

RA Wilfried Schmitz, Mitglied der RA-Kammer Köln

**Wilfried Schmitz
Rechtsanwalt**



An das
Landgericht Hanau
Nußallee 17
63450 Hanau

📍 De-Plevitz-Str. 2
52538 Selfkant

☎ 02456 5085590
📞 01578 7035614
🖨 02456 5085591

🌐 www.anwalt-schmitz.eu
✉ ra.wschmitz@gmail.com

beA

AZ: 18/2024 (3/5/141.149)

Selfkant, den 26.5.2024

Antrag auf Prozesskostenhilfe und Klageentwurf

In der Sache

der Frau ..., ... Str. ...,

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Wilfried Schmitz, Kontaktdaten wie im Briefkopf angegeben

gegen die BioNTech Manufacturing GmbH, An der Goldgrube 12, 55131 Mainz, vertreten durch den Vorstand Prof. Dr. Ugur Sahin, CEO, Sean Marett, CBO & CCO, Dr. Sierk Petting, COO, Prof. Dr. Özlem Türeci, CMO, Ryan Richardsn, CSO, Jens Hollstein, CFO, Dr. James Ryan, CLO.

- Beklagte -

Prozessbevollmächtigter: White & Case, Rechtsanwälte Steuerberater Notare, Bockenheimer Landstraße 20, 60323 Frankfurt am Main

wegen Schmerzensgeld und Schadensersatz

vorläufiger Streitwert: 150.000,00 €

wird beantragt,

1.

der Klägerin unter Beiordnung des Unterzeichners für die erste Instanz Prozesskostenhilfe zu bewilligen,

2.

die Bekanntgabe des PKH-Gesuchs an den Gegner unabhängig von den Erfolgsaussichten zu veranlassen.

Begründung:

Die Klägerin ist nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen nicht in der Lage die Kosten des beabsichtigten Rechtsstreits aufzubringen.

Einzusetzendes Einkommen i.S. von § 115 Abs. 1 ZPO ist nicht vorhanden, so dass sie nicht durch monatliche Raten zu den Kosten beitragen kann.

Auch eigenes Vermögen steht ihr nicht zur Verfügung.

Insoweit wird auf die Erklärung der Antragstellerin über ihre persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse verwiesen, die mitsamt den erforderlichen Belegen hierzu als

Anlage Erklärung zu PKH-Antrag

überreicht wird.

Die beabsichtigte Klage hat hinreichende Aussicht auf Erfolg und ist auch nicht mutwillig.

Hierzu wird auf den nachfolgenden Klageentwurf verwiesen. Die Klage soll nur so weit erhoben werden wie PKH bewilligt ist.

Der zu Ziff. 2 gestellt Antrag hat das Ziel, auf jeden Fall die Verjährung zu hemmen, selbst wenn das Gericht die Erfolgsaussichten verneinen sollte. Das setzt die Bekanntgabe des PKH-Gesuchs voraus (vgl. § 204 Abs. 1 Nr. 14 BGB, BGH NJW 2008, 1939).

Schmitz
Rechtsanwalt

(Dieser Schriftsatz ist qualifiziert elektronisch signiert)

Klageentwurf:

Namens und mit Vollmacht der Klägerin erhebe ich Klage und werde in mündlicher Verhandlung beantragen zu erkennen:

1.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin ein angemessenes Schmerzensgeld nebst 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 27.5.2024 zu bezahlen,

2.

Es wird festgestellt, dass die Beklagte (darüber hinaus) verpflichtet ist der Klägerin allen weiteren, derzeit noch nicht bezifferbaren materiellen und immateriellen Schaden zu ersetzen, der der Klägerin auf Grund der Schädigungshandlung (der Herstellung und dem Vertrieb der Covid-19-Injektion Comirnaty) bereits entstanden ist und künftig noch entstehen wird, soweit der Anspruch nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder andere Dritte übergegangen ist.

3.

Die Beklagte ist verpflichtet, die Klägerin von den außergerichtlich angefallenen Kosten ihrer Rechtsverfolgung in Höhe von 3.020,34 € freizustellen.

4.

Die Beklagte ist verpflichtet, die Klägerin von den außergerichtlich angefallenen Kosten für das Gutachten des Sachverständigen Dr. Hans-Joachim Kremer zur Beurteilung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses i.S. des § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG in Höhe von **15.000,00 € (?)** freizustellen.

5.

Die Beklage trägt die Kosten des Rechtsstreits.

6.

Überdies wird beantragt,

bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ein

(Teil-)Versäumnis- oder (Teil-)Anerkenntnisurteil

zu erlassen.

Weitere Anträge zu Auskunftsansprüchen gem. § 84 a AMG und § 35 Abs. 1 GenTG bleiben ausdrücklich vorbehalten.

Mit einer Entscheidung des Rechtsstreits durch einen Einzelrichter sind wir nicht einverstanden, da die Sache besondere Schwierigkeiten tatsächlicher und rechtlicher Art aufweist und auch grundsätzliche Bedeutung hat.

Inhaltsverzeichnis

A) Vorbemerkungen.....	
I. Einleitende Anmerkungen.....	
II. Unzutreffende Narrative	
III. Sachbücher und sonstige Beiträge zur Vertiefung.....	
 B) BioNTechs übelste Fehleinschätzungen, Manipulationen, Lügen und Unterlassungen (in Entwicklung, Zulassung und Vertrieb).....	
I. Grundsätzliche „konzeptionelle“ Fehler schon in der Entwicklung.....	
II. Die Zulassungsstudie.....	
III. Die Zulassungsentscheidung.....	
IV. Die Produktion.....	
V. Vertrieb / Erkenntnisse nach der Zulassung.....	
VI. Das systematische Versagen der Arzneimittelaufsichtsbehörden.....	
VII. Datenbanken und das Versagen der Ärzte.....	
 C) Begründung der Klageanträge / Sachverhalt.....	
I. Sachverhalt.....	
II. Nachweise und Indizien für die Kausalität der Covid-Injektionen für die streitgegenständlichen Impfschäden.....	
III. Typische Nebenwirkungen von Comirnaty.....	
 C2) Begründung der Klageanträge / Zur Rechtslage.....	
I. Ansprüche aus Gefährdungshaftung - § 84 AMG.....	
II. Ansprüche aus Verschuldenshaftung - § 91 AMG	
1.PrdoHaftG.....	
2.§ 823 Abs. 1 BGB.....	
3.§ 823 Abs. 2 BGB.....	
4.§ 826 BGB.....	
5.§ 32 GenTG.....	
III. Haftung mehrerer gem. § 840 BGB.....	
 D) Womit sich die Beklagte nicht verteidigen kann.....	
 E) Zur bisherigen Rechtsprechung gegen Covid-19-Injektionshersteller.....	
 F) Die Bezifferung der einzelnen Ansprüche.....	
I. Immaterielle Schäden.....	
II. Materielle Schäden.....	
III. Erstattung vorgerichtlicher Kosten und Auslagen.....	
 Anhang.....	

Anlagen:

Anlage 0: Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen

Anlage K 1: Schriftsatz von Prof. Dr. Martin Schwab an das Sächsische OVG vom 4.2.2024

Anlage K 2: Dr. Michael Palmer et al.: PDF des eBooks „Warum mRNA-Impfstoffe giftig sind“

Anlage K 3 A, B, C: Strafanzeige der schweizer Kanzlei Kruse Law gegen Swissmedic vom 7.2.2024 (A: Summary / C: Strafanzeige / D: Evidenzreport)

Anlage K 4: Gutachten von Dr. Hans-Joachim Kremer zum negativen Nutzen-Risiko-Verhältnis i.S. von § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG

Anlage K 5: Schriftsatz von Prof. Dr. Martin Schwab an das BVerwG vom 3.4.2023

Anlage K 6: Schriftsatz von Prof. Dr. Martin Schwab an das BVerwG vom 20.7.2022

Anlage K 7: Analyse von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer mit dem Titel „DNA ist kein Spielzeug“

Anlage K 8 Meine Strafanzeige an die StA Leipzig vom 19.2.2024

Anlage K 9: Mein Schriftsatz an das BVerwG zu BVerwG vom 16.1.2024

Anlage K 10: Gutachten von Studienrat Raimund Hagemann vom 28.11.2023

Anlage K 11: Kriminelle, unprofessionelle Coronaimpfreibjagd“ von Prof. Dr. Arne Burkhardt

Anlagen K 12: Kopie Impfausweis

Anlage K 13: Ärztliche Berichte und sonstige Nachweise zu Injektionsschaden

Anlage K 14 Pathologie-Modell von Dr. Andreas Bermpohl

Anlage K 15: Appendix 2.2: Cumulative and Interval Summary Tabulation of Serious and Non-Serious Adverse Reactions from Post-Marketing Data Sources

Anlage K 16A1: Vorlage für Strafanzeige an den IStGH von Mai 2021

Anlage K 16A2: Vorlagen für Strafanzeige an den GBA von Mai 2021

Anlage K 16B1 Vorabkaufvertrag zwischen EU und Pfizer vom 20.11.2020

Anlage K 16B2 An WHO gemeldete Nebenwirkungen zu Comirnaty bis 27.3.2021

Anlage K 16B3 Statistik WHO vom 12.11.2021 zu verschiedenen medizinischen Produkten

Anlage K 16B4 (ist identisch mit Anlage K 15, daher hier nicht noch einmal übermittelt)

Anlage K 16B5 Bericht des Europäischen Rechnungshofes von 2022 (S. 33-34)

Anlage K16B6 Stellungnahme der EMA vom 18.10.2023

Anlage K16B7 EU-Widerruf des Arzneimittels „Vaxzevria“/AstraZeneca vom 27.3.2024

Anlage K 17: BioNTech-„Geschäftsbericht 2020“

Anlagenkonvolut K 18: Nachweise zu den materiellen Schäden (noch ausstehend)

Anlagenkonvolut K 19 Außergerichtliche Schreiben an die Beklagte vom 27.3.2024, 24.4.2024 und vom 7.5.2024

Anlagenkonvolut K 20: Außergerichtliche Schreiben der Beklagten vom ...?

Anlage K 21: Rechnung des Sachverständigen Dr. Hans-Joachim Kremer vom ...?

Der Inhalt dieser Anlagen wird – soweit das nachfolgend nicht besonders geschieht – hiermit vollumfänglich in Bezug genommen und zum Klagevortrag erhoben.

Nur so können alle relevanten Fakten übermittelt und gleichzeitig die Übersichtlichkeit der Klageschrift gewahrt werden.

A)

Vorbemerkungen:

I. Einleitende Anmerkungen

Das erkennende Gericht wird sich nur dann objektiv und neutral mit dieser Klage befassen können, wenn es sich zuvor ein gewisses Grundlagenwissen angeeignet, der den Wissensvorsprung der Beklagten so weit wie möglich reduziert, und sich darüber hinaus von allen ggf. noch vorhandenen Fehlvorstellungen befreit hat, die durch die jahrelange massenmedial betriebene, einer Angst- und Schockstrategie dienende systematische Desinformation in großen Teilen der Bevölkerung induziert worden sind.

Daher erlaube ich mir ein paar grundsätzliche Anmerkungen, um dem erkennenden Gericht einen möglichst guten Einstieg und eine schnelle Übersicht über die komplexen Sachfragen zu ermöglichen, die für die Entscheidung dieser Rechtssache von besonderer Relevanz sind.

Mittlerweile sind zahlreiche Studien, wissenschaftliche Beiträge und auch gut recherchierte Sachbücher veröffentlicht worden, die die zum Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung zugänglichen und relevanten Aspekte der gesamten Covid-19-Injektionskampagne – einschließlich der mit ihr verbundenen Schockstrategie – aufgearbeitet haben.

Nachfolgend werde ich eine kleine Auswahl solcher Quellen und Sachbücher benennen, die sich teilweise auf hunderte weiterführende Quellen beziehen.

Ich nehme vorweg: Von diesen Büchern sollte das erkennende Gericht unter allen Umständen zunächst das Buch „**Die Corona-Verschwörung**“ der Kollegin Dr. Brigitte Röhrig gelesen haben, zu deren Referenzen eine jahrzehntelange Erfahrung mit dem deutschen und europäischen Arzneimittelrecht zählt. Dieses Buch übermittelt eine sehr gute Übersicht über das wichtigste Basiswissen, auf das es hier ankommt.

Das, was dort steht, könnte sicherlich auch aus unzähligen Beiträgen zahlreicher kritischer Quellen zusammengetragen werden. Aber für jeden Richter dürfte es eine wesentliche Erleichterung darstellen, wenn in diesem Schriftsatz möglichst viele Quellen aus nur einer Referenzquelle gewonnen werden.

Trotz dieser Flut an Beiträgen, die zu einer umfassenden tatsächlichen und juristischen Aufarbeitung der Covid-19-Injektionskampagne einladen, war in letzten Jahren leider nur sehr selten erkennbar, dass die Justiz an einer ernsthaften, faktenbasierten und vorurteilslosen juristischen Aufarbeitung der sog. Anti-Corona-Maßnahmen und der gesamten Covid-19-Injektionskampagne interessiert war. Im Lichte der mittlerweile zugänglichen Informationen kann eine solche Haltung nicht mehr aufrechterhalten werden.

Im Interesse aller Menschen, die seit Dezember 2020 durch die Covid-19-Injektionen – oft schwer bis hin zum Tod – in ihrer Gesundheit geschädigt worden sind, ist es dringendst angezeigt, dass auch die Strafverfolgungsbehörden hierzulande endlich mit einer umfassenden strafrechtlichen Aufarbeitung der gesamten Covid-19-Injektionskampagne beginnen.

Urteile wie die des AG Halle (Saale) vom 14.12.23 – 98 C 2116/21 gegen evidenzlose Maskenpflicht in Schulen blieben bislang die absolute Ausnahme. Die Rechtsprechung hat

regelmäßig auf die Hinzuziehung von unabhängigen und kritischen Experten verzichtet und deshalb letztlich mehr verdunkelt als erhellt.

Zu der Weigerung der Justiz, die Verhältnismäßigkeit von sog. Anti-Corona-Maßnahmen zu hinterfragen, heißt es u.a. in einem Beitrag auf **netzwerkkrista.de** vom 2.4.2023 (**Zitat**):

„Die Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht (NVwZ) ... veröffentlichte am 10. März 2023 einen gleichermaßen sehr lesenswerten wie umfangreichen zweiteiligen Onlineaufsatz des Rechtsanwalts Sebastian Lucenti mit dem Titel **Keine „Lex-COVID-19“ für Corona-Maßnahmen Teil I und Teil II.(1)** - Darin nimmt der Autor u.a. eine Analyse der gerichtlichen Verhältnismäßigkeitsprüfung von Corona-Maßnahmen vor.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass der Gesetzgeber seinen staatlichen Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum – entgegen den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse I und II“), vom 10.2.2022 und vom 27.4.2022 („COVID-19-Impfpflicht I und II“) – längst überschritten habe. Eine Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen hielten bei einer umfassenden Sachverhaltsauswertung einer Verhältnismäßigkeitsprüfung nicht stand. Dies gelte umso mehr bei einer sorgfältig durchgeführten gerichtlichen Beweisaufnahme. Weiter stellt er fest, Gesetzgeber und Exekutive hätten bei der Beurteilung der Gefährdungslage durch COVID-19 und bei der Auswahl der Mittel eine Vielzahl vermeidbarer systemischer Fehler begangen, indem sie rationale differenzierte Grundüberlegungen außer Acht ließen. Er resümiert, Teile der Bevölkerung dürften nicht als menschliche Schutzschilde für einen anderen Teil der Bevölkerung eingesetzt werden, schon gar nicht Kinder und Jugendliche.

