gehen auf das Konto jener Gruppe, die in der Graphik des israelischen Gesundheitsministeriums in der Rubrik *vaccinated without validity* gelistet sind – jener Personen also, die sich ursprünglich die COVID-Injektionen haben verabreichen lassen, sich dann aber geweigert haben, sich auf das von der israelischen Regierung angestrebte Impf-Abonnement einzulassen.

Auch in Portugal, das als Impf-Europameister gilt, hat eine hohe Impfquote hohe Fallzahlen nicht verhindern können (Peter F. Mayer vom 23.5.2022, <https://tkp.at/2022/05/23/portugal-mit-weltweit-hoechster-impfquote-und-permanent-hohen-fallzahlen/>). Herr Wichmann versuchte bei seiner Vernehmung die Entwicklung in Portugal zu relativieren: Es handle sich nicht um schwere Fälle, sondern um milde Verläufe, und der gegenwärtige Anstieg der Fälle lasse sich möglicherweise mit dem Wegfall der Maskenpflicht erklären. Letzteres ist indes spekulativ, da für eine solche Erklärung zuerst einmal der Beweis geführt werden müsste, dass Masken der Übertragung von SARS CoV-2 entgegenwirken können. Vor allem aber zeigt die Graphik in dem soeben zitierten Artikel von Peter F. Mayer, dass trotz (oder gerade wegen??) der hohen Impfquote noch viel größere Fallzahlen zum Jahreswechsel 2021/2022 verzeichnet werden konnten.

f) Studien versus Surveillance-Daten

Eine bemerkenswerte Aussage machte Herr Wichmann, als es um die Frage ging, wie die Daten zur Impfeffektivität zustande kommen. Herr Wichmann verwahrte sich gegen Mutmaßungen, das RKI manipulierte die Daten. Die Bewertung der Impfeffektivität beruhe auf einer Gesamtschau von hunderten Studien, die tausende Wissenschaftler durchführten. Die Daten, die diesen Studien zugrunde lägen, seien aussagekräftiger als die eigenen Surveillance-Daten. Denn das RKI gehe nicht jedem einzelnen Fall nach, sondern erhebe die eigenen Daten nur passiv. Die Art und Weise der Surveillance-Datenerhebung obliege den lokalen Akteuren. Ich

verstehe das so, dass der Vorteil aus den Studiendaten darin bestehen soll, dass diese von den Forschern proaktiv erhoben werden.

Auf diese Aussage werde ich zurückkommen, wenn es um die Sicherheit der COVID-Impfstoffe geht. Denn das PEI gründet seinen Sicherheitsbericht auf passiv erhobene Surveillance-Daten! Wenn man darin bei der Impfeffektivität eine Schwäche erblickt, muss Gleiches für die Impfstoffsicherheit gelten.

Wenn man aber Studien den Vorzug gibt, wäre es hilfreich, wenn RKI und STIKO auch jene Forschungsarbeiten zur Kenntnis nehmen würden, die *gegen* die Annahme sprechen, dass die COVID-Injektionen Schutz vor einer COVID-19-Erkrankung bieten. Ich verweise hierzu auf eine Studie, die eine extrem große Kohorte beobachtet hat – die Bevölkerung in 68 Ländern und in 2.947 US-Landkreisen (Subramanian/Kumar, Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States, <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00808-7>). Das Ergebnis dieser Studie lautet schlicht: Wenn die Impfung überhaupt irgendeine Auswirkung auf das Infektionsgeschehen hat, dann allenfalls die, dass das dort, wo mehr geimpft wird, tendenziell auch ein eher (wenn auch schwach) erhöhtes Risiko besteht, an COVID-19 zu erkranken. Im Klartext: Die COVID-19-Impfung bringt *gar nichts!*

g) Klinische Zulassungsstudien

Zur Bewertung der Wirksamkeit werden nach den Angaben von Herrn Wichmann unter anderem die Zulassungsstudien herangezogen. Zu bezweifeln ist indes, dass das RKI und die STIKO auch kritische Analysen zu diesen Studien zur Kenntnis nehmen. In einem jüngeren Medienbericht wird aufgezeigt, dass ausweislich der Pfizer-Dokumente 800 Probanden die Studie nicht bis zum Ende durchliefen, und zwar teilweise deshalb, weil sie während der Studie starben (The Exposé vom 15.6.2022: <https://expose-news.com/2022/06/15/pfizer-documents-800-people-never-finished-trial/>). Offenbar wird bei den Behörden noch nicht einmal die Frage nach der Todesursache gestellt. Eine britische Expertengruppe hat anhand der Pfizer-Dokumente, deren Freigabe in den USA gerichtlich erzwungen wurde, ermittelt, dass die Behauptung in der Pfizer-Zulassungsstudie, in der Gruppe der Geimpften hätten sich nur 8 Probanden infiziert, nicht stimmen kann; eine wesentlich höhere Zahl der geimpften Probanden (nämlich 75) hatte nachweislich Antikörper

gegen SARS CoV-2 gebildet. Zudem wurden einige symptomatisch an COVID-19 erkrankte Probanden einfach herausgerechnet (siehe im Einzelnen den Bericht von Peter F. Mayer vom 20.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/20/auswertung-der-pfizer-zulassungsstudie-durch-hart-group-wirksamkeit-null/>).

3. Fazit

Herr Wichmann hat bei seiner Vernehmung die Wirksamkeit der COVID-Impfungen nicht belegen können. Seine Antworten auf kritische Fragen verharrten im Ungefähren und stehen teilweise im Widerspruch zu den tatsächlichen Gegebenheiten, ja sogar zu den Verlautbarungen auf der Internetseite des RKI.

III. Wie sicher ist die Impfung?

In keiner Weise überzeugen konnten ferner die Ausführungen von Herrn Dr. Dirk Mentzer (PEI) zur Sicherheit der COVID-Impfstoffe.

1. Die Verteilung des Wirkstoffs im menschlichen Körper

Ein ganz wichtiges Argument, um etwaige Bedenken wegen der Sicherheit der COVID-Injektionen zu zerstreuen, besteht in der Behauptung, dass der Wirkstoff der COVID-Injektionen an der Einstichstelle verbleibe. Diese These war schon immer sehr gewagt. Denn in den Assessment Reports ist zu lesen, dass es keinerlei Untersuchungen zur Pharmakokinetik der fertigen Substanzen gibt. Hier als Beispiel ein Auszug aus dem Comirnaty-Report:

2.3.2. Pharmacokinetics

The applicant has determined the pharmacokinetics of the two novel LNP excipients ALC-0315 (aminolipid) and ALC-0159 (PEG-lipid) in plasma and liver as well as their elimination and metabolism in rats. Furthermore, the Applicant has studied the biodistribution of the two novel lipids (in rats) and the biodistribution of a LNP-formulated surrogate luciferase RNA in mice (IV), as well as the biodistribution of a [³H]-Labelled Lipid Nanoparticle-mRNA Formulation in rats (IM).

No traditional pharmacokinetic or biodistribution studies have been performed with the vaccine candidate BNT162b2.

In study PF-07302048_06Jul20_072424, the applicant has used a qualified LC-MS/MS method to support quantitation of the two novel LNP excipients. The bioanalysis methods appear to be adequately characterized and validated for use in the GLP studies.

PK studies with the two novel LNP-exciipients ALC-0315 and ALC-0159:

Wistar Han rats were IV bolus injected with LNP formulated luciferase-encoding RNA at 1 mg/kg and ALC-0315 and ALC-0159 concentrations at 15,3 mg/kg and 1,96 mg/kg respectively. ALC-0315 and

Die Interpretation dieser Info lautet auf Deutsch: Wir wissen nicht, wie der Stoff vom Körper aufgenommen wird (Resorption). Wir wissen nicht, ob und, wenn ja, wie der Stoff im Körper verteilt wird (Distribution). Wir wissen nicht, wie der Stoff im Körper eingebaut / verstoffwechselt wird, und was genau er im Körper bewirkt (Metabolisierung). Wir wissen nicht, ob und, wenn ja, wie der Stoff aus dem Körper ausgeschieden wird (Exkretion).

Darüber hinaus ist diese Annahme von Herrn Mentzer mittlerweile zur Gänze widerlegt:

- Bereits in meinem Schriftsatz vom 3.6.2022, Seite 25, habe ich darauf aufmerksam gemacht, dass selbst nach den eigenen Dokumenten des Comirnaty-Herstellers Pfizer die Lipid-Nanopartikel, also die Trägersubstanz des Wirkstoffs, sich an zahlreichen Stellen im Körper verteilen.
- Mittlerweile ist ein Fallbericht veröffentlicht worden, der einen Patienten beschreibt, welcher an der COVID-Impfung verstorben ist (Mörz, A Case Report: Multifocal Necrotizing Encephalitis and Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccination against Covid-19, doi: 10.20944/preprints202206.0308.v1, <https://www.preprints.org/manuscript/202206.0308/v1>). In diesem Bericht wird beschrieben, dass die Spike-Proteine bei der Autopsie an vielen Stellen im Körper gefunden wurden, unter anderem im Gehirn und im Herzen (siehe zu diesem Fallbericht auch report24 vom 27.6.2022, https://report24.news/mann-starb-nach-booster-autopsie-spike-protein-in-gehirn-und-herz-nachgewiesen/?feed_id=18137). Die Impf-Spike-Proteine überwinden also die Blut-Hirn-Schranke!
- In einer weiteren Studie (Ogata et al., Circulating Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARSCoV-2) Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients, <https://doi.org/10.1093/cid/ciab465> wurde die Impf-mRNA des Moderna-Impfstoffs im Blut der damit geimpften Patienten gefunden.
- BioNTech-Chef Ugur Sahin äußerte sich dazu wie folgt: „Für den Covid-19-Kandidatimpfstoff haben wir Lipid-Nanopartikel gewählt, die eine Wanderung aus den Muskelzellen in Lymphknoten begünstigt. Dendritische (Antigen-präsentierende; Anm.) Zellen präsentieren dann das entstandene S-Protein dem Immunsystem“ (siehe Peter F. Mayer vom 7.6.2022,

<https://tkp.at/2021/06/07/schaedigung-der-zellen-durch-geplante-verteilung-der-mrna-impfstoffe-im-koerper/>).