Die mit staatlichen Corona-Maßnahmen befassten Gerichte seien eindringlich aufgerufen, den maßgeblichen Sachverhalt selbständig zu ermitteln und die Richtigkeit der Empfehlungen und Daten weisungsgebundener staatlicher Einrichtungen kritisch zu prüfen – so insbesondere diejenigen des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), die zudem maßgeblichen Einfluss auf die gerichtlich zu überprüfende Gesetzgebung und den Verordnungserlass hatten. Eine richterliche Sachprüfung mit offenen Augen sei zumeist ausgeblieben. Eine rasche kritische Aufarbeitung der Corona-Rechtsprechung sei notwendig.“ (**Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt**)

Links des Beck-Verlags zu diesen Beiträgen des Kollegen Sebastian Lucenti:

https://rsw.beck.de/docs/librariesprovider176/default-document-library/aufsätze-online/online-aufsatz-2-2023.pdf?sfvrsn=787bf02_1

https://rsw.beck.de/docs/librariesprovider176/default-document-library/aufsätze-online/online-aufsatz-3-2023.pdf?sfvrsn=18cc7684_1

Die Elemente in der Argumentation des Kollegen Sebastian Lucenti sind nicht neu, hier aber sehr stringent zusammengefasst. Der Versuch einer Widerlegung ist nicht bekannt.

Von dem vormaligen Weimarer Richter Christian Dettmar einmal abgesehen, war seit März 2020 fast kein Richter in diesem Land dazu bereit, den im jeweiligen Verfahren maßgeblichen Sachverhalt zu ermitteln und die Richtigkeit der Empfehlungen und Daten von Behörden wie dem RKI und dem PEI, die bekanntlich beide zum Geschäftsbereich des

Bundesgesundheitsministeriums gehören, kritisch zu hinterfragen und durch die Einbeziehung von Sachverständigen sachverständig zu überprüfen.

Das Schicksal des Richters Dettmar dürfte allgemein bekannt sein. Der Kommentar der kritischen Richter und Staatsanwälte zu dem unsäglichen Urteil des Landgerichts Erfurt vom 23.8.2023 war vernichtend, siehe:

<https://netzwerkkrista.de/2023/12/15/nur-ein-schwaecheanfall-der-justiz-noch-einmal-das-urteil-des-landgerichts-erfurt-gegen-christian-dettmar/>

Eine weitere Kritik zu diesem Urteil findet sich in einem Beitrag von Frauke Rostalski / Elisa Hoven in NSTZ 2024, S. 65-70.

Entsprechend negativ fällt auch das Fazit des Kollegen Sebastian Lucenti in seinem Interview in der Epoch Times mit dem Titel **„Das Versagen des demokratischen Rechtsstaats in der Corona-Krise“** aus, das unter diesem Link im Volltext abrufbar ist:

https://www.epochtimes.de/assets/uploads/2023/10/Interview_RA_Lucenti_Sebastian_Endfassung_20231027.pdf

Auch seine Analyse bestätigt, dass die Justiz in der Corona-Krise bei der Gewährung von effektivem Rechtsschutz vollumfänglich versagt hat, da sie nicht in der Lage war die Berechtigung der sog. Anti-Corona-Maßnahmen und der diversen Formen der Nötigung der Menschen zu den Covid-19-Injektionen kritisch zu hinterfragen.

Es ist höchste Zeit diese Praxis zu beenden, wenn die Rechtspflege ihrer Glaubwürdigkeit nicht irreparablen Schaden zufügen will. Die Justiz muss sich bewähren, wenn es darauf ankommt. Dem Ruf der Menschen nach Aufarbeitung werden sich Politik und Justiz ohnehin nicht auf Dauer entziehen können.

Nachfolgend wurden bewusst insbesondere Quellen verarbeitet, die für jedermann – zudem regelmäßig kostenlos – zugänglich sind. Niemand, insbesondere kein Verantwortlicher, soll noch sagen können, er hätte es doch nicht besser gewusst.

II. Unzutreffende Narrative

Was waren das doch gleich für Narrative, auf denen alle sog. Anti-Corona-Maßnahmen basierten und die niemand hinterfragen sollte?

Ich möchte stark verkürzt nur an folgende Narrative erinnern, die nachweislich allesamt auf unzutreffenden Behauptungen bzw. auf dreisten Lügen basierten:

1.

Drohende Überlastung Gesundheitswesen / Intensivpflege? – eine Lüge

Das kann man sogar aus der Pressemitteilung des Bundesamtes für Statistik Nr. 445 vom 22.9.21 ableiten, in der es heißt (**Zitat**):

„...Die Corona-Pandemie hatte im Jahr 2020 deutliche Auswirkungen auf die Zahl der stationären Behandlungsfälle und Operationen in den deutschen Krankenhäusern: Insgesamt wurden 16,4 Millionen Patientinnen und Patienten in den allgemeinen Krankenhäusern stationär behandelt. **Wie das Statistische Bundesamt (Destatis) mitteilt, waren das 13 % beziehungsweise fast 2,5 Millionen Fälle weniger als im Vorjahr.** Besonders stark war der Rückgang in der ersten Corona-Welle im April 2020 mit über einem Drittel (-35 %) weniger stationärer Behandlungsfälle als im Vorjahresmonat. Die Zahl der Operationen ging im Jahr 2020 gegenüber dem Vorjahr um 9,7 % auf 6,4 Millionen zurück...“ (**Zitat Ende**)

Quelle.

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_445_231.html#:~:text=WIESBADEN%20-%20Die%20Corona%2DPandemie%20hatte,den%20allgemeinen%20Krankenhäusern%20stationär%20behandelt.

2.

Hohe IFR der Covid-19-Injektionen? – Eine Lüge (die erkennbar eine der Voraussetzungen für eine bedingte Zulassung durch die EMA aushebeln sollte, denn ohne Notlage wäre keine Not- bzw. bedingte Zulassung möglich gewesen)

Darauf hat Prof. Dr. Ioannidis, einer der meistzitierten Wissenschaftler der Welt, **schon März 2020** hingewiesen (**Zitat**):

„Das sollten wir allerdings bereits aus anderen internationalen Studien wissen. Laut den Daten der am besten untersuchten Länder wie Südkorea und Island sowie dem Kreuzfahrtschiff Diamond Princess liegt die Letalität von Covid19 insgesamt im Promillebereich (Artikel von John PA Ioannidis) und damit im Bereich einer starken Influenza (Grippe) Epidemie.

Ioannidis schreibt in dem Artikel: “Wenn man die Sterblichkeitsrate der Diamond Princess auf die Altersstruktur der US-Bevölkerung projiziert, würde die Sterblichkeitsrate unter den mit Covid-19 infizierten Personen 0,125 % betragen. Da diese Schätzung jedoch auf extrem dünnen Daten beruht – unter den 700 infizierten Passagieren und Besatzungsmitgliedern gab es nur sieben Todesfälle – könnte die

tatsächliche Sterblichkeitsrate fünfmal niedriger (0,025 %) bis fünfmal höher (0,625 %) liegen.“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2020/04/10/so-kommen-wir-raus-aus-der-coronakrise/>

Prof. Ioannidis hat diese Thematik im Rahmen einer Metastudie aufgearbeitet, die er wiederholt aktualisiert hat. Im **Oktober 2022** stand für ihn dann endgültig fest **(Zitat)**:

„Schon lange vor “Omikron” und der Impfkampagne war Covid weitaus weniger tödlich als bisher angenommen. Das errechnet eine neue Studie von John Ioannidis und seinem Team. Die Untersuchung ergibt eine Infektionssterblichkeitsrate von unter 0,1 Prozent bei unter 70-jährigen.

Vor der Impfkampagne lag die Infektionssterblichkeitsrate (IFR) noch niedriger als bisher angenommen. Das ergibt eine neue Studie unter der Leitung von John Ioannidis, dem meistzitierten Arzt der Welt. Er und sein Team schätzen, dass die IFR bei unter 70-jährigen in der Zeit vor der Impfung unter 0,1 Prozent lag. Damit also noch einmal erheblich niedriger als bisher angenommen.“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/18/neue-ioannidis-studie-covid-war-schon-2020-ungefaehrlicher-als-bisher-angenommen/>

3.

Möglichkeit der Ansteckung durch symptomlose Menschen? – eine Lüge

Hierzu heißt es in einem pkt.at-Artikel vom 17.1.2021 **(Zitat)**:

„Am 20. November 2020 hat eine breitangelegte Studie aus China für Aufsehen gesorgt, an welcher 9.899.828 Mio. Einwohner der Stadt Wuhan (rund 92,9% der Stadtbevölkerung) teilgenommen haben. Zusammenfassend kommen die Forscher aus Wuhan zu dem Ergebnis, dass es keine Hinweise darauf gibt, dass von den identifizierten asymptomatischen Fällen eine Gefahr für die allgemeine Bevölkerung ausging. Offensichtlich ist die Viruslast bei den gesunden Trägern der Corona Viren so gering, dass diese nicht ausreicht um bei anderen Menschen eine schwere Erkrankung auszulösen...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2021/01/17/keine-beweise-fuer-ansteckung-durch-asymptomatische-personen/>

4.

Tauglichkeit des PCR-Tests zum Virusnachweis? – eine Lüge

Hierzu könnte man sich mittlerweile auf mehrere Bücher und umfangreiche Gutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer beziehen. Ich belasse es bei dem Beitrag „Der PCR-Test, der große Bluff“ auf tkp.at vom 2.5.23 **(Zitat)**:

„Die Vorgabe, auch symptomlose Menschen PCR zu testen und daraufhin gegebenenfalls zu isolieren, hatte kaum Einfluss auf die Ausbreitung von Sars-Cov-2. Denn ein **positives Testergebnis** allein liefert **keinen zweifelsfreien Nachweis** einer Infektion und gibt auch **keinen Aufschluss darüber, ob jemand tatsächlich infektiös ist**. [1]...“ **(Zitat Ende)**

Quelle (mit zahlreichen weiterführenden Hinweisen):

<https://tkp.at/2023/05/02/der-pcr-test-der-grosse-bluff/>

5.

Tauglichkeit von nicht-pharmazeutischen Interventionen wie Maskentragen, Abstand halten, Kontaktverboten/Ausgangssperren, Demonstrationsverboten etc.? – eine Lüge

Die Beiträge hierzu sind mittlerweile ebenfalls Legion. Zur Wahrung der Übersichtlichkeit sei auch hierzu nur auf einen Beitrag von tkp.at vom 1.10.23 verwiesen **(Zitat)**:

„**Über Schaden und Wirkungslosigkeit von Lockdowns und den anderen nicht-pharmazeutischen Interventionen gibt es schon lange Klarheit durch Studien von führenden Epidemiologen. Insbesondere Schweden, das ja bei Lockdowns, Schließungen von Schulen, Geschäften und Gastronomie, sowie beim Maskenzwang nicht mitgemacht hat, liefert den schlagenden Beweis für die Sinnlosigkeit und Schädlichkeit dieser Maßnahmen.**

Am Mittwoch veröffentlichte die britische Gesundheitssicherheitsbehörde in aller Stille eine Untersuchung, die zu dem Ergebnis kam, dass die Evidenzbasis für die Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen (NPIs) bei der Covid-Übertragung schwach ist. Dazu gehören Maßnahmen wie Lockdowns, die „6er-Regel“, Tests und Isolierung, Gesichtsbedeckung, Grenzbeschränkungen und mehr...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2023/10/01/uk-gesundheitsbehoerde-keine-evidenz-fuer-erfolg-von-lockdowns/>

6.

Es gab und gibt keine Behandlungsalternativen zu den Covid-19-Injektionen? – eine Lüge (die erkennbar eine der Voraussetzungen für eine bedingte Zulassung durch die EMA aushebeln sollte)

a)

Vitamin D

Dr. med. Andreas Nehls hat in seinem Buch „**Das indoktrinierte Gehirn**“ ab Seite 216 unter der Überschrift „KAUSALE PRÄVENTION VON SCHWEREN SARS-COV-2-INFEKTIONEN IST RECHTSEXTREM?“ höchst aufschlussreiche Fakten zu Vitamin D und über den Umgang mit Vitamin D zusammengetragen.

Dort heißt es also (**Zitat, Hervorhebungen durch Fettdruck wurden hinzugefügt**):

„Kausale Prävention von schweren SARS-COV-2-INFEKTIONEN IST RECHTSEXTREM?

Mit Unterstützung der WHO konnte die haarsträubend falsche Behauptung, dass kein anderes erfolgsversprechendes Mittel gegen COVID-19 in Sicht sei, zur scheinbar offensichtlichen Wahrheit erhoben werden – erst dadurch wurde die Notfallzulassung einer experimentellen Gentherapie denkbar. Nur durch diese sei es angeblich möglich, Menschenleben zu retten und einen Schutz vor den negativen Auswirkungen der Covid-Infektion zu gewährleisten. Das einzige Problem bei dieser Argumentation: **Es gab immer eine (sehr viel effektivere, risikofreie) Alternative: ein durch evidenzbasierte Methoden gestärktes Immunsystem.** Aber diese Option wurde ignoriert, und alle klinischen Studien verglichen nur geimpfte mit nicht geimpften Versuchsteilnehmern, aber niemals geimpfte mit ungefährdeten. Letzteres wären Personen, die ohne Vitamin-D-Mangel aufgrund einer ausreichenden Supplementierung über ein natürlich funktionierendes Immunsystem verfügen. In anderen Worten: Hätte man der Kontrollgruppe in den klinischen Studien die bestmögliche, schon existierende Präventionsmaßnahme angedeihen lassen, was ethisch verpflichtend gewesen wäre, dann wäre das ganze gesundheitliche Problem und die mangelnde Schutzwirkung durch den neuartigen „Impfstoff“ noch wesentlich eindeutiger gewesen, als es sowieso schon war, **was eine Notfallzulassung von vorneherein verhindert hätte.** Doch auch ohne Vitamin-D-Supplementierung der Kontrollgruppen zeigte eine entsprechende, wissenschaftlich publizierte Auswertung der üblichen Studiendaten, dass bei Betrachtung sowohl schwerer Infektionen mit COVID-19 als auch schwerwiegender unerwünschter Ergebnisse keiner der Impfstoffe einen gesundheitlichen Nutzen bot. Im Gegenteil: In der mit dem **Pfizer/BioNTech-** Impfstoff behandelten Gruppe traten 52 Prozent mehr schwere Ereignisse auf als in der Kontroll-bzw. Placebo-Gruppe. Beim Moderna-Impfstoff waren es etwa 80 Prozent mehr. In der Johnson&Johnson-Studie gab es in der Impfgruppe sogar 323 Prozent, als über dreimal mehr schwerwiegende Ereignisse als in der Kontrollgruppe. „Auf der Grundlage dieser Daten“, so das Fazit der Analyse, „ist es so gut wie sicher, dass die Massenimpfung gegen COVID-19 der Gesundheit der Bevölkerung im Allgemeinen schadet.“ Wie wäre das Ergebnis erst ausgefallen, wäre die Kontrollgruppe ausreichend mit Mikronährstoffen, allen voran Vitamin-D, versorgt gewesen? Lassen Sie es uns ansehen.

Schon im Jahr 2006 publizierte eine Gruppe internationaler Wissenschaftler ihre Erkenntnis, dass der saisonale Vitamin-D-Mangel verantwortlich ist für das ebenso saisonale Auftreten der Influenza sowie für den Schweregrad der Infektionsverläufe. Die darin enthaltende Empfehlung einer Vitamin-D-Supplementierung, um auch im Winter sommerliche Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel von etwa 125nmol/l zu erzielen, hätte seither jährlich zehn- oder sogar hunderttausende Menschen davor schützen können, an Influenza (oder an jeglicher anderen viralen Atemwegsinfektion) zu sterben. **Diese vollkommen natürliche und völlig gefahrlose, immunologische Schutzmaßnahme wurde jedoch weitgehend ignoriert, vielleicht weil sie der Grippeimpfung die Argumentationsgrundlage entzogen hätte.** Da eine entsprechende Vitamin-D-Prophylaxe auch sämtliche Corona- Maßnahmen ad absurdum geführt hätte, wurde diese lebensrettende Erkenntnis der Influenza-Forschung auch in der Corona-Krise weiterhin nicht beachtet, da sie den ganzen Spuk sofort hätte beenden können. **Schon am 28. Februar 2020**, und damit vor dem ersten Lockdown, hypothetisierte korrekt Prof. Andrea Giustina, Präsident der *European Society of Endocrinology*, im *British Medical Journal*: „dass ein niedriger Vitamin-D- (Prohormon-)Spiegel die Verbindung zwischen Alter, Vorerkrankungen und erhöhter Anfälligkeit für Komplikationen und Mortalität aufgrund einer

COVID-19-Infektion in den nördlichen Regionen Italiens sein könnte“. Und im April 2020 lieferte eine Forschungsgruppe mit ihrem Artikel *Evidenz dafür, dass eine Vitamin-D-Ergänzung das Risiko von Grippe- und COVID-19-Infektionen und Todesfällen verringern könnte*: „Personen mit einem Risiko für Influenza und/oder COVID-19 wird die Einnahme von 10.000 IE/Tag Vitamin D3 für einige Wochen empfohlen, um die Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel rasch zu erhöhen, gefolgt von 5.000 IE/Tag. Ziel sollte es sein, die Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel auf 100-150nmol/l zu erhöhen.

Lebenswichtiges Know-How zu Vitamin D. Vitamin D wird entweder in der Haut mithilfe der UV-B-Strahlung der Sonne synthetisiert (was in Deutschland aber nur in den Sommermonaten gelingt), oder es muss zwingend mit der Nahrung zugeführt werden. Allerdings hat nur fettreicher Fisch ausreichend hohe Konzentrationen. Daher bleibt nur die Supplementierung. Bei der Vitamin-D-Spiegel-Bestimmung misst man nicht Vitamin D, sondern die Vitamin-D-Prohormon-Konzentration. Dies bedeutet, wenn man den Vitamin-D- (Prohormon-)Spiegel durch Einnahme von Vitamin-D anheben will, kann es einige Tage dauern, weil die Umwandlung von Vitamin-D zum Vitamin-D-Prohormon, die in der Leber stattfindet, einige Tage dauern kann. Präventiv ist das in der Regel kein Problem, da die Zeit nicht drängt. Muss man den Vitamin-D-Spiegel bzw. den Vitamin-D-(Prohormon-) Spiegel jedoch schnell anheben, sozusagen als Therapie im akuten Krankheitsfall, muss man Vitamin-D-Prohormon verabreichen.

Doch statt diese einfache und kostengünstige Empfehlung umzusetzen, wurde den Menschen unermesslicher Schaden zugefügt. Trotz aller medialer Propaganda, dass es um das Retten von Menschenleben ginge, kann die Gesundheit der Menschen den drakonischen „Schutzmaßnahmen“ nie als Ziel gewesen sein, weshalb es treffender wäre, sie fortan auch als „Gefährdungsmaßnahmen“ zu bezeichnen, mit einer völlig anderen Zielsetzung. Anders lassen sich die Geschehnisse meines Erachtens nicht erklären. So konnten schon im ersten Corona-Jahr klinische Studien dieses tödliche Versagen der Politik und insbesondere der Gesundheitssysteme weltweit eindrücklich und zweifelsfrei belegen. Belgische Wissenschaftler publizierten schon im November 2020, dass wenn der Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel unter 50 nmol/l fällt, sich das Risiko an COVID-19 zu sterben, um etwa das Vierfache erhöht. Diese Risikoerhöhung war unabhängig vom Alter der Patienten oder ihren Vorerkrankungen und galt somit auch für die Risikogruppen. Bei Werten unter 50 nmol/l gegenüber Werten über 100 nmol/l ist das Risiko eines schweren Verlaufs um das Vierzehnfache erhöht, wie die israelische Studie bei den ersten beiden Infektionswellen herausfand. Bei Werten unter 30 nmol/l (gegenüber Werten darüber), also Vitamin-D-Spiegel, die typisch sich für die Wintermonate in Deutschland und die Saisonalität viraler respiratorischer Infekte erklärt, so das Ergebnis einer schon im September 2020 veröffentlichten Studie des Universitätsklinikum Heidelberg, erhöht sich das Risiko eines tödlichen Krankheitsverlaufs sogar um etwa das Achtzehnfache. Wie schon in Kapitel 1 (*Kausale Prävention, die niemand wollte*) ausgeführt, **könnten mit einer ausreichenden Vitamin-D-Prophylaxe laut DKFZ neun von zehn COVID-19-Todesopfer verhindert werden**, und bei einem Vitamin-D-Prohormon-Spiegel von 125nmol/l läge die Sterbewahrscheinlichkeit theoretisch sogar bei null (theoretisch, weil ein multimorbider Mensch praktisch an jeglichem Infekt sterben kann, mit oder ohne Vitamin-D, selbst ohne Infekt schon beim Treppensteigen oder im Schlaf).

Der kausale Zusammenhang zwischen einem Vitamin-D-Mangel bzw. einem mangelhaften Vitamin-D-Prohormon-Spiegel und einem hohen Risiko, an COVID-19 zu sterben, wurde schon einen Monat davor in einer am 29. August publizierten Interventionsstudie aus dem südspanischen Cordoba eindrücklich belegt. Bei Corona-positiven Patienten, die wegen der COVID-19-bedingten Lungenentzündung stationär aufgenommen werden mussten, konnte

das Risiko, auf Intensivstation verlegt und an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden, um den Faktor 25 (!) verringert werden, wenn bei ihnen der Vitamin-D-Spiegel schnell angehoben wurde (um genau zu sein: der Vitamin-D-Prohormon-Spiegel). Dieses therapeutische Anheben im akuten Krankheitsfall gelingt allerdings nur durch die Gabe von Vitamin-D-Prohormon, weil die vollständige Umwandlung von zugeführtem Vitamin D3 zum Vitamin-D-Prohormon, wie in Fachkreisen hinlänglich bekannt, schon bei Gesunden mehrere Tage benötigt. In anderen Worten: Der Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel steigt nach Vitamin-D-Gabe nur langsam, weshalb die Interventionsgruppe Vitamin-D-Prohormon am Tag der Einweisung und danach zweimal die Woche bekam. Alle COVID-19-Patienten der Interventionsgruppe überlebten. In der Kontrollgruppe, die kein Vitamin-D-Prohormon erhielten, starben hingegen 8 Prozent der Patienten an COVID-19; eigentlich starben sie an einem fortlaufend mangelhaften Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel, der leicht zu beheben gewesen wäre.

Alle diese spektakulären Ergebnisse lagen somit schon vor, bevor mit der globalen Spiking- Kampagne begonnen wurde. Sie hätte diese somit massiv gefährdet, wenn sie nur genügend Beachtung gefunden hätten und in den Praxen (präventive Vitamin-D-Supplementierung) und Klinken (Vitamin-D-Prohormon-Therapie) umgesetzt worden wären. Schließlich wäre ohne die ständigen Berichte über Corona-Tote oder eine drohende Überlastung der Intensivstationen wohl kaum jemand bereit gewesen, sich spiken zu lassen – **und eine Notfallzulassung für die mRNA-Injektionen wäre von vornherein prinzipiell ausgeschlossen gewesen, wenn anerkannt worden wäre, dass effektive präventive und therapeutische Maßnahmen längst verfügbar waren.** Vermutlich deshalb wurden auch in direkter Folge Kontra-Studien durchgeführt mit dem Ziel, das Ergebnis aus Cordoba zu widerlegen, in Frage zu stellen oder zumindest für Verwirrung zu sorgen. Stellvertretend für mehrere solche Vitamin-D-diskreditierenden Anstrengungen sei eine brasilianische Studie genannt. Man wählte dasselbe Studiendesign wie in Cordoba, gab den an COVID-19 erkrankten Patienten jedoch mehrfach Vitamin-D-Prohormon, was den Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel schnell und dauerhaft hätte ansteigen lassen, sondern nur eine einmalige „Bolusgabe“ von 200.000 IE Vitamin D3. Allerdings benötigt es bei gesunden Menschen mehrere Tage, bei schwer kranken Patienten, die zudem einen erhöhten Vitamin-D-Verbrauch haben, womöglich sogar eine Woche oder noch länger, um einen signifikanten Anstieg des Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegels zu erzielen (die langsame enzymatische Umwandlung von Vitamin-D zu Vitamin-D-Prohormon findet, wie oben schon erwähnt, in der Leber statt). Die Patienten hatten jedoch nicht die Zeit, darauf zu warten; schließlich waren sie bereits so krank, dass sie in ein Krankenhaus eingeliefert werden mussten, es ging also um Leben und Tod. Dementsprechend fallen die Ergebnisse genau so aus, wie es mit Blick auf das Studiendesign zu erwarten gewesen war: es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe. Ich möchte an dieser Stelle betonen, dass diese brasilianische Studie nicht nur völlig unnötig war, da die verzögerte Wirkungsentfaltung von Vitamin D3 vorher schon gut dokumentiert war; besonders schwer wiegt meiner Ansicht nach, dass die Studienleiter offenbar billigend in Kauf nahmen, dass die Studienteilnehmer, in direkter Konsequenz das fahrlässig schlechte Studiendesign, an ihrer COVID-19 Erkrankung sterben könnten, da schließlich keiner der Patienten lebensrettendes Vitamin-D-Prohormon bekam, wie es in der Cordoba-Studie schon als wirksam erwiesen hatte. Man muss sich zügeln, hier nicht ohne weitere Entwicklungen schon glasklaren Vorsatz zu unterstellen. Allerdings war die Cordoba-Studie bereits veröffentlicht und die rettende therapeutische Maßnahme damit bekannt – daher ist es mir schier unbegreiflich, wie der entscheidende Unterschied zwischen Vitamin-D und dem daraus gebildeten, bioaktiven Prohormon von den Studienleitern übersehen werden konnte.

Doch die Ergebnisse aus Südspanien wurden von den brasilianischen Wissenschaftlern erstaunlicherweise ignoriert und der entscheidende Unterschied im Design, der das vermeintliche widersprüchliche Resultat erklärt hätte, in der Publikation noch nicht einmal diskutiert, was völlig inakzeptabel ist. Dennoch wurde das Ergebnis der brasilianischen Studie, die am 16. März 2021 (also mitten in der Spiking-Kampagne) veröffentlicht wurde, öffentlichkeitswirksam als entscheidender Beweis hofiert, dass Vitamin-D-Supplementierung sich nicht positiv auf den COVID-19 Krankheitsverlauf auswirke. Die für den Fachmann wenig überzeugende Berichterstattung profitierte von dem Umstand, dass kaum ein Laie weiß, dass beim Ermitteln des Vitamin-D-Spiegels nicht Vitamin-D, sondern das Vitamin-D-Prohormon gemessen wird. Das verleitet zu der irreführenden Annahme, dass eine Vitamin-D-Gabe den Vitamin-D- Spiegel sofort ansteigen lässt (was ja nicht stimmen kann, handelt es sich doch um das Prohormon). Zudem suggerieren die brasilianischen Daten obendrein auch noch, dass eine Vitamin-D-(Prohormon-)Spiegel-Erhöhung nach der einmaligen Vitamin-D-Bolusgabe stattfand (was den Eindruck erweckt, dass die negativen Ergebnisse trotz dieses Effekts zustande kamen. Allerdings findet sich erst im Kleingedruckten (unter der Abbildung 3 der Publikation), dass diese Messung allen Ernstes erst dann gemacht wurde, als Überlebende das Krankenhaus bereits verlassen konnten (also viel zu spät und nur bei den Überlebenden). Doch nicht nur, dass die brasilianische Studie und diese wichtigen Details in den Medien nicht in Frage gestellt wurden, die lebensrettende Cordoba-Studie wurde einfach nicht weiter beachtet, selbst nachdem auch eine Datenanalyse durch unabhängige Wissenschaftler des US-amerikanischen Massachusetts Institute of Technology (MIT) noch einmal bestätigte, dass das Überleben aller Teilnehmer der Interventionsgruppe nur auf die Vitamin-D-Prohormon-Gabe zurückzuführen war. Dies erklärt auch, weshalb der therapeutische Einsatz von Vitamin-D auch in weiteren Studien, die das verfehlte brasilianische Behandlungskonzept nachahmten, scheiterte, ja scheitern musste. Hingegen zusätzliche Studien mit Vitamin-D-Prohormon oder sogar mit dem Vitamin-D-Hormon ähnlich beeindruckende therapeutische Erfolge erzielten wie die Studie aus Cardoba. Ein weiteres Beispiel der Anti – Vitamin – D – Propaganda: im renommierten New England Journal auf Medicine (NEJM) wurde am 28. Juli 2022 das von vielen Medien als das „Entscheidende Urteil“ gefeierte Ergebnis einer Studie zur Vitamin-D– Supplementierung veröffentlicht. Es erschien dort eine Auswertung der so genannten VITAL– Studie, die sich der Ermittlung der Wahrscheinlichkeit annahm, einen Knochenbruch zu erleben, wenn man Vitamin D3 supplementiert. Ein eklatanter Mangel dieser Studie besteht allerdings darin, dass die Teilnehmer schon vor Studienbeginn mit 73 nmol/l einen für die Knochengesundheit mehr als ausreichenden Vitamin – D–Spiegel aufwiesen, der ab 50 nmol/l als erreicht gilt. Dabei war das gesamte Studiendesign von vorneherein wertlos. Es war noch vor der Datenerhebung kein Unterschied bezüglich einer Frakturneigung zwischen der Intervention – und der Kontrollgruppe zu erwarten, was sich dann auch wenig überraschend in den Ergebnissen zeigte. Sowohl den Verantwortlichen für diese Studie wie auch jenen, die das Review durchführten und eine Publikation im renommierten NEJM befürworteten, müsste dies völlig klar gewesen sein. Für die immunologische Gesundheit hingegen sind erst Werte um 125 nmol/l optimal. Ab diesem Vitamin – D – Prohormon – Spiegel reduziert sich das Risiko einer tödlich verlaufenden Corona – Infektion auf theoretisch null (!), Wie ich zuvor und eben so schon im ersten Kapitel erwähnte. Eine frühere Auswertung der VITAL– Studie konnte entsprechend auch zeigen, dass beispielsweise das Risiko, eine Autoimmunkrankheit zu entwickeln, sich durch eine tägliche Einnahme von 2000 IE Vitamin D3 bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe gegenüber denjenigen aus der Kontrollgruppe signifikant reduzierte (obwohl mit dieser relativ geringen Dosierung noch nicht ein Vitamin– D– (Prohormon-)Spiegel von 125 nmol/l erreicht wurde). Unabhängig von dieser schwach konzipierten VITAL – Studie (schwach in dem Sinne, dass der Unterschied im Vitamin-D–Prohormonspiegel zwischen Interventions- und Kontrollgruppe relativ gering war), haben eine Reihe anderer Studien zweifelsfrei