2. Die Bedeutung verschärfter Pharmakovigilanz in den Gesetzesmaterialien

Wenn aber der Wirkstoff sich überall im Körper ansiedelt, muss restlos überzeugende Evidenz dafür geliefert werden, dass die Inhaltsstoffe – konkret insbesondere die Lipid-Nanopartikel und die Impf-mRNA – dort, wo sie hin gelangen, keinen Schaden anrichten. Von den Überwachungsbehörden müssen maximale Anstrengungen erwartet werden, möglichen adversen Impfkomplikationen akribisch auf den Grund zu gehen. Eben diese Forderung hat auch Eingang in die Gesetzgebungsmaterialien zum 3. Bevölkerungsschutzgesetz gefunden. In der Drucksache 19/14)245.1 des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag heißt es wörtlich:

„Angesichts einer beschleunigten Entwicklung und aktuell noch nicht umfassender Daten zur klinischen Wirksamkeit und zum Nebenwirkungsprofil der COVID-19-Impfstoffe sind besonders strenge Anforderungen an das Impfquoten-Monitoring und die Überwachung von Wirksamkeit und Sicherheit (Surveillance) bereits in Phase 1 der zentralen Verimpfung in Impfzentren und mittels mobiler Teams zu stellen.“

Diese Forderung hat zu einer wichtigen, auch für das hiesige Verfahren bedeutsamen Änderung des § 13 Abs. 5 IfSG geführt; davon wird noch zu handeln sein.

3. Risikosignale

Verschärfte Pharmakovigilanz bedeutet unter anderem, dass das PEI als Überwachungsbehörde Risikosignale wahrnimmt und auch aktiv nach solchen Signalen sucht.

a) Verlorene Lebensjahre?

Es ist bekannt, dass der Altersmedian der Patienten, die an COVID-19 versterben, sich mit leichten Schwankungen bei +/- 80 Jahren einpendelt (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1241071/umfrage/alter-bei->

[coronainfektionen-hospitalisierungen-und-todesfaellen-in-deutschland/](https://www.rki.de/epidemiologie/coronainfektionen-hospitalisierungen-und-todesfaellen-in-deutschland/), Stand 8.6.2022; siehe auch Excel-Tabelle des RKI, Reiter „Alter_Median_Mittelwert“, Stand 22.6.2022,

https://www.rki.de/SiteGlobals/Forms/Suche/serviceSucheForm.html;jsessionid=08F14779B901290C172E10D4BEDD1143.internet111?nn=2725444&input_=2725444>s=2725442_list%253DdateOfIssue_dt%252Bdesc&resourceId=2390936&submit.x=0&submit.y=0&searchEngineQueryString=altersmedian+todesf%C3%A4lle+covid-19&pageLocale=de) und damit ungefähr gleich hoch, wenn nicht sogar noch etwas

höher liegt wie der Altersmedian in der Gesamtbevölkerung (ein weiteres Indiz dafür, dass diese Krankheit nicht ansatzweise so gefährlich ist, wie verbreitet behauptet wird). Eine Überwachungsbehörde, die ihre Aufgabe ernst nimmt, würde nun proaktiv nach dem Altersmedian derjenigen Menschen fragen, die mit COVID-Impfung (und zwar nicht nur mit einer vollständigen!) sterben. Sollte sich da ein signifikant geringerer Altersmedian ergeben, wäre dies ein Grund, nach den Ursachen zu forschen. Verlorene Lebensjahre bei Geimpften wären ganz gewiss ein Risikosignal!

Konsequent wurde Herr Mentzer mit der Frage konfrontiert, ob dem PEI der Altersmedian der Patienten bekannt sei, die an bzw. mit der Impfung versterben. Seine Antwort: Diesen Altersmedian habe das PEI bisher nicht errechnet. Es drohe eine Verzerrung. Was genau wie verzerrt zu werden droht, erläuterte Herr Mentzer bedauerlicherweise nicht.

Die Untätigkeit des PEI an dieser Stelle ist zu bedauern. Denn eine Übersterblichkeit in jungen und mittleren Altersgruppen ist durchaus feststellbar. Dies erhellt, wenn man Medienberichte über den jüngsten Anstieg von Leistungen von Lebensversicherern auf den Todesfall studiert (siehe Peter F. Mayer vom 17.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/17/wieder-enorme-verluste-durch-vermehrte-todesfaelle-und-krankheit-bei-us-lebensversicherung/>) sowie den Bericht in The Center Square vom 1.1.2022, [Anlage BF-MS 68](#)).

b) Anstieg der Gesamtsterblichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit dem Anstieg der Zahl verabreichter Impfdosen

Prof. Dr. Christof Kuhbandner, der auch an den beiden Verhandlungstagen am 7./8.6.2022 zugegen war, hatte das PEI auf ein weiteres Risikosignal hingewiesen – nämlich auf einen Anstieg der Gesamtsterblichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit dem Anstieg der Zahl verabreichter Impfdosen (ich hatte das Dokument als Anlage BF-MS 60 zu meinem Schriftsatz vom 14.4.2022 mitgeschickt). Ich fragte Herrn Mentzer, ob ihm die Zuschrift von Christof Kuhbandner bekannt sei; das verneinte er. Diese Antwort stimmt mehr als bedenklich. Es genügt offenbar nicht, dass das PEI sich weigert, Risikosignale proaktiv zu ermitteln. Mehr noch: Es wird nicht einmal tätig, wenn es ein solches Signal auf dem Silbertablett serviert bekommt!

Von Herrn Dr. Mentzer hätte ich mir persönlich auch einen Hinweis erhofft, ob er sich darüber im Klaren ist, dass im Rahmen der GCP-Verordnung bzw. seit dem 31.01.2022 der VO EU 536/2004 (ABl. EU Nr. L 158 vom 27.5.2014, S. 1) im Rahmen einer klinischen Phase IV-Zulassungsstudie (in dieser Phase befinden wir uns aktuell) alle SUSARs (suspected unexpected severe adverse reactions) zu Lasten des Pharmaunternehmens und des Sponsors gehen, d.h. dass alle Verdachtsmeldungen einer tatsächlichen Nebenwirkung gleichzusetzen sind, bis das Gegenteil bewiesen ist. Das PEI kann sich nicht mit der Feststellung begnügen, die Kausalität der Impfung für die anschließende körperliche Beeinträchtigung sei nicht bewiesen. Es muss vielmehr jene Kausalität mit Sicherheit ausschließen können, bevor es den betreffenden Fall als für die Pharmakovigilanz irrelevant beiseitelegt. Hierzu hätte es sicherlich der Anordnung von Obduktionen bedurft.

Von Interesse ist in diesem Zusammenhang die – insoweit glaubhafte – Darstellung von Herrn Mentzer, dass 90% aller gemeldeten Verdachtsfälle nicht von Ärzten, sondern von den Betroffenen selbst bzw. von ihren Angehörigen gemeldet werden. Herr Wölfel versuchte dies in der mündlichen Verhandlung vom 7.6.2022 dahin zu deuten, dass die Ärzte aufgrund ihrer überlegenen fachlichen Einschätzung eben einen Verdachtsfall ausgeschlossen hätten und dass daher Meldungen von Nicht-Medizinern keine vergleichbare Bedeutung für die Überwachung der COVID-Impfstoffe zukomme. Diese Würdigung ist indes bereits im Ansatz verfehlt. Die

Zurückhaltung von Ärzten bei der Meldung von Impfnebenwirkungen lässt sich vielmehr damit erklären, dass das Eingeständnis, dass COVID-Injektionen könnten Schäden verursachen, gerade bei den Ärzten ein ganzes Weltbild ins Wanken brächte (siehe bereits meinen Schriftsatz vom 14.4.2022, Seite 24 ff.).

c) Observed-versus-Expected-Analyse

In keiner Weise überzeugen konnten die Angaben von Herrn Mentzer zur Bestimmung der sog. Standard Mortality Ratio anhand einer Observed-versus-Expected-Analyse. Der Prozessbevollmächtigte Wilfried Schmitz hat hierzu bereits ausführlich vorgetragen. Der entscheidende Fehler des PEI besteht darin, dass die Kohorte „observed“ nicht identisch ist mit der Kohorte „expected“: Wenn die *erwartete* Sterblichkeit auf die Gesamtbevölkerung und damit auf alle denkbaren Todesursachen bezogen wird, darf man nicht zugleich die *beobachtete* Sterblichkeit nur auf jene Personen beziehen, die im Zusammenhang mit der COVID-Impfung gestorben sind. Indem das PEI dennoch so verfährt, vergleicht es Äpfel mit Birnen.

In diesem Zusammenhang wurde Herr Mentzer mit der Frage konfrontiert, wie sich die Häufigkeit der Impfkomplicationen bei den COVID-Impfstoffen von jener bei anderen Impfstoffen unterscheidet. Herr Mentzer konnte die von uns hierzu präsentierten Zahlen nicht nachvollziehen, meinte aber ohnehin, ein solcher Vergleich stelle keine übliche Berechnung dar und könne auch kein Risikosignal vermitteln. Es ist bedauerlich, dass das PEI auch hier die Chance verpasst, möglichen Sicherheitsbedenken gegen die COVID-Injektionen auf den Grund zu gehen.

d) Wie viele Menschen müssen sterben?

Mit großem Erstaunen habe ich die Antwort von Herrn Mentzer auf die Frage zur Kenntnis genommen, wie viele Menschen denn seiner Auffassung nach sterben müssen, bis das PEI ein Risikosignal erkennt und ggf. die COVID-Injektionen als bedenkliches Arzneimittel im Sinne von § 5 Abs. 1 AMG einstuft. Dazu konnte Herr Mentzer keinen konkreten Schwellenwert benennen! Er meinte nur, der Tod im Zusammenhang mit der Impfung bedeute nicht zwingend den Tod durch die Impfung; die oben bereits angesprochene Beweislastumkehr zum Nachteil des Herstellers ist ihm dabei offensichtlich nicht bewusst. Das PEI recherchiere bei jedem Verdachtsfall

nach. Er, Herr Mentzer, recherchiere bei den Todesfällen von Kindern selbst. Bei Kindern habe es für den letzten Sicherheitsbericht keine neuen Erkenntnisse gegeben. Er wisse nicht, wie viele Kinder seit 31.12.2021 geimpft worden sind. Auf Nachfrage, wie wahrscheinlich es ist, dass *kein* weiteres Kind verstorben ist, antwortete Herr Mentzer, das könne er nicht sagen, es sei jedenfalls kein weiterer Fall eines nach Impfung verstorbenen Kindes gemeldet worden. Er schloss mit den Worten: „Sie können gerne beim PEI anfragen.“

Die zuletzt zitierte Einlassung verwundert: War es nicht gerade Herr Mentzer, in der mündlichen Verhandlung vom 7.6.2022 das PEI repräsentierte? Vor allem aber entspricht die Angabe, seit Anfang 2022 sei kein weiteres Kind nach der Impfung verstorben, nicht der Wirklichkeit. Die Wahrheit ist vielmehr, dass die Zahl der nach Impfung verstorbenen Kinder (wohlgemerkt nur der gemeldeten!) mittlerweile von 8 auf 9 angewachsen ist (Report24 vom 9.6.2022, https://report24.news/paul-ehrlich-institut-packt-aus-offiziell-9-tote-und-1-208-geschaedigte-kinder-nach-impfung/?feed_id=17256). Da Herr Mentzer die Fälle bei den Kindern nach eigenen Angaben selbst recherchiert, fällt es schwer, die Falschinformation, die er in der mündlichen Verhandlung vom 7.6.2022 bezüglich der Anzahl der verstorbenen Kinder gab, mit Gedächtnislücken zu erklären.

Der aktuelle Sicherheitsbericht weist eine bedeutsame Anzahl von Menschen auf, die bereits am Tag der Impfung oder am Folgetag verstorben sind.

Tabelle 2: Observed-versus-Expected-Analyse zu den dem Paul-Ehrlich-Institut berichteten Todesfällen in unterschiedlichem zeitlichen Abstand zur Impfung gegen COVID-19

Eingeschlossen wurden gemeldete Fälle, die sich auf eine COVID-19-Impfung bis zum 31.03.2022 bezogen und bei denen das Zeitintervall zwischen Impfung und Symptombeginn bekannt ist. Die Hintergrundinzidenz beträgt laut Statistischem Bundesamt 1.240,97 Todesfälle pro 100.000 Personen/ Jahr¹.

Todesfälle Gesamt		Zeitintervall zwischen Impfung und Symptombeginn			
		1 Tag	7 Tage	14 Tage	30 Tage
Comirnaty	Anzahl Fälle	422	922	1165	1369
	SMR (95% CI)	0,098 (0,089-0,108)	0,031 (0,029-0,033)	0,019 (0,018-0,021)	0,011 (0,010-0,011)
Spikevax	Anzahl Fälle	55	103	121	136
	SMR (95% CI)	0,055 (0,041-0,072)	0,015 (0,012-0,018)	0,009 (0,007-0,010)	0,0045 (0,0038-0,0054)
Vaxzevria	Anzahl Fälle	57	131	180	230
	SMR (95% CI)	0,132 (0,100-0,170)	0,042 (0,036-0,051)	0,030 (0,025-0,034)	0,018 (0,015-0,020)
Jcovden (COVID-19 Vaccine Janssen)	Anzahl Fälle	14	26	35	39
	SMR (95% CI)	0,114 (0,062-0,191)	0,030 (0,020-0,044)	0,020 (0,014-0,028)	0,011 (0,007-0,014)
Todesfälle nach Auffrischimpfungen		Zeitintervall zwischen Impfung und Symptombeginn			
		1 Tag	7 Tage	14 Tage	30 Tage
Comirnaty	Anzahl Fälle	51	101	114	128
	SMR (95% CI)	0,049 (0,036-0,064)	0,014 (0,011-0,017)	0,008 (0,006-0,009)	0,004 (0,003-0,005)
Spikevax	Anzahl Fälle	9	23	26	29
	SMR (95% CI)	0,015 (0,007-0,028)	0,005 (0,003-0,008)	0,003 (0,002-0,004)	0,0016 (0,0011-0,0023)
Vaxzevria	Anzahl Fälle	-	-	-	-
	SMR (95% CI)	-	-	-	-
Jcovden (COVID-19 Vaccine Janssen)	Anzahl Fälle	0	0	0	1
	SMR (95% CI)	-	-	-	1,66 (0,04-9,28)

¹ Daten des Statistischen Bundesamts (abgerufen am 19.01.2022): 982.792 Sterbefälle im Alter von 5 Jahren und älter im Jahr 2020; Bevölkerungsstand (Altersgruppen: 5 Jahre und älter im Jahr 2020): 79.195.618, CI: Konfidenzintervall

SMR: Standard Mortality Ratio (SMR) bezeichnet das Verhältnis zwischen der Zahl der in einer Population in einem bestimmten Zeitraum beobachteten Todesfälle und der Zahl, die im gleichen Zeitraum zu erwarten wäre, wenn die Studienpopulation dieselben altersspezifischen Raten hätte wie die Standardpopulation.

Allein dieser Befund müsste eigentlich als Risikosignal angesehen werden!

4. Das Problem der Untererfassung von Impfkomplikationen

a) Aussagen in den Gesetzgebungsmaterialien

Seit Langem ist bekannt, dass nicht alle Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die eigentlich nach § 6 Abs. 1 IfSG verpflichtend gemeldet werden müssten, auch tatsächlich gemeldet werden. Das ist auch dem Gesetzgeber nicht entgangen. Ich zitiere aus BT-Drucksache 19/23944, S. 28 (im Zusammenhang mit der Novellierung des § 13 Abs. 5 IfSG):

„Allerdings zeigen die seit Inkrafttreten des IfSG vom Paul-Ehrlich-Institut erhobenen Daten, dass nicht alle Impfkomplikationen erkannt bzw. gemeldet werden und von einer Untererhebung auszugehen ist.“

Und ebenso klar ist dem Gesetzgeber, dass eine zentrale Schwäche der rein passive Charakter des Meldesystems ist. Ich zitiere weiter:

„Das Paul-Ehrlich-Institut war bislang darauf angewiesen, für langfristige, vergleichende Pharmakovigilanz-Untersuchungen im Einzelfall Gesundheitsdaten auf der Grundlage von § 75 SGB X von den Krankenkassen oder von der Europäischen Arzneimittel-Agentur zu erwerben. Eine regelhafte aktive Pharmakovigilanz wie dies in den USA oder in anderen Staaten der EU seit langem Standard ist, war nur eingeschränkt möglich.“

Erinnern wir uns: Herr Wichmann, der am 7.6.2022 als Experte des RKI vernommen wurde, verlässt sich für die Bewertung der Impfeffektivität lieber auf Studiendaten als auf passiv erhobene Surveillance-Daten – eben weil die Studiendaten nicht nur passiv entgegengenommen, sondern aktiv erhoben werden. Umso kritischer müssen wir die Datengrundlage beleuchten, auf der die Bewertung der Impfstoffsicherheit beruht.

b) Die Vernehmung von Herrn Dr. Mentzer zur Frage der Untererfassung

Herr Mentzer wurde bei seiner Vernehmung gefragt, wie er die Untererfassung beurteilt. Seine Antwort: Ihm sei bewusst, dass das PEI zu wenige Meldungen

bekomme. Das PEI sei Empfänger, nicht Eintreiber der Daten. Die Meldeplattform sei niedrigschwellig ausgestaltet, mehr könne das PEI nicht machen. Das PEI gehe im schlimmsten Fall von 50% Untererfassung aus. Bei Myokarditis gebe es sogar eine Übererfassung.