gezeigt, dass eine Vitamin – D – Supplementierung die Krebsinzidenz um mindestens 13 % senken könnte. Allein in Deutschland würden jedes Jahr 30.000 Menschen weniger an Krebs sterben und so über 30.000 Lebensjahre gewonnen werden. Der Grund dafür liegt auf der Hand: ein Immunsystem mit einem Mangel an Vitamin-D-Hormonen ist in einer Überwachung – und Eliminierungsfunktion gegenüber genetisch veränderten (krebsartigen) Zellen (ebenso wie gegenüber virusinfizierten Zellen) ineffizient. Aus diesem Grund plädieren die Forscher des renommierten Deutschen Krebsforschungszentrums dafür, „Tief hängende Früchte zu ernten“, d.h.: „Eine verbesserte Versorgung mit Vitamin D3 durch Nahrungsergänzung, Nahrungsmittelanreicherung, sorgfältig dosierte Sonnenexposition oder eine Kombination dieser Ansätze könnte ein äußerst wirksame und kosteneffizienter, wenn nicht sogar kostensparende Ansatz sein, um die Belastung durch Krebssterblichkeit und viele andere negative Gesundheitsfolgen zu verringern.“

Dennoch ließen es sich auch zwei Herausgeber des NEJM nicht nehmen, in einem Editorial (redaktionellen Leitartikel) ein entscheidendes Urteil zur Vitamin-D- Supplementierung zu fällen aufgrund der VITAL[en] Entdeckungen: „Zusammengenommen zeigen VITAL und diese ergänzende [Knochenfraktur-]Studie, dass Vitaminpräparate in der allgemein Bevölkerung ältere Erwachsene keinen bedeutenden Nutzen für die Gesundheit haben, auch nicht bei Menschen mit niedrigen 25 – Hydroxyvitamin- D – Werten“. Dies ist in der Allgemeinheit der Aussage natürlich völlig inakzeptabel. Ein Mangel an einem lebenswichtigen Mikronährstoff, der für die Genregulation unerlässlich ist, sollte nicht mehr behoben werden? Man kann nur spekulieren, warum diese angesehene wissenschaftliche Zeitschrift solch undifferenzierte Aussagen zulässt. Sie wird jedoch noch in den Schatten gestellt durch den Vorschlag, „dass die Gesundheitsdienstleister aufhören sollten, den 25 – Hydroxyvitamin- D – Spiegel oder Vitamin-D-Ergänzungen zu empfehlen, und dass die Menschen aufhören sollten, Vitamin-D-Ergänzungen einzunehmen, um schweren Krankheiten vorzubeugen oder das Leben zu verlängern“.

Unseriöse Studien und ebenso unseriöse Interpretationen offenbaren die große Sorge der Pro-Spiking- bzw. Pharma-Lobby davor, dass Menschen ihren Vitamin-D-Mangel beheben und somit ihre Gesundheit in die eigenen Hände nehmen könnten. Auch eine allen Anschein nach einseitig Interessensgeleitete Publikation von Medscape in Form einer Botschaft an alle Ärzte und Heilberufe weltweit, nur etwa einen Monat nach dem finalen „NEJM-Urteil“ zu Vitamin D3, schlägt in die gleiche Kerbe. In dieser teilt uns Diabetologen Prof. Dr. Stephan Martin mit, dass es laut Pharmazie-Historikern die Nationalsozialisten waren, „die den ersten Massenmarkt für Vitamine schufen, um einen Mangelernährung zu verhindern“. Martin kommt deshalb zu dem Schluss, „dass der Vitamin-Hype [...] Auch auf nationalsozialistischem Gedankengut basiert“. Er hält seine Erkenntnisse „für eine interessante Anregung für die täglichen Diskussionen in der normalen Praxis“. Nur welche Art von Diskussion möchte er im ärztlichen Patienten Gespräch anregen? Soll ein Patient darüber informiert werden, dass der fortan als Verdachtsfall rechtsextremer Gesinnung behandelt wird, wenn er den Vitamin – Wert untersucht und ggf. korrigiert haben möchte, um sich vor Krankheiten wie COVID-19 (oder Alzheimer) adäquat zu schützen?

Säuglinge: Kollateralschäden der Anti – Vitamin – D – Propaganda.

Unzählige Menschen starben völlig unnötig am Coronavirus sowie infolge von Kollateralschäden durch die ebenso unnötigen Maßnahmen bis hin zum lebensgefährlichen Spiking, weil ein Vitamin – D – Mangel nicht behoben wurde. Ich möchte niemandem unterstellen, absichtlich das Leben von Säuglingen gefährden zu wollen. Doch dieselbe Gesundheitsschädliche Politik trifft auch unsere Kleinsten. So ist sehr wahrscheinlich der winterliche Anstieg an Infektionen mit dem so genannten

Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV) bei Säuglingen, der im Winter 2022/2023 die Medien beherrschte, ebenfalls auf einen Vitamin – D – Mangel zurückzuführen. Denn nicht nur ältere Personen in den so genannten COVID –19– Risikogruppen haben oft extrem defiziente Vitamin – D – Spiegel, was zu schweren Infektionsverläufen führen kann, auch schon bei den jüngsten Mitgliedern unserer Gesellschaft ist ein Mangel an diesen essenziellen Immunregulator eine wesentliche Ursache für lebensbedrohliche Atemwegsinfekte. Ein geringer Vitamin – D – Wert im Nabelschnurblut beziehungsweise ein Mangel bei der Mutter erhöht das Risiko einer RSV – Infektion im ersten Lebensjahr und das Sechsfache, wie man schon im Jahr 2011 herausfand. Laut den Ergebnissen einer weiteren klinischen Studie, die im September 2022 publiziert wurde, ist die Wahrscheinlichkeit einer schweren RSV – Infektion, die eine Intensivbehandlung mit künstlicher Beatmung erfordert, bei mangelhaftem Vitamin – D – (Prohormon –) Spiegel der Säuglinge sogar um etwa Faktor zwölf (!) erhöht. Haben Sie darüber etwas in den Medien gelesen? Gab es einen Aufruf, Schwangere ausreichend mit Vitamin D zu versorgen? Meines Wissens nicht. Stattdessen wird Werbung gemacht für eine weitere mRNA–Impfung mit viralen Genmaterial: „Nach dem großen Erfolg der mRNA – Impfstoffe bei COVID–19 wurden mRNA – Impfstoffe rasch weiter entwickelt, und viele von Ihnen wurden in klinische Studien aufgenommen, in denen sie ermutigende Ergebnisse und akzeptable [sic!] Sicherheitsprofile gezeigt haben. Moderna hat sogar die FDA – Zulassung für einen mRNA – 1345 – Einzelimpfstoff gegen RSV bei Erwachsenen über 60 Jahren erhalten, der im Schnellverfahren geprüft wird“, ist in dem wissenschaftlichen Artikel zu lesen, und „somit könnten mRNA – Impfstoffe ein neues, erfolgreicherer Kapitel im fortgesetzten Kampf um die Entwicklung wirksamer Präventionsmaßnahmen gegen RSV darstellen. Wieder einmal soll der Teufel durch den Beelzebub ausgetrieben, also ein Übel mit etwas noch schlimmeren bekämpft werden, anstatt einfach die Ursache des Übels zu beheben.“

Die Diskreditierung des Vitamin–D–Hormons als irrelevant für die Gesundheit trägt wesentlich dazu bei, einen Great Mental Reset zu erreichen, zumal ein Vitamin–D– Mangel eigentlich gute Voraussetzungen für das Schüren von Angst schafft – denn die Korrektur des Vitamin–D–Spiegels reduziert laut Studien auch Angstsymptome. In Bezug auf die Mikronährstoff – Mangelerkrankung habe ich Vitamin D als Beispiel herangezogen, weil das daraus gebildete Prohormon, aus dem die Zellen das Genregulierende Hormon ableiten, bei vielen genetischen Steuerungsprozessen im Körper eine entscheidende Rolle spielt und viele Menschen, in praktisch allen Breitengraden, einen unerkannten schweren Mangel aufweisen. Ich möchte aber nochmals betonen, dass es keinen essenziellen Vitalstoff gibt, auf den unser Immun – oder Nervensystem beziehungsweise die adulte Neurogenese wirklich verzichten könnte.“ **(Zitat Ende)**

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. med. Michael Nehls, ladungsfähige Anschrift wird nachgereicht

Diese Einschätzung wird durch eine am 28.2.2024 veröffentlichte Metaanalyse (!) aus Italien unterstützt, die Daten aus 16 verschiedenen Studien mit 1,26 Millionen Personen untersucht hat, siehe:

<https://uncutnews.ch/die-einzige-einfache-massnahme-die-die-welt-vor-covid-19-haette-bewahren-koennen/>

Korrigierend ist zu diesem Artikel anzumerken, dass ohnehin kein Mensch das extrem schädliche Remdesivir benötigt.

Das RKI unterschlägt diese Informationen und stellt die Versorgung mit Vitamin D in Deutschland wie folgt dar:

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Vitamin_D/Vitamin_D_FAQ-Liste.html#:~:text=Mädchen%20im%20Alter%20von%2012,2,9%20µg%20pro%20Tag

b)

Ivermectin

Schon lange vor der Einführung der Covid-19-Injektionspflicht am 24.11.2021 war bekannt, dass Ivermectin sehr erfolgreich in Prophylaxe und Behandlung von Covid-19 eingesetzt werden kann.

Und davon wollen weder das so gut vernetzte RKI mitsamt STIKO noch das Kommando Sanitätsdienst der Bundeswehr irgend etwas gewusst haben?

Gegen die diesbezügliche Desinformation der WHO ist die Indische Anwaltskammer schon Mitte 2021 (!) vorgegangen:

Schon am 16.6.2021 (!) hat das Portal tkp.at in einem Beitrag mit dem Titel „Mahnschreiben der Indischen Anwaltskammer gegen WHO-Chefs wegen Verbreitung von Fehlinformation über Ivermectin“ u.a. Folgendes berichtet:

„In Indien wurde und wird Ivermectin höchst erfolgreich in Prophylaxe und Behandlung von Covid eingesetzt.

Dagegen machen die Pharmabranche und Welt-Gesundheits-Organisation WHO mit Fehlinformationen mobil. Deshalb wurde bereits gegen die Chefwissenschaftlerin der WHO Dr. Soumya Swaminathan geklagt, die daraufhin einen Tweet mit falschen Behauptungen wieder löschte. Ivermectin ist zu alt um noch durch Patente geschützt zu sein, es ist kein Geschäft und daher unerwünscht.

Nun hat die indische Anwaltskammer neuerlich eine Legal Notice verfasst und zugestellt an Dr. Soumya Swaminathan, WHO Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus und Prof. (Dr.) Sunil Kumar Directorate General of Health Services (DGHS), einer indischen Gesundheitsbehörde. Ihnen wird vorgeworfen:

„Missachtung des Gerichts und schwere Verstöße gegen die Menschlichkeit durch die Verbreitung von Desinformationen über das Medikament „Ivermectin“, obwohl sie das Urteil des Hon’ble High Court of Bombay in Goa vom 28. Mai 2021 kannten.“

Nach Anhörung aller Parteien und der Juristen der Regierung des Bundesstaates und der Union of India akzeptierte der High Court die eidesstattliche Erklärung der Regierung des Bundesstaates, **in der ausdrücklich erwähnt wird, dass das Gutachten der WHO fehlerhaft ist. Der Oberste Gerichtshof hat die Richtlinien und Protokolle des Indian Council of Medical Research (ICMR) zur Unterstützung des Einsatzes von Ivermectin bestätigt und sich geweigert, die fehlerhafte Empfehlung der WHO zu akzeptieren.**

„Verschiedene Studien, die in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden, haben gezeigt, dass das Medikament eine positive Wirkung auf die Vorbeugung und Behandlung/Heilung von Patienten hat. Ich sage, dass die Studien und Berichte auf der Website ivmmeta.com

verfügbar sind... Es gibt einige Berichte, die herausgefunden haben, dass die Analyse der WHO zu diesem Medikament fehlerhaft ist und dass die Sterblichkeitsrate tatsächlich viel niedriger ist, wenn das besagte Medikament sowohl für die frühzeitige Behandlung als auch für die Prophylaxe verwendet wird“, so der Gesundheitsminister von Goa, Vikas Gaunekar in einer Erklärung vor dem Gericht.

Die Regierung von Goa hat auf Anraten ihres Expertenkomitees beschlossen Ivermectin-Tabletten als Prophylaxe auszugeben.

Die WHO-Chefwissenschaftlerin und der WHO-Generalsekretär haben es unterlassen die vom Gericht geforderte Erklärung abzugeben in der die wissenschaftliche Evidenz zur Unwirksamkeit von Ivermectin dargelegt wird. Dazu waren sie offenbar nicht in der Lage.

Die Klage zitiert weiter einen Artikel über durchgeführte Studien:

„Eine im November letzten Jahres veröffentlichte und Ende Mai 2021 aktualisierte Arbeit über die Echtzeit-Meta-Analysen von 56 Studien zur Wirksamkeit von Ivermectin hat folgende Ergebnisse gezeigt. 97 Prozent von 37 Studien, in denen Ivermectin zur Frühbehandlung von Covid-19 oder als Prophylaxe eingesetzt wurde, berichten über positive Effekte des Medikaments. 95 Prozent aller Studien (nicht nur Frühbehandlung und Prophylaxe) berichten über positive Wirkungen. 81 Prozent und 96 Prozent niedrigere Sterblichkeit wird für Studien zur frühen Behandlung und Prophylaxe beobachtet. 100 Prozent der 17 randomisierten kontrollierten Studien (ebenfalls Teil der 56 Studien) zur frühen Behandlung und Prophylaxe berichten über positive Effekte mit einer geschätzten Verbesserung von 73 Prozent bzw. 83 Prozent. Statistisch signifikante Verbesserungen werden für die Sterblichkeit, die Beatmung, den Krankenhausaufenthalt und die Virus-Clearance gesehen, so die Studien. Es ist offensichtlich, dass Ivermectin in einem frühen Stadium oder als Prophylaxe nützlich ist. Warum hat die WHO dann absichtlich die Berge von Daten ignoriert, die dies zeigen?