Zum Meldeverfahren ging Herr Mentzer weiter ins Detail. Es gebe ein standardisiertes Meldeformular als ausfüllbares pdf. Das PEI akzeptiere auch Meldungen, die nicht das Formular verwenden. Oft würden dem PEI Formulare zugesandt, die mit unlesbarer Schrift ausgefüllt seien. Er, Herr Mentzer, schaffe es, das Formular in 10 Minuten auszufüllen. Ich erinnere daran, dass Ärzte von einem Aufwand von 20 bis 30 Minuten pro Meldefall ausgehen (siehe die Nachweise in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022, Seite 23 f.).

Auf den Brandbrief des früheren BKK-Pro-Vita-Chefs Andreas Schöffbeck angesprochen, über den auch in den Medien berichtet worden war, erwiderte Herr Mentzer: Er habe ein Gespräch mit Herrn Schöffbeck vereinbart gehabt. Dieses sei aber vom BKK-Vorstand nicht genehmigt worden. Er, Herr Mentzer, sei proaktiv auf Herrn Schöffbeck zugegangen. Das PEI sei gegenüber seinen Analysen sehr aufgeschlossen gewesen. Ich möchte betonen, dass ich *diese* Aussage für glaubhaft halte.

Wenig überzeugend wirkte demgegenüber die Einlassung von Herrn Mentzer zum Umgang mit Impfkomplicationen, die aus Kliniken gemeldet werden. Herr Mentzer war offenbar der Ansicht, es stehe dem PEI zu, bei der Klassifizierung der Impfkomplicationen noch eine Differenzierung nach dem Schweregrad vornehmen zu dürfen: Werde nur Fieber beim betroffenen Patienten gemeldet, sei die Impfkomplication nicht als schwerwiegend einzustufen. Das ist nach hier vertretener Auffassung nicht haltbar, denn zum einen beträfe das nur Fieber unter 39.5°C, zum anderen sind bei hospitalisierten Patienten *sämtliche* Impfkomplicationen als schwerwiegend zu qualifizieren. Es hat schließlich seinen Grund, dass der Patient und seine Ärzte sich für einen stationären Aufenthalt entschieden haben. Erneut wirkt sich die Beweislastregel aus, die hier schon mehrfach betont wurde: Erst wenn die Impfung als Auslöser der Hospitalisierung zweifelsfrei ausgeschlossen werden kann, mag man den Fall abweichend bewerten – und dann handelt es sich nicht nur um keine schwerwiegende, sondern um überhaupt keine Impfkomplication. Solange aber auch nur der Verdacht einer Kausalität zwischen Impfung und der körperlichen

Beeinträchtigung des Patienten im Raum steht, ist der Fall zwingend als schwerwiegende Impfkomplication zu erfassen.

Der Gesetzgeber hatte als Reaktion auf das Problem der Untererfassung § 13 Abs. 5 IfSG novelliert und darin die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die Abrechnungsdaten an das PEI zu übermitteln. Diese Daten, so Herr Mentzer bei seiner Vernehmung, seien aber nicht Thema des Sicherheitsberichts. Das Problem liege darin, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen offenbar Probleme hätten, die Abrechnungsdaten zu pseudonymisieren, und kooperierten daher nicht mit dem PEI.

Unterschiedliche Wahrnehmungen scheint es indes zur Frage zu geben, ob das PEI überhaupt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen gesprochen hat. Dazu Tom Lausen, der im hiesigen Verfahren als Sachverständiger ausgesagt und auch selbst Fragen an Herrn Mentzer gerichtet hat, in einem Interview mit der Epoch Times vom 28.6.2022:

„Es gibt eine Anfrage eines Abgeordneten an die Bundesregierung, der wissen wollte: Wurde das wirklich nicht gemeldet? Haben die Kassenärztlichen Vereinigungen wirklich nicht mit dem PEI über diese Daten gesprochen? Darauf hat die Bundesregierung gesagt: Nein, seit zwei Jahren haben die nicht miteinander über die gesetzlich zu übermittelnden Nebenwirkungsdaten gesprochen. Vor dem Bundesverwaltungsgericht hat Dr. Mentzer auf meine Frage jedoch geäußert, man habe wohl doch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen gesprochen. Da gibt es also eine Diskrepanz zwischen der Auskunft des Bundesgesundheitsministeriums und der Aussage des Leiters der Pharmakovigilanz beim PEI.“

Ich rege an, dass der erkennende Senat diese Ungereimtheiten aufklären möge. Dafür würde mir eine schriftliche Äußerung von Herrn Mentzer genügen; er muss aus meiner Sicht dafür nicht eigens erneut vorgeladen werden.

c) Fehlende organisatorische Vorkehrungen

Herr Mentzer erläuterte auf Nachfrage, das PEI beschäftige insgesamt 13 Mitarbeiter für die Erfassung der Impfkomplicationen. Oftmals handle es sich dabei um Werkstudenten. Damit ist die Abteilung zur Erfassung der Verdachtsfälle nicht nur quantitativ deutlich unterbesetzt; vielmehr steht auch zu befürchten, dass die

fachliche Qualifikation des Personals nicht ausreicht, um die Verdachtsfälle richtig einordnen zu können.

Herr Mentzer erklärte noch, PEI und RKI führten aktuell eine klinische Studie durch, um die dabei gewonnen Erkenntnisse dann eines Tages mit den Daten der Krankenkassen abzugleichen. Insgesamt würden 57.000 Studienteilnehmer ein ganzes Jahr lang beobachtet. Das kann nur bedeuten: *Das PEI weiß selbst nicht, ob die Impfstoffe sicher sind.* Andernfalls würde sich nämlich die Notwendigkeit einer solchen Studie erübrigen.

Die Regierungen von Bund und Ländern zeigen übrigens an der Untererfassung von Impfnebenwirkungen ein geradezu beschämendes Desinteresse. Dies ergibt sich aus einem aufschlussreichen Bericht in Epoch Times vom 15.6.2022 (<https://www.epochtimes.de/politik/deutschland/nebenwirkungen-untererfasst-und-niemand-will-es-wissen-a3861395.html?telegram=1>). Von ihrer Bindung an das Gesetz scheint die Spitze der deutschen Exekutive offenbar nicht viel zu halten. Denn noch einmal: Der Gesetzgeber hatte im Zuge der Novellierung von § 13 Abs. 5 IfSG äußerste Sorgfalt bei der Pharmakovigilanz angemahnt!

d) Aktuelle Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Die aktuellen Abrechnungsdaten, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) veröffentlicht wurden, weisen 2,487 Mio. von Ärzten codierte Impfnebenwirkungen aus. In Medienkommentaren wird dies mit Recht als starkes Indiz für eine massive Untererfassung der Impfkomplicationen angesehen (Epoch Times vom 23.6.2022, <https://www.epochtimes.de/politik/deutschland/kbv-papier-enthueellt-25-mio-patienten-mit-impfnebenwirkungen-afd-will-konsequenzen-a3870369.html>; Report24 vom 24.6.2022 <https://report24.news/daten-deutscher-krankenkassen-beweisen-nur-10-der-25-millionen-nebenwirkungen-gemeldet/>). Die KBV lieferte dann allerdings auch noch eine eigene Interpretation dieser Daten mit (nach der sie gar nicht gefragt worden war): Eine solche Zahl sei zu erwarten gewesen, da gerade bei den COVID-Impfstoffen besonders genau hingeschaut werde.

Die Gesamtzahl der insgesamt verabreichten Impfdosen entnimmt die KBV dabei aus dem PEI-Sicherheitsbericht vom 4.5.2022, der sich auf den Zeitraum vom Impfstart bis zum 31.3.2022 bezieht. Auf diese Weise versucht die KBV die Zahl der abgerechneten Impfnebenwirkungen mit der Gesamtzahl der verabreichten Impfdosen ins Verhältnis zu setzen. Indes: Die *Impfnebenwirkungen*, die im Bericht der KBV dokumentiert sind, betreffen nur die Abrechnungszahlen bis zum 31.12.2021. Die Zahl der Impfnebenwirkungen muss also durch einen wesentlich kleineren Divisor geteilt werden, nämlich die Gesamtzahl der bis zum 31.12.2021 (!) verabreichten Impfdosen. In der kritischen Medienberichterstattung fiel dies alsbald auf (Epoch Times vom 23.6.2022 <https://www.epochtimes.de/politik/deutschland/pei-bestaetigt-kbv-hantiert-mit-falschen-zahlen-a3871776.html>).

Die Eigeninterpretation der Daten durch die KBV überzeugt in keiner Weise. Immerhin ging es den Betroffenen so schlecht, dass sie einen Arzt aufsuchten. Und wie ich in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022, Seite 24 ff. bereits näher dargelegt habe, sind bis heute zahlreiche Ärzte nicht in der Lage, sich der Vorstellung zu öffnen, dass die Impfung, die sie vielleicht selbst empfangen und auch selbst in mehr oder weniger großer Zahl ihren Patienten haben zuteilwerden lassen, derartige Schäden anrichten könnte: Für sie würde ein Weltbild zusammenbrechen, wenn das Heilsversprechen der Impfung sich als Trugschluss erweisen würde. Wir müssen also in Wirklichkeit von einer noch viel größeren Zahl von adversen Impfkomplicationen ausgehen. Einen weiteren möglichen Grund für die Untererfassung von Impfnebenwirkungen zeigt ein Bericht von Just Now News vom 27.6.2022 (<https://just-now.news/de/deutschland/jeder-der-impfschaden-meldet-wird-entlassen-verkehrspiloten-beginnen-sich-zu-wehren/>): Arbeitgeber setzen ihre Belegschaften unter Druck, indem sie drohen, jeden zu entlassen, der einen Impfschaden meldet (gemeint ist wohl eher eine Impfkomplication, denn Impfschäden werden nicht beim PEI, sondern beim Versorgungsamt gemeldet).

Kehren wir angesichts dieser neuen Entwicklung zu den Aussagen von Herrn Mentzer zurück, so erhebt sich sogleich die Frage, wie das PEI mit seiner – wie gezeigt – schwach besetzten Abteilung zur Erfassung der verdachtsfälle eine solche Menge an Verdachtsfällen, wenn sie denn alle nach § 6 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 IfSG gemeldet würden, überhaupt verwalten könnte. Interessant wäre auch, zu erfahren,

ob sich beim PEI die sich Risikobewertung ändert, wenn 10-bis 11-mal so viele Impfnebenwirkungen codiert sind wie gemeldet?

Tom Lausen, der im hiesigen Verfahren als Sachverständiger ausgesagt hat, fasst das Problem wie folgt zusammen (<https://www.epochtimes.de/politik/deutschland/wir-muessen-von-einem-schwerwiegenden-versagen-der-behoerden-ausgehen-tom-lausen-a3867788.html>):

„Dieser Wille, dass das nicht von der Impfung kommen kann, drückt sich überall aus. Wenn die Daten so quittiert werden, dass ein Vorstand nach 21 Jahren entlassen wird oder eine Studie konfisziert wird oder die Kassenärztlichen Vereinigungen Daten nicht übergeben, dann müssen wir uns alle Sorgen machen. Dann ist das nicht mehr ehrlich.“

e) Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß?

Die Vernehmung von Herrn Mentzer hat insgesamt in aller Schärfe die eklatanten Schwächen des derzeitigen Meldesystems offengelegt. Tom Lausen, der im hiesigen Verfahren als Sachverständiger ausgesagt hat, beschreibt dies in einem Interview mit der Epoch Times vom 28.6.2022 (<https://www.epochtimes.de/politik/deutschland/wir-muessen-von-einem-schwerwiegenden-versagen-der-behoerden-ausgehen-tom-lausen-a3867788.html>) wie folgt:

„Herr Dr. Mentzer, der seit 2004 beim PEI Leiter der Pharmakovigilanz ist und dafür sorgt, dass die PEI-Sicherheitsberichte vollständig und richtig sind, erklärte auf meine Nachfrage, ob wirklich alle Nebenwirkungen erhoben werden, die verfügbar sind: Nein, das tun sie nicht. Also das PEI kümmert sich nur um die an sie herangetragenen Impfnebenwirkungen. Wenn also ein Patient mit einer Impfnebenwirkung in ein Krankenhaus geht und diese nicht an das Gesundheitsamt gemeldet worden ist, kommt diese Impfnebenwirkung definitiv nicht zum PEI – selbst dann nicht, wenn der Arzt seine Behandlung als Impfnebenwirkung codiert und gegenüber der Krankenkasse abrechnet. Das ist ein rein passives Meldesystem und das ist natürlich erschreckend.“

Dass es auch anders ging, hat die italienische Provinz Apulien im Jahr 2020 im Rahmen der italienischen Masern-Impfpflicht gezeigt, indem sie Folgendes veröffentlicht hat: Eltern von 2500 Kindern wurden gebeten, drei Wochen lang nach

der MMRV-Impfung (Masern, Mumps, Röteln, Windpocken) ein Tagebuch zu führen. Danach wurden sie von Forschern der Universität und des Gesundheitsministeriums angerufen. 992 von 2149 Kindern (so viele Rückläufe gab es) zeigten unerwünschte Nebenwirkungen, was einer Quote von 462 je 1000 geimpfter Kinder entspricht (46,2%). 109 dieser 992 Nebenwirkungen (11%) erfüllten die Kriterien der WHO in Bezug auf eine „schwerwiegende“ Nebenwirkung, d.h. sie waren lebensbedrohlich oder tödlich, erforderten Intervention oder Krankenhausaufenthalt oder verursachten eine anhaltende Behinderung bzw. Einschränkung. In Apulien gab es also 38 schwerwiegende, unerwünschte Nebenwirkungen je 1000 geimpfter Kinder – und das „nur“ bei der Masern-Impfung, nicht etwa bei Corona, das wir wohl alle subjektiv als „mit noch mehr Nebenwirkungen behaftet“, wahrnehmen. (Bellavita/Donzelli, Adverse events following measles-mumps-rubella-varicella vaccine: an independent perspective on Italian pharmacovigilance data, <https://doi.org/10.12688/f1000research.26523.2>).

Wenn Pharmakovigilanz in Deutschland bei den COVID-Impfstoffen in gleicher Weise proaktiv betrieben würde, wie es seinerzeit bei der Masern-Impfung in Apulien geschah: Welche Ergebnisse hätten wir dann wohl zu erwarten?

5. Wie schlimm ist deine Charge?

Bereits in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022, Seite 6 hatte ich darauf hingewiesen, dass ausweislich der US-Datenbank zur Erfassung der Impfkomplicationen einige wenige Chargen der Injektionen von Moderna, BioNTech und Johnson & Johnson für den Großteil der schwerwiegenden Impfnebenwirkungen verantwortlich sind. Ich hatte dazu auf einen Medienbericht (<https://2020news.de/wie-schlimm-ist-deine-charge/>) sowie auf eine Internetseite verwiesen, auf der jeder, der die Impfung empfangen hat, nachsehen kann, ob gerade die ihm verabreichte Charge zu den besonders risikoreichen gehört (<https://www.howbadismybatch.com/>). Für die Hersteller Pfizer/BioNTech sowie Johnson & Johnson erfasst diese Internetseite auch Chargen, die außerhalb der USA verabreicht wurden.

Nehmen wir z.B. an, jemand ist mit dem von Pfizer/BioNTech hergestellten Wirkstoff Comirnaty geimpft worden, und zwar mit der Charge FJ8765. Dann kann die so geimpfte Person auf die Unterseite <https://www.howbadismybatch.com/pfizerforeigndeaths.html> navigieren und die

Chargennummer links oben auf dem Bildschirm in einem Eingabefeld notieren sowie anschließend die Enter-Taste drücken. Es erscheint dann dieses Bild:

Check out your Pfizer batch code

FJ8765

Clear

[Donate](#)

BATCH	ADRs	DEATHS	DISABILITIES	LIFE THREATENING ILLNESSES
FJ8765	9			
FR0596	9			
Fw4109	9		1	
PA1027	9			
PCA0003	9		7	2
Pv46664	9		1	
PV46671	9		1	
T162b2	9		1	1
1Do12A	8			1
1H055A_1101118	8			1
E43014	8			
EN2245	8			
ER1714	8			
EW0173	8		1	1
-----	-			

Die betreffende Person hat also offenbar Glück gehabt: Es hat zwar 9 ADRs (Adverse Drug Reactions, also Impfkomplicationen) in dieser Charge gegeben, aber keine Todesfälle, keine Behinderungen und keine lebensbedrohliche Erkrankung.

Ich konfrontierte Herrn Mentzer mit der Frage, ob ihm diese Internetseite bekannt sei und ob dem PEI bei der Chargenprüfung aufgefallen sei, dass bestimmte Chargen für besonders viele Nebenwirkungen verantwortlich sind. Er verneinte dies. Es wäre indes hilfreich, wenn er und sein Team sich mit dieser Internetseite einmal beschäftigen würden. Denn aus ihr lassen sich auch für Europa möglicherweise aufschlussreiche Erkenntnisse gewinnen.

6. Insbesondere Myokarditis und Perikarditis

Eine der wohl bekanntesten Impfnebenwirkungen sind Myokarditis (Herzmuskelentzündung) und Perikarditis (Herzbeutelentzündung). Herr Mentzer wurde speziell zu diesen Impfkomplicationen nach seiner Einschätzung gefragt und antwortete Folgendes: Nach den Erkenntnissen des PEI betrage die Wahrscheinlichkeit, nach der Impfung eine dieser beiden Beschwerden davonzutragen, 1:10.000. Dies decke sich mit den Ergebnissen von Studien aus Israel und Skandinavien. Die Beschwerden träten kurz nach der Impfung auf und heilten meist nach 1-5 Tagen folgenlos wieder ab. Männer treffe es häufiger als Frauen. Männer unter 30 treffe es am häufigsten. Herr Mentzer betonte außerdem,

was auch die Beschwerdegegnerin schon vorgetragen hatte: Das Risiko einer Herzmuskelentzündung sei nach COVID-Infektion deutlich größer als nach Impfung.