In den nationalen Richtlinien zur Behandlung von Covid-19, die am 24. 5. 2021 in Zusammenarbeit mit dem All India Institutes of Medical Sciences (AIIMS) und Indian Council of Medical Research (ICMR) sind Ivermectin, Hydroxychloroquine, Doxycycline, Zink, Multivitamine etc. enthalten, gegen die die WHO ankämpft, ohne jedoch wissenschaftliche Belege dafür zu haben.

Unterstützt werden sie eben von Sunil Kumar des DGHS, der entgegen den nationalen Richtlinien Ivermectin etc aus seinen Behandlungsvorschlägen entfernt hat und durch ein „Do nothing“ ersetzt hat, Das wurde wieder durch einen Tweet der WHO Chefwissenschaftlerin unterstützt.

„Es scheint, dass Sie, um sich selbst und die anderen Angeklagten zu retten, die in die größere Verschwörung verwickelt sind, und der Pharma Mafia und anderen einen unrechtmäßigen Gewinn zu verschaffen, diese kriminelle Verschwörung durchgeführt haben, um den Menschen in Indien ein Heilmittel wie Ivermectin und möglicherweise auch einige andere Medikamente vorzuenthalten, und Sie drei Noticees sind wild entschlossen, die Menschen daran zu hindern, zum Anschein von Normalität zurückzukehren. Der weitere Plan Ihrer Gruppe besteht darin, die Öffentlichkeit unter ständiger Angst zu halten und sie weiter in die Armut zu treiben. Die Verschwörung wird mit dem vollen Wissen ausgeführt, dass es massiven Verlust

von Leben der normalen Menschen, die nichts anderes als ein klarer Fall von kaltblütigen Massenmord Völkermord ist.“

Eine allgemein eingesetzte wirkungsvolle Behandlung mit Ivermectin würde die Notfalls- bzw bedingte Zulassung der Impfstoffe unnötig machen...

In der Legal Notice wird weiter festgehalten:

Es scheint, dass Sie verzweifelt versuchen, unsere Kinder ins Visier zu nehmen, und Sie versuchen auf böartige Weise, Ihren Ausbildungsabschluss als MD Pädiatrie und die Insignien Ihrer Position als leitender Wissenschaftler bei der WHO zu nutzen, um auf betrügerische Weise das Vertrauen von Eltern zu gewinnen, die möglicherweise in Ihre Falle tappen und Ihren Warnungen blindlings glauben würden. Es ist völlig klar, dass Ihr krimineller Verstand zügig daran arbeitet, keinen Versuch auszulassen, den Menschen so viel Schaden wie möglich zuzufügen und die Verwendung von "Ivermectin" in Indien auf jeden Fall zu stoppen, da es immer offensichtlicher wird, dass Sie diese Aufgabe auf sich genommen haben könnten, um die Menschen in Indien auf jeden Fall von der Verwendung von Ivermectin abzubringen, und solche Indizien sind ein ausreichender Beweis für eine Konspiration...**“(Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)**

Quelle:

<https://tkp.at/2021/06/16/mahnschreiben-der-indischen-anwaltskammer-gegen-who-chefs-wegen-verbreitung-von-fehlinformation-ueber-ivermectin/>

c)

Chlordioxid

Wohl kein alternatives Heilmittel wurde so sehr in Verruf gebracht wie Chlordioxid, obschon zahlreiche Ärzte nach eigener Darstellung schon in 2020 sensationelle Erfolge mit Chlordioxid hatten. Die Diskreditierung traf auch die, die sich nachdrücklich für Chlordioxid eingesetzt haben, insbesondere die Ärzte, die sich unter dem Namen „COMUSAV“ zusammengeschlossen haben, siehe:

<https://comusav.com>

Einer der Protagonisten dieser Vereinigung, Dr. h.c. Andreas Ludwig Kalcker, Autor des Buchs „Gesundheit verboten“, hat über die außergewöhnlich positiven Erfahrungen der Behandlung von Covid-19 mit Chlordioxid schon in 2021 ein Buch mit dem Titel „**Bye Bye Covid**“ veröffentlicht.

Von einer massiven Denunziationskampagne abgesehen haben die aus täglicher Praxis gewonnenen Erkenntnisse dieser Ärzte und Wissenschaftler aber keine Resonanz gefunden. Offenbar war es nicht erwünscht, dass eine nahezu kostenlose und möglicherweise hochwirksame und nebenwirkungsfreie Alternative zu den angeblich so alternativlosen Covid-19-Injektionen der Pharmaindustrie bekannt wird. Denn bei Bekanntwerden einer solchen Information wäre ja auch in der EU eine wesentliche Voraussetzung für die bedingte Zulassung der Covid-19-Injektionen weggefallen.

Letztlich kann die Diskussion über Chlordioxid dahinstehen, da es mit Ivermectin und Vitamin D – wie oben gezeigt – ohnehin zwei hochwirksame und vorzugswürdige Alternativen zu den Covid-19-Injektionen gab und gibt.

d)

Zu den alternativen Behandlungsmöglichkeiten, die natürlich allesamt im Einzelfall im Hinblick auf ggf. vorhandene Kontraindikationen / Unverträglichkeiten mit dem behandelnden Hausarzt abgeklärt werden sollten, sind der Vollständigkeit sind noch einige Ergänzungen geboten:

Die im Kontext mit Covid-19 immer als dramatisch dargestellte schlechte Luftversorgung wegen der "zugeetzten Lunge" war schon bei der Grippe 1970 bekannt und konnte problemlos mit **Heparin** behoben werden.

Beweis:

Haferkamp/Matthys, Gruppe und Lungenembolien, Deutsche Medizinische Wochenschrift 1970, S. 2560 ff. (kann jederzeit in Kopie nachgereicht werden)

Zu der "Tag 8 Krankheit" war in den in Südafrika und Südamerika gebräuchlichen "Notfallsets" für Covid-Patienten ganz einfach ein Allergiemittel (**Loratadin**) vorgesehen.

Heparin und Loratadin sind in Deutschland anerkannte Medikamente.

Auch hierzulande haben die meisten Covid-19-Patienten nur die Symptome einer "normalen Erkältung" gehabt, die dann am Tag 7-9 bei den schweren Verläufen schlagartig schlimmer wurde. Hier hätten 1-2 Tabletten Loratadin ausgereicht, und alles wäre gut gewesen

Die Gabe von **Azithromycin** war untersagt worden, weshalb viele Covid-19-Patienten an bakterieller Lungenentzündung verstorben sind. Auch hier gibt es ein gutes Protokoll aus Spanien, siehe: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33465426/>

Beweis für den vorstehenden Vortrag (zu lit. d):

Sachverständiges Zeugnis von Frau Prof. Dr. rer. hum. biol. Ulrike Kämmerer, zu laden über die Frauenklinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Würzburg, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg

Schon am 21.7.2020 berichtete tkp.at darüber, dass es „Neue und erfolgversprechende Behandlungsprotokolle für Covid-19 mit Hydroxychloroquin“ gibt (**Zitat**):

„Mittlerweile gibt es 61 Studien über die Verwendung von HCQ von denen 37 schon die Peer Review erfolgreich bestanden haben. Früher Einsatz zeigt sehr gute Resultate, zu einem späteren Zeitpunkt verwendet ergibt nur mehr gemischte Ergebnisse.

Führende Ärzte aus den USA, Europa und Asien berichten von entscheidenden Erfolgen bei Frühinterventionen auf der Grundlage von Zink-Chloroquin- und Zink-Quercetin-Kombinationsprotokollen, darunter dramatische Verringerungen der Hospitalisierungsrate und der Sterblichkeitsrate sowie Verbesserungen des Zustands der Patienten innerhalb weniger Stunden.

Die Wirksamkeit von Hydroxychloroquin gegen Coronaviren wurde bereits 2005 im Zuge von SARS-1 entdeckt. Die Tatsache, dass Zink die Replikation der Coronavirus-RNA blockiert, wurde 2010 vom weltweit führenden SARS-Virologen Ralph Baric gefunden. Die Tatsache, dass Chloroquin und Quercetin die zelluläre Zinkaufnahme unterstützen, wurde schließlich 2014 entdeckt...

Mit Einschränkungen ist Chloroquin offenbar durchaus nützlich. Die angeblich oder tatsächlich negativen Resultate mit Chloroquin im Rahmen einiger Studien beruhten auf einem verspäteten Einsatz (bei Intensivpatienten), stark überhöhten Dosen (bis zu 2400mg/T), manipulierten Datensätzen (der Surgisphere-Skandal), oder Kontra-indikationen.“ (**Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt**)

Quelle:

<https://tkp.at/2020/07/21/neue-und-erfolgversprechende-behandlungsprotokolle-fuer-covid-19-mit-chloroquin/>

Ausweislich des RKI-Ergebnisprotokolls zur AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage“ vom 24.2.2020 (!) war auch dem RKI die Wirksamkeit von Chloroquin in der Therapie positiv bekannt. Denn dort heißt es unter TOP 2 auf Seite 4 oben (**Zitat**):

„Neue Studie zeigt Chloroquin Wirksamkeit in der Therapie, reduziert Krankheitsschwere, Evidenz erhärtet sich, ist inhaltlich plausibel, wird heute auch in STKOB TK besprochen“ (**Zitat Ende**)

Dieses RKI-Protokoll ist unter folgendem Link abrufbar:

[https://my.hidrive.com/share/2-hpbu3.3u#\\$/](https://my.hidrive.com/share/2-hpbu3.3u#$/)

Zur Vertiefung der Frage, warum Mittel wie **Ivermectin** und **Hydroxychloroquin** im Verlaufe des Jahres 2020 – und damit unmittelbar vor der bedingten Zulassung der ersten Covid-19-Geninjektionen geächtet wurden, sei nur auf den tkp.at-Artikel vom 25.7.2023 mit dem Titel „Rückgang von Antibiotika-Anwendung wegen geänderter Leitlinien führt zu Todesfällen“ verwiesen, wo es u.a. heißt (Zitat):

„Im Jahr 2020 wurden plötzlich die Behandlungsleitlinien für Covid geändert. Nicht nur Ivermectin und Hydroxychloroquin wurden geächtet, sondern auch die Behandlung der regelmäßig begleitend auftretenden bakteriellen Lungeninfektion mit Antibiotika wurde gestrichen. NGO's, WHO und eine App – wer Ihrem Arzt wirklich vorschreibt, wie er Sie behandeln soll. Wer dahintersteckt und warum das gefährlich werden kann

...

Die Erfahrung eines Arztes ist zunehmend „out“ – stattdessen sollen sich Ärzte künftig, so der Traum von Politik, Fachgesellschaften und der Pharmaindustrie („Digitalisierung der Medizin“), hauptsächlich nach den Therapie-Empfehlungen einer App richten.

„MAGICapp“ heißt das neue digitale Handwerkszeug, das nicht nur ein technisches Hilfs-Tool ist, sondern dem Arzt zugleich auch „evidenzbasierte Leitlinien“ und Behandlungsvorschläge direkt auf das Smartphone oder Tablet liefert. (1) Rote Balken signalisieren: „Verordne das bloß nicht“, grüne raten zu bestimmten Medikamenten oder

Therapien. (2) „Evidenz-basiert“ soll heißen: Jemand hat mehrere Studien gelesen, bewertet und daraus eine Therapie-Empfehlung konstruiert. Mit 120.000 Euro hat unter anderem Gesundheitsminister Spahn 2019 den Einzug dieses digitalen Arzt- und Klinik Helfers in die deutsche Medizin gefördert. (3)

Was erst einmal vernünftig klingt, kann für Patienten böse enden – wenn etwa ältere bewährte Medikamente nicht mehr geraten werden – und stattdessen neue, für die Pharmaindustrie lukrativere – und womöglich für Patienten riskantere Mittel – empfohlen werden. So geschehen in der Corona-Pandemie.

Beispiel: Noch bis Ende 2021 riet die magische App, unterstützt von der obersten deutschen Leitlinien-Gesellschaft AWMF, ausdrücklich von der Behandlung von Covid-Patienten mit Vitamin D, Ivermectin (einem Mittel, das Parasiten und auch Viren bekämpft) und Antibiotika wie etwa dem bei Atemwegsinfektionen häufig verordneten Azithromycin ab. (4)

Und dass, obwohl Ärzte seit der Spanischen Grippe (1918) gelernt haben, dass einer Virusinfektion der Atemwege schnell eine Bakterien-Infektion der Lunge folgt, die ohne Antibiotika-Behandlung dann oft tödlich endet. Dies bestätigte nicht nur eine US-Studie (5) unter Mitwirkung von Anthony Fauci, medizinischer Chefberater des US-Präsidenten – sondern auch eine aktuelle Arbeit von Forschern des US-amerikanischen Northwestern Memorial Hospitals in Chicago (6), veröffentlicht im angesehenen „Journal of Clinical Investigation“.

Erkenntnisse der Studie: Weil die Bakterien-Infektion der Lunge nicht erkannt oder antibiotisch behandelt wurde, starb fast die Hälfte der 585 beatmeten Intensivpatienten. Wurde dagegen die Lungenentzündung erkannt und erfolgreich behandelt, hatten die Patienten eine deutlich höhere Überlebenschance und mussten auch weniger lange beatmet werden. *„Die Bedeutung einer bakteriellen Superinfektion der Lunge als Todesursache bei Covid-19-Patienten wurde unterschätzt, da die meisten Zentren nicht danach gesucht haben“*, schlussfolgerte dann auch US-Lungenspezialist Dr. Richard Wunderink, Co-Autor der Studie. (7). ...“(Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/07/25/rueckgang-von-antibiotika-anwendung-wegen-geaenderter-leitlinien-fuehrt-zu-todesfaellen/>

7.

SARS-CoV-2 trifft auf eine immunologisch naive Bevölkerung bzw. es gibt keine Kreuzimmunität – eine Lüge

Hierzu heißt es in einem tkp.at-Artikel vom 2.9.2021 mit dem Titel „Charité Studie: SARS-CoV-2 weder neuartig noch einzigartig – Kreuzimmunität durch T-Zellen von Corona-Erkältungsviren“ u.a. (Zitat):

„**Studien aus 2020** zeigten bereits starke Kreuzimmunität

Dass kreuzreaktive T-Helferzellen für eine gute Grundimmunität sorgen, hatte das Forscherteam wie berichtet schon im Juli 2020 in Nature veröffentlicht. Ebenfalls im **Juli 2020** hatte ein andere Studie bei Kindern diese kreuzreaktive Immunität sogar bei 62% der unter-18-Jährigen vorgefunden. Davor hatten wie berichtet die Forscher vom

La Jolla Institute for Immunology bereits am **25. Juni 2020** in Cell eine Studie veröffentlicht, in der über eben diese T-Zellen berichtet wird, die sie in Blutproben aus früheren Jahren gefunden haben.