Mit Schriftsatz vom 3.6.2022, Seite 12 hatte ich diese Ableitung als Denkfehler qualifiziert: Wer sich nämlich impfen lässt und sich dann *auch noch* infiziert, trägt *sowohl* das Myokarditis-Risiko durch die Impfung *als auch* jenes durch die Infektion. Und es infizieren sich längst nicht alle Menschen mit SARS CoV-2. Ich konfrontierte Herrn Mentzer mit diesen Einwänden. Er antwortete, es könne sein, dass jemand zeitgleich sowohl Kontakt zu SARS CoV-2 als auch zum Impf-Antigen (Spike) habe. Dann sei es schwierig, zu ermitteln, was von beidem die Myokarditis ausgelöst habe. Damit ist Herr Mentzer meiner Frage indes ausgewichen. Meine Frage zielte darauf ab, deutlich zu machen, dass man nicht etwa nur entweder durch die Impfung oder durch eine Infektion an Myokarditis erkranken könne, sondern dass das Risiko einer Myokarditis durch die Impfung *kumuliert* wird, weil *sowohl* die Impfung *als auch* eine mögliche Infektion als Risikofaktoren in Betracht kommen. Zu diesem Kern meiner Frage ist Herr Mentzer nicht vorgedrungen.

Man muss allerdings ganz grundsätzlich bezweifeln, ob es zutrifft, dass das Myokarditis-und Perikarditis-Risiko nach Impfung niedriger liegt als nach Infektion. Eine aktuelle Studie (Le Vu et al Age and sex-specific risks of myocarditis and pericarditis following Covid-19 messenger RNA vaccines, <https://doi.org/10.1038/s41467-022-31401-5>) legt – ein weiteres Mal – ein deutlich erhöhtes Risiko dieser beiden Krankheiten als Folge der COVID-19-Impfungen dar, wobei die Moderna-Injektionen (Risikoerhöhung durchschnittlich 30%) deutlich schlechter abschneiden als die BioNTech-Injektionen (Risikoerhöhung durchschnittlich 8%). Diese Risikoerhöhung wurde durch den Vergleich mit einer nicht geimpften Kontrollgruppe gemessen (siehe zu dieser Studie auch Epoch Times vom 28.6.2022, https://www.theepochtimes.com/moderna-vaccine-increases-myocarditis-risk-by-44-times-in-young-adults-peer-reviewed-study_4561018.html?utm_source=newsnoe&utm_campaign=breaking-2022-06-29-2&utm_medium=email&est=zKXE7o02WH9xSrHrQ05p11D5UOKBjE8IzIHwgC%2F8edxUWivp7mWclqex%2BGvF14oNRinrM1dSYP390SVJ).

Dass die Impfung *generell*, also das *gesamte* Nebenwirkungsprofil betrachtend, deutlich riskanter ist als eine COVID-19-Infektion, hat eine aktuelle Studie gezeigt (Fraiman et al., Serious Adverse Events of Special Interest Following mRNA

Vaccination in Randomized Trials, https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4125239.), die ein breites Medienecho gefunden hat (siehe The Exposé vom 23.6.2022, <https://expose-news.com/2022/06/23/w-h-o-study-risks-outweigh-benefits-covid-vaccination/>; Thomas Oysmüller vom 2.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/22/hochbrisante-studie-aus-usa-impfung-riskanter-als-infektion/>; Peter F. Mayer vom 26.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/26/neue-studie-zeigt-hohe-rate-von-nebenwirkungen-bei-den-mrna-impfungen/>; TCW vom 25.6.2022, <https://www.conservativewoman.co.uk/covid-vaccines-more-likely-to-put-you-in-hospital-than-keep-you-out-bmj-editors-analysis-of-pfizer-and-moderna-trial-data-finds/>). Diese Studie hat zwar noch keine Peer Review durchlaufen; doch erinnere ich daran, dass auch das RKI keine Scheu trägt, sich auf Forschungsarbeiten zu berufen, die zwar schon als Preprint der Öffentlichkeit vorgestellt worden, aber noch nicht extern begutachtet sind.

Mit Nachdruck zu widersprechen ist der Art und Weise, wie Herr Mentzer bei seiner Vernehmung das Risiko einer Herzmuskelentzündung (Myokarditis) verharmlost. Zwar mag es sich in manchen Fällen tatsächlich so verhalten, dass die Erkrankung nach 1-5 Tagen folgenlos abheilt. Jedoch liest man zum Beispiel in der Gelben Liste, dem Pharmaindex: "Akute Myokarditiden weisen trotz Behandlung eine hohe Letalität auf. Fokale Borderline-Myokarditiden heilen klinisch häufig spontan aus, wenn initial keine wesentliche Herzinsuffizienz vorhanden ist. Die fulminante lymphozytäre Myokarditis weist in den ersten vier Wochen eine Letalität von über 40% auf. Die granulomatös-nekrotisierende Myokarditis verläuft unerkannt und unbehandelt letal. Auch die unbehandelte Riesenzell- oder eosinophile Myokarditis weist mit 4-Jahresüberlebensraten von < 20% eine extrem schlechte Prognose auf. Die nichtfulminante aktive Myokarditis ist durch progrediente Herzinsuffizienz und plötzlichen Herztod mit einer Letalität von 25 bis 56% innerhalb von drei bis zehn Jahren verbunden." (<https://www.gelbe-liste.de/krankheiten/myokarditis>). In 20% der Fälle mündet eine Myokarditis zudem in eine chronische Erkrankung (Kardiomyopathie, siehe Deutsche Herzstiftung, Sonderdruck Myokarditis, S. 17, 19, abrufbar unter <https://www.herzstiftung.de/infos-zu-herzerkrankungen/herzmuskelentzuendung>).

7. Zur Frage der Vollständigkeit der Sicherheitsberichte

Der erkennende Senat hat in der mündlichen Verhandlung vom 7.6.2022 eine eminent wichtige Frage an Herrn Mentzer gerichtet: Wenn ein bestimmtes Risiko der Impfung nicht im Sicherheitsbericht auftaucht - darf die Bevölkerung dann davon ausgehen, dass das betreffende Risiko auch tatsächlich nicht besteht? Herr Mentzer antwortete, das PEI verfolge 240 mögliche Impfkomplicationen. Einen Bericht über so viele Nebenwirkungen würde aber niemand lesen; das wäre zu langweilig.

Ich hoffe, dass ich den erkennenden Senat *nicht* langweile, wenn ich nachstehend einige Impfkomplicationen aufliste, die im aktuellen Sicherheitsbericht entweder überhaupt nicht oder nur mit marginaler Bedeutung aufgelistet sind. Ergänzend zur nachfolgenden Darstellung verweise ich nochmals auf Anlage BF-MS 66 zu meinem Schriftsatz vom 28.6.2022, wo die breite Vielfalt der Impfnebenwirkungen ebenfalls beschrieben und ausführlich mit einschlägigen Studien dokumentiert ist.

So wird Nesselsucht (Urtikaria) als Impfkomplication zwar bei Kindern, nicht aber bei Erwachsenen berichtet, obwohl diese Impfkomplication in der Lebenswirklichkeit auch bei Erwachsenen eindeutig vorkommt und auch in Medienberichten aufgegriffen wird (siehe reitschuster.de vom 19.6.202, <https://reitschuster.de/post/impfnebenwirkung-nesselsucht-fuer-das-paul-ehrlich-institut-kein-thema/>; <https://www.welt.de/gesundheit/plus239073909/Urtikaria-Mit-der-Covid-Impfung-kam-der-Ausschlag-und-ging-nicht-mehr-weg.html>).

Kein Wort findet sich zu Entzündungen der Schilddrüse, obwohl diese Impfkomplication sogar schon in einer klinischen Studie beschrieben worden ist (Pascho et al., Patients With Autoimmune Thyroiditis Present Similar Immunological Response to COVID-19 BNT162b2 mRNA Vaccine With Healthy Subjects, While Vaccination May Affect Thyroid Function: A Clinical Study, <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.840668>). Gleiches gilt für Entzündungen der Hirnanhangsdrüse (siehe dazu Ankiredypalli et al., A case of hypophysitis associated with SARS-CoV2 vaccination, <https://doi.org/10.1016/j.aace.2022.06.001>).

Tumorerkrankungen werden im Sicherheitsbericht nur an einer Stelle erwähnt, nämlich als eine mögliche Alternativursache für Immunthrombozytopenie, die als mögliche Impfkomplication bekannt ist. Dass Tumorerkrankungen aber ihrerseits eine *Folge der COVID-Injektionen* sein können, wird im aktuellen Sicherheitsbericht zur

Gänze ausgeblendet – obwohl es bereits deutliche Signale in diese Richtung gibt. Bereits in meinem Schriftsatz vom 3.6.2022 hatte ich auf S. 20 f. eine Studie vorgestellt, die ein Lymphom als mögliche Folge der Impfung beschrieb. Neuerdings wird über zunehmende Fälle von Krebs an der Einstichstelle berichtet (Peter F. Mayer vom 12.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/12/immer-haeufigeres-vorkommen-von-krebs-an-der-einstichstelle-und-im-ganzen-koerper/>).