In der neuen Studie wird auch darauf hingewiesen, dass diese CD4+ T-Zellen, die durch Infektion mit dem humanen endemischen Coronavirus und SARS-CoV-2-gleichermaßen entstehen und wirksam sind, mit dem Alter abnehmen. Generell nimmt die Zahl der Lymphozyten ab, was mit ein Grund ist, dass alte Menschen irgendwann sterben, oft durch eine einfache Infektion, mit der das Immunsystem nicht mehr fertig wird.

Die kreuzreaktive Immunität könnte laut Studie für die unerwartet schnelle Induktion der Immunität nach einer primären SARS-CoV-2-Immunisierung und die hohe Rate an gänzlich symptomlosen Infektionen oder schwachen COVID-19-Krankheitsverläufen verantwortlich sein.

Da es sich bei SARS-CoV-2 um einen neu aufgetretenen menschlichen Erreger handelt, wurde fälschlicherweise angenommen, dass SARS-CoV-2 auf eine immunologisch naive Bevölkerung trifft. SARS-CoV-2 weist jedoch beträchtliche Ähnlichkeiten mit endemischen, humanen Erkältungs-Coronaviren auf. Deshalb war es schon sehr früh im Jahr 2020 bekannt, dass von einer immunologisch naiven Bevölkerung nie die Rede sein konnte. **Warum diese Behauptung die längste Zeit aufrechterhalten wurde, kann sich jeder selbst überlegen.** (Zitat Ende, Fettdruck und Unterstreichungen hinzugefügt)

Quelle:

<https://tkp.at/2021/09/02/charite-studie-sars-cov-2-weder-neuartig-noch-einzigartig-kreuzimmunitaet-durch-t-zellen-von-corona-erkaeltungsviren/>

Weitere Beiträge hierzu:

Tkp.at am 26.6.2021: **„Dänische Studie zeigt solide Immunität nach Infektion mit SARS-CoV-2 und Kreuzimmunität mit anderen Coronaviren“**, Link dazu:

<https://tkp.at/2021/06/26/daenische-studie-zeigt-solide-immunitaet-nach-infektion-mit-sars-cov-2-und-kreuzimmunitaet-mit-anderen-coronaviren/>

tkp.at am 3.10.2022: **„Studie: Jahrzehnte lang anhaltende Immunität durch Erkältungskrankheiten und frühere Corona Infektionen“**, Link dazu:

<https://tkp.at/2022/10/03/studie-jahrzehnte-lang-anhaltende-immunitaet-durch-erkaeltungskrankheiten-und-fruehere-corona-infektionen/>

Die Bevölkerung sollte also offensichtlich in dem Glauben belassen werden, dass sie dem SARS-CoV2-Virus schutzlos ausgeliefert sind, weil es ihrem Immunsystem unbekannt ist. Auch diese Lüge diene offensichtlich der Förderung des Geschäfts mit der Lüge, dass die Covid-19-Geninjektionsspritze die einzige mögliche, jedenfalls die denkbar beste Hilfe gegen diese „Pandemie“ ist.

Die Wahrheit, dass die natürliche Immunität den Covid-19-Geninjektionen sogar deutlich überlegen ist, musste der Bevölkerung dann freilich auch vorenthalten werden, siehe u.a.:

tkp.at am 29.10.2022: „**Meta-Studie zeigt starke Überlegenheit der natürlichen Immunität gegenüber Impfung**“, Link dazu:

<https://tkp.at/2022/10/29/meta-studie-zeigt-starke-ueberlegenheit-der-natuerlichen-immunitaet-gegenueber-impfung/>

tkp.at am 28.11.2023: „**Neue Studie bestätigt: Natürliche Immunität schützt wirksamer gegen Covid als Impfung**“, Link dazu:

<https://tkp.at/2023/11/28/neue-studie-bestaetigt-natuerliche-immunitaet-schuetzt-wirksamer-gegen-covid-als-impfung/>

tkp.at am 12.7.2022: „**Studie aus Israel: natürliche Immunität schützt 13 mal besser als Impfung**“, Link dazu:

<https://tkp.at/2022/07/12/studie-aus-israel-natuerliche-immunitaet-schuetzt-13-mal-besser-als-impfung/>

8.

Die im März 2020 verkündete Verschärfung der Risikobewertung basierte auf einer fachlichen Einschätzung des RKI – eine Lüge

a)

„Die im März 2020 verkündete Verschärfung der Risikobewertung von „mäßig“ auf „hoch“ – Grundlage sämtlicher Lockdown-Maßnahmen und Gerichtsurteile dazu – gründete, anders als bislang behauptet, nicht auf einer fachlichen Einschätzung des RKI, sondern auf der politischen Anweisung eines externen Akteurs – dessen Name in den Protokollen geschwärzt ist.“ (Zitat Ende)

Quelle mit allen Details dazu:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-1>

Unter dem folgenden Link können die vom Onlinemagazin multipolar herausgeklagten RKI-Protokolle vollständig abgerufen werden:

[https://my.hidrive.com/share/2-hpbu3.3u#\\$/](https://my.hidrive.com/share/2-hpbu3.3u#$/)

Hierzu heißt es in einem Beitrag auf nordkurier.de vom 23.3.2024 mit dem Titel „Geheime Corona-Unterlagen: Dieser Tag veränderte Deutschland für immer“ (**Zitat**):

„In einem langwierigen Rechtsstreit haben Schreyer und sein Team nun erreicht, dass die lange als „Verschlussache“ eingestuftes Protokolle des Krisenstabs des Robert-Koch-Instituts (RKI) freigegeben werden mussten. Die Dokumente werden im Netz inzwischen mit dem Schlagwort „RKI-Files“ bezeichnet. Zwar sind viele Passagen geschwärzt – auch gegen die Schwärzungen klagt Multipolar; eine Entscheidung steht hier noch aus. Doch selbst mit den Schwärzungen besitzen die Protokolle schon jetzt eine Sprengkraft, die bei den Verantwortlichen in der Politik, der Führungsebene des RKI, Akteuren der Bundeswehr und regierungsnahen Wissenschaftlern wie etwa dem Virologen Christian Drosten für Nervosität sorgen dürfte.“

Denn vieles, was in der Corona-Zeit als „Schwurbel“, als „Verharmlosung“ oder als „Verschwörungstheorie“ gebrandmarkt wurde, findet sich nun ausgerechnet in den RKI-Protokollen wieder. Vieles, was in den vormals geheimen Unterlagen steht, wirft zudem Fragen auf. Unter anderem die Frage, wer in letzter Instanz das Sagen darüber hatte, welche Erkenntnisse des RKI der Öffentlichkeit mitgeteilt wurden, welche warum geheim gehalten wurden und wer dem RKI welche Anweisung gab.

So etwa am 16. März 2020, der Tag vor der folgenschweren Erhöhung der Risikoeinschätzung. „Am Wochenende wurde eine neue Risikobewertung vorbereitet. Es soll diese Woche hochskaliert werden. Die Risikobewertung wird veröffentlicht, sobald *geschwärzt* ein Signal dafür gibt.“ – so steht es in den Unterlagen. Wer das Signal gab, ist noch unbekannt – in jedem Fall gab der oder die Unbekannte es.

"Es soll diese Woche hochskaliert werden"

...

Auszug aus den RKI-Files. Unter Punkt 3 wird die "Hochskalierung" der Risikobewertung angekündigt. Der Name des oder Verantwortlichen ist geschwärzt. (Foto: Multipolar)

Am nächsten Tag erklärte RKI-Chef Lothar Wieler der Presse: „Wir werden heute die Risikoeinschätzung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland ändern. Wir werden sie ab heute als hoch einschätzen. Der Grund ist ganz einfach. Sie sehen die Dynamik. (...) Der Hintergrund für die geänderte Risikoeinschätzung sind die weiter steigenden Fallzahlen (...).“

Das ZDF schrieb dazu am Samstagabend: "Tatsächlich waren zu diesem Zeitpunkt die Fallzahlen nicht dynamisch gestiegen. In der Zeit zwischen dem 9. und 15. März 2020 wurden sechs Prozent der in Deutschland Untersuchten positiv getestet. Eine Woche später waren es sieben Prozent."

„Die Hochstufung der Risikoeinschätzung war, wie sich bald zeigen sollte, das rechtliche Fundament sämtlicher Corona-Maßnahmen. Alle Gerichte, die Klagen von Betroffenen gegen die Maßnahmen ablehnten, beriefen sich in der Folge darauf“, schreibt Multipolar.

Die Journalisten wollten wissen, auf welche Daten und Zahlen sich das RKI konkret bezog an diesem Tag und fragten nach Dokumenten – „die Risikobewertung selbst sowie sämtliche Kommunikation und Beratung dazu“. Die Anwälte des RKI, schreibt Multipolar weiter, hätten die Existenz solcher Dokumente aber verneint: „Nach Abschluss dieser Prüfung bleibt es dabei, dass keine weiteren Dokumente vorhanden sind, die sich mit der Änderung der Risikobewertung am 17. März 2020 von ‚mäßig‘ auf ‚hoch‘ befassen. (...) Informationen, die nicht vorhanden sind, kann die Beklagte nicht herausgeben.“

Hochstufung war Grundlage für Lockdown und Ausnahmezustand

Multipolar zieht daraus folgenden Schluss: „Die Behauptung, das RKI habe die Hochstufung – und damit die Grundlage für Lockdown und Ausnahmezustand – auf Basis wissenschaftlicher Beratungen getroffen, ist nicht länger haltbar. Die Hochstufung erfolgte abrupt, ohne dokumentierten Diskussions- und Beratungsprozess, auf Anweisung eines ungenannten Akteurs.“...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://www.nordkurier.de/politik/rki-files-der-tag-der-deutschland-fuer-immer-veraenderte-2372445?cleverPushNotificationId=zQwTxKzK6a6zinTp6>

Dem Umfange nach angemessene Anmerkungen zu diesen RKI-Files würden den Rahmen dieser Klage bei weitem sprengen.

Nach Angaben von Prof. Dr. Stefan Hockertz konnten die Ergebnisse der Auswertung der mittlerweile zugänglichen RKI-Protokolle schon Ende März 2024 dahingehend zusammengefasst werden, dass das RKI wusste:

1. Covid-19 ist nicht gefährlicher als Grippe.
2. Risikoerhöhung auf "Pandemie" auf Zuruf eines einzelnen, externen Akteurs.
3. Keine Evidenz für Maskenpflicht (nicht einmal FFP2).
4. Aerosole spielen keine signifikante Rolle.
5. Es war bekannt, dass Lockdowns gefährlicher sind als Corona selbst.
6. Keine Evidenz für Schutzwirkung der mRNA-Gentherapie (Impfung).
7. Anlasslose Testungen sind irreführend.
9. Keine asymptomatische Übertragung.
10. Keine evidenzbasierte Herunterstufung der Risikobewertung aus politischen Gründen.
11. Keine Ansteckung bei Ct-Werten > 30 (PCR-Test).
12. Kohortenstudie "Diamond Princess" war bekannt, wurde aber ignoriert.
13. Inzidenzgrenzwerte (35 bzw. 50) wurden willkürlich von Spahn und Braun festgelegt.
14. Streichung von erforderlichen Symptomen (Fieber), um Fallzahlen künstlich hoch zu halten.

Quelle:

<https://t.me/ProfStefanHockertz/5518>

b)

Hat das RKI unabhängig von politischer Weisung gearbeitet? – Eine Lüge



Paul Schreyer
@paul_schreyer

...

@Karl_Lauterbach erklärte am Montag vor laufenden Kameras: „Das RKI hat unabhängig von politischer Weisung gearbeitet“. Im RKI-Protokoll vom 29.6.2020 steht: „Immer noch hohes Risiko, Vorgabe vom BMG“ [Bundesgesundheitsministerium]. Lauterbach lügt.

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krise

	<i>ToDo: Dieser Punkt wird dauerhaft von der Tagesordnung entfernt (Lagezentrum).</i>
5	Aktuelle Risikobewertung • Immer noch hohes Risiko, Vorgabe vom BMG: bis 1.Juli wird daran nichts geändert. • Der Satz: „Die Anzahl der neu übermittelten Fälle ist aktuell rückläufig.“ soll angepasst werden. <i>ToDo: [REDACTED] wird einen Entwurf für eine geringfügige Anpassung erstellen.</i>

09:34 · 28.03.24 · **9,9K** Mal angezeigt

282 Reposts **22** Mal zitiert

9.

Das alles ist längst bekannt und dem Beweis zugänglich und hätte von allen Verwaltungsgerichten, die – in welchem Kontext auch immer - die Berechtigung von sog. Anti-Corona-Maßnahmen zu prüfen hatten, auch von Amts wegen aufgeklärt werden können.

Diese Fakten – insbesondere das Vorhandensein von hochwirksamen Alternativen zu den Covid-19-Injektionen – mussten auch den zuständigen Arzneimittelaufsichtsbehörden bekannt gewesen sein, insbesondere den Vertretern des PEI und der EMA.

Als

Anlage K 1

zu diesem Schriftsatz übermittle ich den vollständigen Schriftsatz von Prof. Dr. Martin Schwab an das Sächsische OVG vom **4.2.2024**, in dem er sich ab Seite 12 noch einmal vertieft mit dem evident falschen Narrativ von der „Killer-Pandemie“ befasst hat, was über den obigen groben Abriss weit hinausgeht.

Hierbei durchforstet er systematisch die offiziellen Datenbanken, findet aber nirgendwo auch nur einen konkreten belastbaren Beleg für eine „Killer-Pandemie“. Vielmehr findet er ausnahmslos nur Daten, die genau das Gegenteil belegen.

Es gab folglich auch nach seinen Feststellungen keine „Notlage“, die eine Not- bzw. bedingte Zulassung hätte rechtfertigen können.

Außerdem widmet sich ausführlich den finanziellen Verstrickungen von Akteuren des „Pandemie-Managements“, wobei hierzu noch sehr viel mehr gesagt werden könnte, u.a. durch die Offenlegung der wirtschaftlichen Verstrickungen der (vormaligen) STIKO-Mitglieder mit der Pharmaindustrie.

Zur Vermeidung von Wiederholungen sei auf den Inhalt dieses Schriftsatzes, den sich die Klägerin / der Kläger vollumfänglich zu eigen macht, verwiesen.

Nach diesseitiger Auffassung hätte jeder kritisch denkende Arzt und auch jeder medizinische Laie schon in 2020 erkennen können und auch müssen, dass es keine „tödliche Corona-Pandemie“ gibt, die uns alle killen könnte. Denn wo waren all' die vielen Toten, die es dann – weit jenseits der Todesfälle, die auch sonst mit jeder saisonalen Erkältungswelle verbunden sind - hätte geben müssen?

Jedem Arzt musste auffallen, dass es in seiner Praxis nicht diese außergewöhnliche Zunahme von Todesfällen gegeben hat und dieses Narrativ von der „Killer-Pandemie“ auch sonst auf höchst fragwürdigen Behauptungen gestützt wurde. Die Medizin ist eine Erfahrungswissenschaft, die schon sehr alt ist.

Dieser Schriftsatz wird zwangsläufig aufzeigen müssen wohin es führt, wenn Behörden wie das RKI und das PEI und dann auch noch die Gerichte, die zur Kontrolle der Arbeit dieser Behörden angerufen worden sind, systematisch versagen, denn sonst bleibt das Gesamtbild unvollständig.