Dass die Impfung sich negativ auf die menschliche Reproduktion auswirken kann, wird im aktuellen Sicherheitsbericht immerhin angedeutet, indem dort von einem Fall eines neugeborenen Kindes berichtet wird, das als Folge einer Plazenta-Ablösung am Tag der Geburt verstarb. Der Wissenschaftler Peter Mc Collough beschreibt in einem Gastbeitrag für America Out Loud vom 25.6.2022 die verheerenden Auswirkungen von Lipid-nanopartikeln, Polyethylenglykol und Impf-mRNA auf die Empfängnis, die Schwangerschaft und auf den Geburtsvorgang (<https://www.americaoutloud.com/lipid-nanoparticles-mrna-peg-assault-natural-conception-gestation-and-birth/>). Vorübergehend kann als Folge der Impfung die männliche Zeugungsfähigkeit beeinträchtigt sein (siehe Gat et al., Covid-19 vaccination BNT162b2 temporarily impairs semen concentration and total motile count among semen donors, DOI: 10.1111/andr.13209, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/andr.13209> und dazu <https://worldcouncilforhealth.org/news/2022/06/study-confirms-experimental-covid-19-vaccines-impact-male-fertility/77993/>).

Sogar Diabetes kann eine Folge der COVID-19-Impfungen sein (siehe Science Files vom 6.6.2022, <https://sciencefiles.org/2022/02/07/lebersversagen-diabetes-hirnblutungen-schwere-nebenwirkungen-fuer-die-covid-19-impfstoffe-als-ursache-belegt-sind/>). Und da, wie bereits mehrfach dargelegt, die COVID-Injektionen dem menschlichen Immunsystem schaden, kann es nicht verwundern, dass man von diesen Injektionen sogar AIDS bekommen kann (dazu The Exposé vom 18.6.2022, <https://expose-news.com/2022/06/18/new-study-proves-covid-vaccines-cause-a-id-s/>; einen weiteren Beitrag im FOCUS vom 16.6.2022 füge ich mit Abrufdatum als Anlage BF-MS 69 bei, da dieser Beitrag offensichtlich in der Zwischenzeit aus dem Internet entfernt wurde).

Eine ganz besonders sensible Angelegenheit ist die in jüngeren Studien zutage geförderte Erkenntnis, dass die COVID-19-Injektionen Auslöser der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) sein können – jene Krankheit, die bei Tieren als „Rinderwahnsinn“ bekannt ist. Es handelt sich um eine schwere neurodegenerative Erkrankung, die stets (!!) tödlich verläuft; bei sporadischen Verläufen besteht noch eine gewisse, aber relativ kurze (meist unter einem Jahr) Restlebenserwartung (nähere Informationen unter <https://www.neurologienetz.de/fachliches/erkrankungen/neuro-muskulaere-erkrankungen-2/vorlage-erkrankung-1-1-1>). Ein Fall von CJK nach Impfung wurde in der Türkei bereits im Dezember 2021 beschrieben (Kuvanlik et al, Creutzfeldt-Jakob Disease After the COVID-19 Vaccination, DOI:[10.4274/tybd.galenos.2021.91885](https://doi.org/10.4274/tybd.galenos.2021.91885)). Eine systematische Studie, an der u.a. noch der frühere, unlängst verstorbene Nobelpreisträger Luc Montagnier beteiligt war (Perez et al., Towards the emergence of a new form of the neurodegenerative Creutzfeldt-Jakob disease: Twenty six cases of CJD declared a few days after a COVID-19 “vaccine” Jab), füge ich als Anlage BF-MS 70 bei, weil diese Studie, kurz nachdem sie als Preprint auf dem Portal ResearchGate der Öffentlichkeit vorgestellt worden war, auf eben diesem Portal gelöscht wurde. In den (alternativen) Medien werden diese Studien bereits aufgegriffen (siehe Science Files vom 6.6.2022, <https://sciencefiles.org/2022/06/06/die-naechste-katastrophe-prionen-regionen-in-covid-19-impfstoffen-und-creutzfeld-jakob-krankheit-als-resultat/>; the Gateway Pundit vom 5.6.2022, <https://www.thegatewaypundit.com/2022/06/two-new-studies-show-link-incurable-degenerative-brain-disease-experimental-covid-19-vaccine/>). Die US-amerikanische Datenbank für Impfkomplicationen (VAERS = Vaccine Adverse Events Reporting System) listet mit Stand 17.6.2022 bereits 598 Fälle von Creutzfeldt-Jakob (siehe [https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=ON&SYMPTOMS=Creutzfeldt-Jakob_disease_\(10011384\)&VAX=COVID19&DIED=Yes.](https://medalerts.org/vaersdb/findfield.php?EVENTS=ON&SYMPTOMS=Creutzfeldt-Jakob_disease_(10011384)&VAX=COVID19&DIED=Yes.)).

8. Impfkomplicationen im Spiegel der aktuellen Medienberichterstattung

Aber auch die etablierten Medien kommen an den katastrophalen Wirkungen der COVID-Injektionen nicht mehr vorbei. Aus jüngerer Zeit möchte ich die folgenden Berichte erwähnen:

- ARD Magazin Plusminus vom 29.6.2022 (<https://www.ardmediathek.de/video/plusminus/plusminus-vom-29-juni-2022/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL3BsdXNtaW51cy9kYjY4OGY0Yy04YWI1LTRhMDUtYWExZC1iM2lwNzI4NmUzNTc>): Dort wird berichtet, dass die Spezialambulanz, die am Uni-Klinikum in Marburg für die Betreuung von Impfschäden eingerichtet hat, mittlerweile 3.000 Patienten auf der Warteliste hat und die Wartezeit bereits fast ein ganzes Jahr beträgt. Diagnostik und Therapie müssen von den Betroffenen selbst bezahlt werden!
- SPIEGEL vom 12.6.2022 zu Post-Vac-Syndrom. Den Beitrag füge ich als Anlage BF-MS 71 bei, weil er sich hinter einer Bezahlschranke verbirgt. Dass ausgerechnet der SPIEGEL einen solchen Beitrag bringt, ist besonders bemerkenswert; denn am 7.12.2020 erschien in eben diesem Magazin eine Kolumne, deren Autor forderte, die ganze Republik möge mit dem Finger auf jene zeigen, die sich der COVID-Impfung verweigerten (<https://www.spiegel.de/politik/deutschland/impfpflicht-was-denn-sonst-a-2846adb0-a468-48a9-8397-ba50f8e08a68>).
- Die BILD-Zeitung berichtete jüngst über den Fall der mittlerweile – nach Impfung – invaliden Leistungssportlerin Eva Butzen (<https://www.bild.de/video/clip/video/sportlerin-packt-aus-ich-kann-nicht-mehr-leben-wie-vor-der-impfung-80449788,pAi=true.bild.html>).
- Radio RBB sprach in einer fast 40minütigen Sendung mit der Journalistin Stefanie von Wietersheim, die seit der dritten Impfung an den Rollstuhl gefesselt ist (https://rbbmediapmdp-a.akamaihd.net/content/a7/84/a784c863-dbc7-4ff0-ba0d-e6538f7d0959/80b8ac6d-23f0-426d-83f7-528e74cb5c85_5a4896cb-d208-458e-8fdb-0657b725a250.mp3).
- Übereinstimmend berichten in Österreich heute.at und die KRONE, beide am 15.6.2022, von einem 20 Jahre jungen Mann, der einen Tag nach dem Booster verstarb (<https://www.heute.at/s/20-jaehriger-geimpft-einen-tag-spaeter-war-er-tot-100212511>; <https://www.krone.at/2734421>).
- Celle heute berichtete am 27.6.2022 über einen Mann, der seit der Impfung kaum noch seinen Alltag bewältigen kann; zugleich wird kritisiert, dass das RKI mittlerweile den Impfstatus der intensivmedizinisch betreuten COVID.19-

patienten verschweigt <https://www.celleheute.de/post/das-zeug-hat-mich-kaputt-gemacht-rki-keine-angaben-zu-impfstatus-auf-intensivstationen>.

Aus den Alternativmedien verweise ich auf die folgenden Quellen:

- Siehe ferner Report24 vom 18.6.2022 (https://report24.news/impfgeschaedigte-die-niemand-sehen-will-eine-betroffene-paedagogin-packt-aus/?feed_id=17673) berichtet, dass dem Leiden der Patientin, die seit der Impfung gesundheitlich schwerstens beeinträchtigt ist, das Etikett „Long COVID“ aufgeklebt wird.
- Der Allgemeinmediziner Gunter Frank kann aus seiner ärztlichen Praxis eine ganze Litanei von Leidensgeschichten im Gefolge der COVID-Injektionen beisteuern; eine Auswahl davon schildert er auf achgut.com vom 24.6.2022 (https://www.achgut.com/artikel/bericht_zur_coronalage_24.06.2022_paul-ehrich-chef_feuern_lauterbach_entlassen_sofort).
- Zahlreiche Studien mit ergreifenden Leidensgeschichten nach Impfung finden sich bei Science Files vom 31.5.2022 (<https://sciencefiles.org/2022/05/31/covid-19-impfstoffe-im-computermodell-leben-gerettet-in-der-wirklichkeit-viele-leben-zerstoert-180-leidensgeschichten-aus-120-wissenschaftlichen-studien/>).

Die Wahrheit über das verheerende Ergebnis der COVID-Impfkampagne dringt an die Oberfläche und ist nicht mehr aufzuhalten.

Wer nicht auf Medienberichte warten, sondern sich ein umfassenderes Bild machen möchte, hat dazu die Möglichkeit auf Telegram: <https://t.me/coronaimpftod>. Dort werden in rascher Folge aktuelle Meldungen zu Todesfällen platziert, bei denen der Verdacht einer Verursachung durch die Impfung besteht.

9. Wären andere als mRNA-Impfstoffe eine Alternative?

Der erkennende Senat fragte die beiden Beschwerdeführer in der mündlichen Verhandlung vom 7.6.2022, ob andere als die mRNA-Injektionen für sie in Betracht kommen. Beide Beschwerdeführer verneinten diese Frage, und dies aus absolut nachvollziehbaren Gründen:

- Novavax ist keine Alternative. Ganz im Gegenteil ist das Risiko einer Myokarditis dort offenbar noch größer (siehe n.tv vom 4.6.2022, <https://www.n-tv.de/incoming/FDA-besorgt-wegen-moeglichem-Herzmuskelentzuendungsrisiko-bei-Novavax-Impfstoff-article23377351.html>); ferner BR vom 5.6.2022, <https://www.br.de/nachrichten/wissen/novavax-ladenhueter-und-jetzt-auch-noch-nebenwirkungen,T89KVlg>.
- In den USA wurde die Impfung mit Johnson & Johnson ausgesetzt, weil offenbar das Risiko von Blutverklumpungen zu stark angestiegen war (siehe Reuters vom 5.5.2022, <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/us-limits-use-jjs-covid-19-vaccine-adults-blood-clot-risks-2022-05-05/>).
- Am 27.6.2022 wurde im NDR ein kritischer Bericht zu den Vektorimpfstoffen (Astra Zeneca und Johnson & Johnson) ausgestrahlt (<https://www.ndr.de/nachrichten/mecklenburg-vorpommern/Studie-Vektor-Impfstoffe-sind-Ursache-fuer-Hirnvenenthrombosen-,coronavirus6684.html>).

Nicht ein einziger der auf dem Markt befindlichen COVID-Impfstoffe rechtfertigt es, Vertrauen in dessen Sicherheit zu investieren.

10. Autopsie-Berichte und histologische Befunde

Der Vortrag von Prof. Dr. Arne Burkhardt in der mündlichen Verhandlung vom 2.5.2022 wurde von der Beschwerdegegnerin in ihrem Schriftsatz vom 11.5.2022 massiv angegriffen. Immer deutlicher wird indes, dass Herr Burkhardt nicht nur mit seinen Analysen recht hat, sondern eine Arbeit erledigt, die Aufgabe des PEI, des Pharmaunternehmens bzw. des Sponsors gewesen wäre.

Bereits oben unter III.1. habe ich auf einen erschütternden Fallbericht hingewiesen (Mörz, A Case Report: Multifocal Necrotizing Encephalitis and Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccination against Covid-19, doi: 10.20944/preprints202206.0308.v1, <https://www.preprints.org/manuscript/202206.0308/v1>). In diesem Bericht wird beschrieben, dass die Spike-Proteine bei der Autopsie an vielen Stellen im Körper gefunden wurden, unter anderem im Gehirn und im Herzen. Dies ist das Ergebnis eingehender histologischer Befunde. Wichtig ist, dass gerade in dieser Studie *eindeutig* die COVID-Impfung als Ursache identifiziert werden konnte: „*Spike source*

was from vaccination not infection as no Nucleocapsid protein was detected.“ Wenn die gefundenen Spikes also nicht vom Virus, sondern von der Impfung stammen, bedeutet dies: Die Impf-Spike-Proteine, genauer: die Lipid-Nanopartikel als Trägersubstanzen, *überwinden die Blut-Hirn-Schranke!*

Ein weiterer, bereits 2021 in der Fachliteratur veröffentlichter Autopsie-Bericht betrifft einen 86 Jahre alten Mann, der am Tag 26 nach der Impfung an akutem Nieren- und Lungenversagen verstorben ist, nachdem er zuvor durchgängig negativ auf SARS CoV-2 getestet worden war (Hansen et al., First case of postmortem study in a patient vaccinated against SARS-CoV-2, doi: [10.1016/j.ijid.2021.04.053](https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.04.053)). Auch hier sprechen die Indizien ganz klar für die Kausalität der (in diesem Fall: BioNTech-) Injektion (siehe dazu Science Files vom 21.6.2021, <https://sciencefiles.org/2021/06/21/erste-autopsie-eines-nach-covid-19-impfung-verstorbenen-in-der-arzte-zunft-herrscht-angst/>).

Hinzuweisen ist schließlich auf eine jüngere Studie, in denen eingehende Gewebe-Untersuchungen (Histologie) bei Patienten durchgeführt wurden, die nach der COVID-Injektion eine Entzündung im Herzmuskelgewebe erlitten hatten (Baumeier et al., Intramyocardial Inflammation after COVID-19 Vaccination: An Endomyocardial Biopsy-Proven Case Series, <https://doi.org/10.3390/ijms23136940>). Auch hier konnte in allen untersuchten Fällen die Kausalität der Impfung eindeutig festgestellt werden. Der Umstand, dass in dieser Studie alle 4 bis dato in der EU zugelassenen Impfstoffe vertreten sind, spricht erneut gegen die Idee, die beiden Beschwerdeführer könnten auf andere als mRNA-Injektionen ausweichen.

Die von Arne Burkhardt veröffentlichten Analysen sind daher unbedingt ernst zu nehmen! Und sie sprechen klar *gegen* die Annahme, die COVID-Injektionen seien sicher.

IV. Fazit zur COVID-Impfung bei Soldaten: Kein Nutzen, hohes Risiko!

Fassen wir zusammen:

1. Die Impfung ist unnötig!

Sie ist vor allem unnötig für Soldaten, die von Berufs wegen über eine überdurchschnittliche körperliche Fitness verfügen müssen. Und sie ist daher auch unnötig für beide Beschwerdeführer im hiesigen Verfahren. Wir reden von einem Virus, das

- selbst in den Tabellen des RKI nur noch mit einer Fallsterblichkeit von 0,02% notiert,
- offenbar so harmlos ist, dass Herr PD Dr. Ole Wichmann (RKI) sich bei seiner Vernehmung zu der Aussage veranlasst sah, wir hätten unter Omikron zwar eine riesige Welle, aber kaum noch Todesfälle,
- und in allererster Linie nur für Menschen mit erheblichen Vorerkrankungen gefährlich ist.

Die COVID-Impfung kann daher keinen Beitrag zur Gesunderhaltung von Soldaten leisten. Sie ist folglich schon keine ärztliche Maßnahme im Sinne von § 17 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SG; jedenfalls aber ist sie für die Beschwerdeführer unzumutbar im Sinne von § 17 Abs. 4 SG.

2. Die Impfung ist nicht wirksam!

Genauer: Sie wirkt durchaus, aber in die falsche Richtung! Für die massiv gestiegenen Inzidenzen seit dem Impfstart gibt es keine andere Erklärung als die, dass die COVID-Injektionen nach und nach das menschliche Immunsystem beeinträchtigen. Das RKI ist selbst nicht in der Lage, einen signifikanten Effekt der Impfung für die Verhinderung schwerer Verläufe oder der Virus-Verbreitung zu belegen.

3. Die Impfung ist nicht sicher!

Die Impfn Nebenwirkungen, die bis hin zum Tod reichen können, sind in ihrer Schwere dramatisch und in ihrem Ausmaß noch völlig unklar, weil viel zu wenig unternommen wird, um eine solide Datengrundlage zu errichten. Sicher ist nur, dass jeder, der sich der COVID-Impfung unterzieht, sich auf ein Russisches Roulette-Spiel einlässt: Für die meisten Menschen hatte, wie es scheint (Genaueres wissen wir ja, wie gesagt, nicht), die Injektion keine oder nur geringfügige Nebenwirkungen. Für viele andere dagegen bedeutet die Impfung, dass nichts in ihrem Leben so ist wie vorher.

Die Vielfalt der Impfn Nebenwirkungen deutet darauf hin, dass das Hauptproblem der COVID-Injektionen die Zunahme von Autoimmunerkrankungen ist (siehe dazu auch Peter F. Mayer vom 11.6.2022, <https://tkp.at/2022/06/11/autoimmunerkrankungen-durch-covid-impfungen-werden-immer-mehr/>). Wenn die Lipid-Nanopartikel überall in den menschlichen Körper gelangen und die Impfn Spike-Proteine überall im Körper exprimiert werden, bedeutet dies, dass die COVID-Injektionen das körpereigene Gewebe überall dort angreifen, wo die Impfn Spikes und die Lipid-Nanopartikel hingelangen. Die COVID-Injektionen werden so zur tickenden Zeitbombe!

Prof. Dr. Martin Schwab