Jetzt, Anno 2024, hat sich die dadurch hervorgerufene Katastrophe längst manifestiert.

Alle Richter und Staatsanwälte, die ab März 2020 der Berichterstattung der öffentlich-rechtlichen und privaten Medien vertraut haben, werden sich nunmehr den wahren, unverfälschten Fakten stellen müssen, die eindeutig belegen, dass diese Medien weder unabhängig noch neutral sind.

In Wahrheit sind die Medienmacher hauptverantwortlich dafür, dass die Menschen in diesem Lande vollkommen unnötig in einen permanenten Schockzustand versetzt und systematisch desinformiert, in die Irre geführt und zudem auch noch massiv zu diesen Covid-19-Injektionen genötigt worden sind. Auch dazu wird nachfolgend noch einiges anzumerken sein.

III. Sachbücher und sonstige Beiträge zur Vertiefung

Eine kleine (!) Auswahl von Sachbüchern und kostenlos zugänglichen Beiträgen, die bei der Vertiefung helfen können:

Ohne das erforderliche Hintergrundwissen kann kein Richter/Staatsanwalt auch nur annähernd erfassen, auf welche geradezu abgrundtief bössartige Art und Weise alle Menschen in diesem Lande – und auch sie selbst – seit Anfang 2020 getäuscht worden sind, welche Mittel dazu eingesetzt wurden, welchem Ziel das zumindest vordergründig diene und welche Personen, Firmen, Stiftungen, Berufsverbände und Arzneimittelaufsichtsbehörden hier federführend involviert waren.

Es würde den Rahmen dieses Schriftsatzes sprengen, wenn ich hier alle relevanten Aspekte weiter ausführen würde. Aber es ist sehr wohl möglich, einige Sachbücher zu benennen, die sich – teilweise schon lange vor dem Jahr 2020 – mit den Methoden der Manipulation und den Machenschaften einiger Akteure dieser sog. Corona-„Pandemie“ befassen haben.

Jeder, der ernsthaft an einer Aufarbeitung interessiert ist, sollte – auch zur Begrenzung seines Arbeitsaufwandes - zumindest einige dieser Bücher und Beiträge gelesen haben, zumindest die unter Ziff. 1, 5 und 6 genannten, **insbesondere die dort genannten Bücher von Dr. Brigitte Röhrig und Dr. Sabine C. Stebel.**

Vor der Lektüre des Buchs von Dr. Sabine C. Stebel sollten das Buch von **Dr. Michael Palmer** et al. der Evidenzreport der Kanzlei Kruse Law (beides unter Ziff. Genannt) gelesen werden, da sie für den Einsteiger wohl leichter lesbar sein dürften.

Alleine schon die Lektüre des Buchs von Dr. Sabine Stebel verdeutlicht, dass und warum die gesamte Entwicklung von Comirnaty gegen gesicherte wissenschaftliche Erkenntnisse und Standards verstoßen hat, und das in einem Ausmaß, dass der Begriff „Supergau“ diese Katastrophe zutreffender bezeichnet als das Wort „Skandal“.

1.

Zur Korruption im Gesundheitswesen und organisierten Kriminalität in den Reihen von Pharmaunternehmen:

Peter C. Gotzsche: Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert (Neuaufgabe 11.9.2019)

Dieses Buch bietet den perfekten Einstieg, damit sofort klar ist, dass und welchem Umfang Pharmafirmen schon vor 2020 systematisch Verbraucher getäuscht, belogen und betrogen haben. In der dortigen „Hall of Shame“ (ab S. 59) tauchen u.a. auch Pfizer, AstraZeneca und Johnson & Johnson auf.

2.

Zu den jahrelangen Vorbereitungen des Covid-19-Krisenmanagements und der Covid-19Injektionskampagne:

a)

Paul Schreyer: Chronik einer angekündigten Krise

Alle Maßnahmen, die ab Anfang 2020 ausgerollt worden sind, sind über viele Jahre hinweg – auch im Rahmen von mehreren „Planspielen“ - bis ins Detail vorbereitet worden.

b)

Thomas Röper: Inside Corona – Die Pandemie, das Netzwerk & die Hintermänner – Die wahren Ziele hinter Covid-19

3.

Zur Schockstrategie und ihren historischen Vorläufern:

a)

Naomi Klein: Die Schockstrategie – Der Aufstieg des Katastrophen-Kapitalismus

Das ist mit Gewissheit eines der besten Bücher der letzten Jahrzehnte. Man beachte, dass die englischsprachige Ausgabe schon in 2007 erschienen ist.

b)

Prof. Dr. Rainer Mausfeld: Angst und Macht: Herrschaftstechniken der Angsterzeugung in kapitalistischen Demokratien (erschienen Juli 2019, also ebenfalls lange vor März 2020)

c)

Dr. Wolfgang Wodarg: Falsche Pandemie – Argumente gegen die Herrschaft der Angst

d)

Ergänzend hierzu sei insbes. die Arte-Doku mit dem Titel „**Profiteure der Angst**“ empfohlen:

<https://www.youtube.com/watch?v=kKkQH6JO4n8&t=2397s>

e)

Das interne BMI-Papier des Bundesinnenministeriums zur Anwendung der Schock-Strategie im Rahmen der sog. Corona-„Pandemie“:

<https://fragdenstaat.de/dokumente/4123-wie-wir-covid-19-unter-kontrolle-bekommen/>

4.

Zur massenmedialen Diffamierung und Nötigung aller Ungeimpften:

a)

Marcus Klöckner/Jens Wernicke: Möge die gesamte Republik mit dem Finger auf sie zeigen

b)

<https://ich-habe-mitgemacht.de>

Eine Webseite, die zahlreiche Aussagen dokumentiert hat mit denen ab Ende 2020 gegen Ungeimpfte agitiert worden ist.

c)

Prof. Dr. Rainer Mausfeld: Warum schweigen die Lämmer? Wie Elitendemokratie und Neoliberalismus unsere Gesellschaft und unsere Lebensgrundlagen zerstören (erschieden 29.11.2018, also lange vor März 2020)

d)

Rechtsanwalt Wilfried Schmitz: Medienkritik – Argumente gegen die zwangsfinanzierte Propaganda

5.

Zur Widerlegung der Behauptung, man habe es doch nicht besser gewusst:

a)

Dr. Brigitte Röhrig: Die Corona Verschwörung: Wie Milliardäre, Politiker und Staatsdiener wissentlich und willentlich Freiheit und Gesundheit ausradierten

Wie gesagt: Was in diesem Buch steht, sollte in diesem Kontext für jeden Richter das absolute Basiswissen sein, insbesondere was dort in

Teil II (Ab S. 184) zum beschleunigten Zulassungsprozess,

Teil III (Ab S. 274) zur Zulassungsentscheidung (was wussten die Verantwortlichen zu diesem Zeitpunkt) und

Teil IV (Ab S. 431) über die Erkenntnisse nach der Zulassung und die weitere Entwicklung

In Teil IV (Ab S. 498) dazu, welchen Inhalt ein Aufklärungsbogen für eine umfassende Aufklärung hätte haben müssen,

ausgeführt wird.

Zu den Anforderungen an die ärztliche Aufklärung von Patienten zur rechtswirksamen Einwilligung in mRNA-Injektionen NJW-Beitrag der Autoren Gebauer/Geierhake mit dem Titel „**Ärztliche Aufklärung bei Behandlungen mit bedingt zugelassenen mRNA-Impfarzneien**“ (NJW 31/2023, S. 2231 ff.).

b)

Dr. Michael Palmer et al.: Warum mRNA-Impfstoffe giftig sind.

Eine eBook-Version dieser gut verständlichen Einführung in die fachwissenschaftlichen Fragen der modRNA-Injektionen, ihrer Wirkmechanismen und Folgen wird hier als

Anlage K 2

überreicht.

Dr. Palmer et al. haben schlüssig nachgewiesen, warum die modRNA-Technologie als solche stets unbeherrschbare Gesundheitsrisiken begründet und somit von vornherein vollkommen untauglich als „Plattform“ für Geninjektionen ist, die eine Immunisierung vor Viren bewirken sollen. Optimierungen der anderen Hilfsstoffe können daran nichts ändern.

c)

Strafanzeige der schweizer Kanzlei Kruse Law vom 7.2.2024, die hier als

Anlage K 3A (Summary) und K 3B (Volltext der Strafanzeige) und K 3C (Evidenzreport hierzu)

überreicht wird.

Die Strafanzeige ist mit allen Anlagen – in 6 Sprachen, auch auf deutsch - auf der Webseite der Kanzlei Kruse Law unter folgendem Link abrufbar.

<https://corona-anzeige.ch/strafanzeige/>

Zur „Version 1.0“ dieser Strafanzeige vom 14.7.2022, die ebenfalls unter dem vorgenannten Link abrufbar ist, gibt es auch eine Medienkonferenz, die auf YouTube unter dem Titel „Medienkonferenz: Strafanzeige gegen Swissmedic“ abrufbar ist, siehe:

<https://www.youtube.com/watch?v=AJCGCe8bkis>

d)

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen: Die Angst- und Lügenpandemie

e)

Thomas Maul: Was man wann wissen konnte: Hinweise zur Aufarbeitung der Corona-Verbrechen

6.

Zu den Erfahrungen von Impfgeschädigten siehe u.a.:

6.1

Pressesymposium des Vereins MWGFD vom 16.3.2024:

https://www.youtube.com/watch?v=ZSsNzW_CKgQ

6.2

Ein Beitrag von MWGFD aus der Interviewserie „geimpft, geschädigt, geleugnet“, siehe:

<https://www.youtube.com/watch?v=X9yag9NNBpM>

6.3

Und es gibt mittlerweile unzählige weitere Dokumentationen über Covid-19-Injektionsgeschädigte, die jeder nach kurzer Recherche im Web ausfindig machen kann, siehe u.a.:

<https://www.youtube.com/watch?v=LirHuGUpKjE>

7.

Speziell zu dem systematischen Versagen der Verantwortlichen der Hersteller der Covid19-Injektionen:

7.1

Zu Pfizer/BioNTech:

7.1.1

Dr. Sabine C. Stebel: Einmal mit Profis arbeiten oder Ugurs Geständnis, Hesper Verlag, ISBN: 978-3-943413-43-4

Dieses Buch ist Anfang März 2024 im Buchhandel erscheinen. Ich habe einen Vorabdruck erhalten.

Der Inhalt dieses Buchs kann aber – ggf. in einer (noch) nicht aktualisierten Fassung - auch den für jedermann kostenlos zugänglichen Substacks von Frau Dr. Sabine Stebel mit dem Titel „**Ugurs grenzdebile Schwachsinnsideen**“ entnommen werden. Diese werden nachfolgend in Bezug genommen.

Der Vorteil des Buchs besteht darin, dass dort alle Texte aus den Substacks auf den Stand von Februar 2024 gebracht wurden.

Angesichts der – nachfolgend noch vertieft darzustellenden - Ahnungslosigkeit, mit der Ugur Sahin & sein Team Comirnaty entwickelt haben, hätte Frau Dr. Stebel ihrem Buch m.E. – nach Matthäus Kapitel 15, Vers 14 - auch den Titel „...es sind blinde Blindenführer. Und wenn ein Blinder einen Blinden führt, werden beide in eine Grube fallen.“ geben können.

7.1.2

Naomi Wolf, Amy Kelly et al.: War Room / DailyClout Pfizer Documents Analysis Volunteers' Reports eBook: Find Out What Pfizer, FDA Tried to Conceal

Aktuell leider noch nicht in deutschsprachiger Ausgabe erhältlich.

7.1.3

Naomi Wolf, Amy Kelly et al.: The Pfizer Papers: Pfizer's Crimes Against Humanity

Veröffentlichung der englischsprachigen Ausgabe ist für den 7.5.2024 angekündigt.

7.2

Zu Moderna:

Naomi Wolf, Amy Kelly et al.: The Moderna Papers: Moderna's Crimes Against Humanity

Veröffentlichung der englischsprachigen Ausgabe ist für den 11.6.24 angekündigt.

8.

Allgemein:

Zu den Auswirkungen der Injektionen auf das menschliche Gehirn:

Dr. med. Michael Nehls: Das indoktrinierte Gehirn

Auch diesem Buch werden Sie entnehmen können, dass man **schon in 2020 (!)** hochwirksame und ungefährliche Behandlungsalternativen wie Vitamin D zu den hochexperimentellen Covid-19-Injektionen kannte.

9.

Umfassende Chronologie der gesamten „Corona-Pandemie“:

Dr. Peter F. Mayer und Jochen Mitschka:

Chronologie einer Pandemie: Jahr 2020

Chronologie einer Pandemie: Jahr 2021 – Januar bis Juni

Chronologie einer Pandemie: Jahr 2021 – Juli bis Dezember

Chronologie einer Pandemie: Jahr 2022

10.

Zur Geschichte und den Mythen des Impfens ganz allgemein:

Zoey O'Toole/Mary Holland (Herausgeber): Schildkröten bis ganz nach unten – Wissenschaft und Mythos des Impfens

Diesem Buch kann u.a. entnommen werden, warum es Mythen waren und sind, den Rückgang der Sterblichkeit und Erkrankungshäufigkeit bei Infektionskrankheiten den Impfungen zuzuschreiben (ebenda ab Seite 285). In Wahrheit haben Impfungen lediglich von allem Anfang an zu einem Anstieg chronischer Krankheiten bei Kindern geführt (ebenda ab Seite 313).

Zu dem gleichen Fazit kommen zahlreiche andere Sachbuchautoren, u.a. auch:

Dr. Suzanne Humphries / Roman Bystrianyk: Die Impfillusion – Infektionskrankheiten, Impfungen und die unterdrückten Fakten

11.

Zum Versagen der zuständigen Gesundheits- und Arzneimittelaufsichtsbehörden vorab:

Dieses Thema wird u.a. in dem bereits o.g. Buch von Dr. Brigitte Röhrig vertieft behandelt und wird nachfolgend noch weiter behandelt werden.

Die Verantwortlichen des PEI, des RKI und der STIKO stehen wegen ihrer irreführenden Berichterstattung schon seit Jahren massiv in der Kritik, was halbwegs kritischen Zeitgeistern unmöglich entgangen sein kann.

Die Beiträge dazu sind Legion. Insbesondere auf Onlineportalen wie **tkp.at**, **coronablog.net**, **ScienceFiles** und **Rubikon** wird jedermann zahlreiche Analysen und Kommentare zu den „Datenmanipulateuren“ vom PEI und RKI finden können.

Hier also abermals eine sehr kleine Auswahl aus dieser reichhaltigen Literatur:

Substack von Dr. Sabine C. Stebel (der fortlaufend aktualisiert wird):

<https://drbine.substack.com/p/sammlung-behordlicher-schuldeingestandnisse>

Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 18.12.23:

<https://drbine.substack.com/p/entweder-hat-das-pei-wirklich-absolut>

Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 27.12.2023:

<https://drbine.substack.com/p/wie-man-sich-aus-einen-eigenen-worten>

Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 3.10.2023:

<https://drbine.substack.com/p/wie-man-sich-aus-seinen-eigenen-worten>

Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 11.1.23:

<https://drbine.substack.com/p/wie-man-sich-aus-seinen-eigenen-worten-48b>

Stellungnahme von Prof. Dr. Martin Schwab an das BVerwG vom 20.7.22 (1 WB 49.22) mit Ausführungen zur Schlamperei der EMA ab Seite 2:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/07/20.7.22-Anhoerungsruege-anonymisiert-2.pdf>

Stellungnahme von Prof. Dr. Martin Schwab an das BVerwG vom 13.11.22 (1 WB 49.22) zu seinerzeit aktuellen grobem Behördenversagen bei Zulassungsentscheidungen ab Seite 7:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/11/13.11.22-Prof.Schwab-Ergaenzung.Anhoerungsruege.anonymisiert.pdf>

Stellungnahme von Prof. Dr. Martin Schwab an das BVerwG vom 12.12.22 (1 WB 49.22) mit Ausführungen zu Verstrickungen der STIKO-Mitglieder ab Seite 3:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/12/12.12.22-Prof.-Schwab-Anhoerungsruege-Ergaenzung-II-final-anonymisiert.pdf>

Stellungnahme von Prof. Dr. Martin Schwab an das BVerwG vom 3.4.23 (1 WB 49.22) mit Ausführungen zur Schlamperei der EMA ab Seite 18:

https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2023/04/3.4.2023-Anhoerungsruege_Ergaenzung_IV_03-04-2023-anonymisiert.pdf

Eine Analyse zum 18. Sicherheitsbericht des PEI (auf corona-blog.net finden sich Auch eingehende Analysen zu anderen Sicherheitsberichten des PEI): <https://corona-blog.net/2022/05/08/18-sicherheitsbericht-des-pei-296-233nebenwirkungen-2-810-todesfaelle-und-weniger-informationen-denn-je/>

<https://www.rubikon.news/artikel/vertuscher-im-staatsauftrag>

<https://www.rubikon.news/artikel/die-impf-marchenstunde>

<https://www.rubikon.news/artikel/die-datenmanipulateure-2>

<https://www.rubikon.news/artikel/die-grosse-tauschung>

Wer nur diese Beiträge gelesen hat, der wird sich die Frage, warum und wie die Bevölkerung durch „institutionelle Täuschungen“ systematisch in die Irre geführt wurde, schon gleich selbst beantworten können.

Von dieser ganzen Datenpfuscherei profitierten sicherlich insbesondere die Gewinnmargen der Hersteller der Covid-19-Injektionen, die „impfenden“ Ärzte und die Politiker, die ggf. immer noch nicht eingestehen wollen, was nicht mehr dementiert werden kann: dass diese gesamte „Impf“-Kampagne eine Katastrophe war und ist, für die wohl keinen Vergleich gibt.

Wer kann vor diesem Hintergrund noch behaupten, dass diese Daten-Pfuscherei „sorgfältiger und gewissenhafter wissenschaftlicher Arbeit“ und dem staatlichen Schutzauftrag entspricht?

Nachfolgend werde ich noch näher beleuchten, was die angeblich so unabhängigen Wächter des PEI, des RKI und der STIKO insbesondere hinsichtlich der Aspekte **„Wirksamkeit“** und **„Gefährlichkeit“** der Covid-19-Injektionen hätte bemerken müssen, wenn ihre Arbeit wirklich hohen wissenschaftlichen Standards – internationale Literaturrecherche eingeschlossen – entsprochen hätte.

12.

Äußert aufschlussreich sind auch die Rahmenbedingungen, unter denen der EU-Pfizer/BioNTech-Deal zustande gekommen ist, so wie sie in den Vorlagen für Strafanzeigen an den IStGH und den GBA von Mai 2024 dargelegt worden sind und als Anlage K 16 überreicht werden.

13.

Wer die vorgenannten Quellen studiert hat, der wird die wahre Dimension der Folgen des Versagens der hauptverantwortlichen Akteure hinter der Covid-19-Injektionskampagne erahnen können.

Der Universitätsdozent, Impfarzt und Mitglied der österreichischen Ärztekammer Dr. Hannes Strasser hat diese Erkenntnis nach der Lektüre des ungeschwärzten Pfizer-Vertrages wie folgt zusammengefasst (**Zitat**):

„▪ Dass die vorliegenden Verträge von der EU-Kommission und den Regierungen der EU-Mitgliedsstaaten unterschrieben wurden, ist für mich als Arzt unfassbar. Das ist meiner Meinung nach der größte Skandal in der Medizingeschichte.

▪ Man muss sich das alles vorstellen: ein Impfstoff, dessen Wirksamkeit und Sicherheit nicht bekannt ist, dessen Produktion mit großen Risiken verbunden ist, der laut Vertrag zu Tod, Krankheit und Behinderung führen kann, wird von der EMA bedingt zugelassen und in weiterer Folge Alten, Kranken, Gesunden, Kindern, Babys und Schwangeren geimpft.

▪ Der Impfstoff wurde weltweit sage und schreibe 4,6 Milliarden Mal injiziert.

▪ Um es kurz und prägnant zu formulieren: die EU-Kommission und die Europäischen Regierungen logen, dass sich die Balken bogen, und degradierten skrupellos alle Geimpften zu wandelnden Versuchskaninchen.

▪ Jedem Geimpften muss jetzt klar sein, dass den Politikern in den Regierungen von Anfang an klar war, dass der Impfstoff alle möglichen Folgen bis hin zum Tod auslösen kann und dass die Langzeitfolgen nach wie vor nicht abzusehen sind.

▪ Wir wissen nicht, was mit den Geimpften langfristig passieren wird. Wir sehen nur, dass immer mehr Menschen sterben, immer mehr Menschen krank sind und beispielsweise die Krebserkrankungen explodieren.

▪ Laut neuesten Publikationen starben weltweit bereits bis zu 17 Millionen Menschen wegen der COVID-19-Impfungen. Die verantwortungslosen Politiker sind Mitschuld an Tod und Krankheit unzähliger Menschen weltweit. Sie haben mit den COVID-19-Impfungen die Büchse der Pandora geöffnet, und nun breiten sich Krankheit, Tod und Übel über die Menschheit aus.“ (**Zitat Ende**)

Quellen (mit weiterführenden Nachweisen):

<https://t.me/auf1tv/6834>

<https://auf1.info/dr-strasser-der-groesste-menschenversuch-der-geschichte/?ac=1&lc=1>

B)

BioNTechs übelste Fehleinschätzungen, Manipulationen, Lügen und Unterlassungen im Zusammenhang mit der Entwicklung, der Zulassung und dem Vertrieb von Comirnaty

In den vorgenannten Quellen finden sich schon zahlreiche Fakten, die der Beklagten in der „Hall of Shame“ der Pharmaindustrie einen vorderen Platz sichern dürften und die auch nachfolgend bei der Würdigung der Frage, ob die Verantwortlichen von BioNTech mit zumindest bedingtem Vorsatz oder gar mit Schädigungsabsicht gehandelt haben, von Relevanz sein werden.

Bei den folgenden Ausführungen sollten stets insbesondere die §§ 5 und 8 AMG beachtet werden, freilich in Verbindung mit den jeweils einschlägigen Straftatbeständen nach § 95 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 3 AMG, § 95 Abs. 1 Nr. 3 a, Abs. 3 und § 96 Nr. 3 AMG.

§ 5 AMG - Verbot bedenklicher Arzneimittel

(1) Es ist verboten, bedenkliche Arzneimittel in den Verkehr zu bringen oder bei einem anderen Menschen anzuwenden.

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

Nachfolgend werde ich aufzeigen, dass Comirnaty allesamt bedenklich Arzneimittel in diesem Sinne sind.

§ 8 AMG - Verbote zum Schutz vor Täuschung

(1) Es ist verboten, Arzneimittel oder Wirkstoffe herzustellen oder in den Verkehr zu bringen, die

1.

durch Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln in ihrer Qualität nicht unerheblich gemindert sind oder

1a.

....

2.

*mit irreführender Bezeichnung, Angabe oder Aufmachung versehen sind. Eine Irreführung liegt **insbesondere** dann vor, wenn*

a)

Arzneimitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen oder Wirkstoffen eine Aktivität beigelegt werden, die sie nicht haben,

b)

fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann oder dass nach bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten,

c)

zur Täuschung über die Qualität geeignete Bezeichnungen, Angaben oder Aufmachungen verwendet werden, die für die Bewertung des Arzneimittels oder Wirkstoffs mitbestimmend sind.

Nachfolgend werde ich weiter aufzeigen können, warum Comirnaty jeweils mindestens eine Variante der Nummern 1, 2 lit. a, b und c des § 8 Abs. 1 AMG erfüllt.

I. Grundsätzliche „konzeptionelle“ Fehler schon in der Entwicklung

Die Expertin Dr. Sabine C. Stebel hat ihre Erkenntnisse u.a. wie folgt zusammengefasst (**Zitat**):

„BioNTech/Pfizer und Moderna haben sich verhalten wie ein übermütiger, junger, betrunkenen Autofahrer, der keinen Führerschein hat und daher die Straßenregeln nicht kennt (=Regeln des Proteindesigns), sein Auto nicht unter Kontrolle hat und mit 200kmh/h durch eine volle Fußgängerzone zur Haupteinkaufszeit am Samstag rast. Einen solchen Autofahrer von seiner Schuld freizusprechen, weil er ja keinen Führerschein habe und die Regeln somit nicht kennen konnte, würde wohl kaum einem Beteiligten in den Sinn kommen.

Im Folgenden werde ich die „Verkehrsregeln“ beschreiben und erklären, die BioNTech/Pfizer und Moderna möglicherweise nicht kannten oder fahrlässig ignoriert haben, um sich anschließend in diversen Veröffentlichungen auch noch damit zu brüsten, dass sie eben genau diese Fehler begangen haben.“ (**Zitat Ende**)

Die Unfähigkeit und Ahnungslosigkeit von Prof. Sahin hat Dr. Sabine C. Stebel auf der Basis der Ausführungen in dem Buch „Projekt Lightspeed“, an dem Prof. Sahin und seine Ehefrau mitgewirkt haben, in ihrem vorgenannten Buch auf S. 70 wie folgt zusammengefasst (**Zitat**):

„Ugur hat keine Ahnung von Coronaviren.

Hat definitiv absolut keine Ahnung von den Grundlagen des Protein-Engineering bzw. der Proteinfaltungsliteratur zu der letzten 20 Jahre.

Hat keine Ahnung von Impfstoffdesign.

Hat keine Ahnung, wie man ein Protein charakterisiert.

Hat keine Ahnung, dass er keine Ahnung hat.

Er hat ein Team, das keine Ahnung von diesen Dingen hat.

Er hofft einfach auf sein Glück und das es beim ersten Mal schon irgendwie funktionieren wird...

Ich glaube, mehr Beispiele brauche ich zu diesem Komplex nicht geben, und kann mir weitere Beispiele des Desasters und Ausführungen, wie es zu all dem kommen konnte, sparen...” (Zitat Ende)

Und weiter heißt es ebenda auf Seite 75 (**Zitat**): „Und trotz oder wohl gerade wegen dieser Ahnungslosigkeit wollte Prof. Sahin „die Menschen Spikeprotein-Fabriken umfunktionieren, die in allen Körperteilen unkontrolliert Spike produzieren, zumindest jedoch in den inneren Zellen des Blutgefäßsystems und im Lymphsystem, da gerät sein Produkt auf jeden Fall hinein und über den Blutstrom auch ins Herz und in die Herzkranzgefäße. Damit will er T-Zellen aktivieren, die dann dieses Spikeprotein produzierenden Zellen töten. Und das nur, um einen Schnupfen zu verhindern, der an ganz anderen Stellen des Körpers entsteht.“ (**Zitat Ende**).

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, ...

In den folgenden Substacks hat die Expertin Dr. Stebel ihre Erkenntnisse zu – wie sie es bezeichnet - „Ugurs grenzdebilen Schwachsinnsideen“, erstmals im Detail beschrieben. Hierbei ist zu beachten, dass sie diese Texte und die Quellen dazu in ihrem vorgenannten Buch auf dem Stand Februar 2024 aktualisiert hat.

Zur Einleitung und Vorgeschichte siehe:

<https://drbine.substack.com/p/ugurs-grenzdebile-schwachsinnsideen>

Teil 1 Warum es eine grenzdebil schwach sinnige Idee war, die Codons zu „optimieren“ #COptiGate

Link:

<https://drbine.substack.com/p/ugurs-grenzdebile-schwachsinnsideen-0ea>

Teil 2: Warum es eine grenzdebil schwach sinnige Idee war, ein strukturell dynamisches Protein überhaupt auch nur anzufassen, dessen Struktur man bis heute noch nicht einmal im Detail kennt.

Link:

<https://drbine.substack.com/p/ugurs-grenzdebile-schwachsinnsideen-6cb>

Teil 3: Warum es eine grenzdebil schwach sinnige Idee war, Proline zu verbauen.

Link:

<https://drbine.substack.com/p/ugurs-grenzdebile-schwachsinnsideen-9d9>

Teil 4: Warum es eine grenzdebil schwach sinnige Idee war, N1-Methylpseudouridin (m1Ψ) zu verwenden.

Link:

<https://drbine.substack.com/p/ugurs-grenzdebile-schwachsinnsideen-d4a>

Teil 5: Welche (biochemischen) Basisdaten des Spikes ich erhoben hätte = meine Wunschliste an BioTNeCh/Pfizer

Link:

<https://drbine.substack.com/p/ugurs-grenzdebile-schwachsinnsideen-f85>

Teil 4b: Haben wir es vielleicht mit einer Ribosomopathie zu tun?

Link:

<https://drbine.substack.com/p/haben-wir-es-teilweise-vielleicht>

Teil 4c: Schon mal was vom Epitranskriptom gehört, Ugur?

Link:

<https://drbine.substack.com/p/ugurs-grenzdebile-schwachsinnsideen-56a>

Diese Substacks und das Buch dazu lesen sich wie ein Wirtschaftskrimi, und das ist er sicherlich auch.

Denn auch das erkennende Gericht wird sich nach der Lektüre dieser Quellen insbesondere die folgenden Fragen stellen, die auch Gegenstand eines Auskunftsanspruchs nach § 84 a AMG werden könnten:

Auf welchem (angeblich) erfolgreichen Konzept hat Prof. Ugur Sahin sein neues Produkt Comirnaty überhaupt aufgebaut? (siehe: Dr. Sabine C. Stebel, Einmal mit Profis arbeiten oder Ugurs Geständnis, Seite 27, unten)

Das Vorhandensein eines solchen Konzepts wird mit Nichtwissen bestritten.

Wie konnte er sich ab Anfang 2020 überhaupt an die Entwicklung einer vollkommen neuartigen Gentechnologie (der dann als „Impfstoff“ deklariert wurde) heranwagen, wenn er damals nach eigenen Worten keine Ahnung von Coronaviren und auch keine Ahnung von Virologie und auch keine schon laufenden Projekte mit Ergebnissen oder auch nur Vorergebnissen hatte? (Siehe Stebel, ebenda, S. 29)?

Das Vorhandensein solcher Kenntnisse von Prof. Ugur Sahin im Bereich der Coronaviren und der Virologie während der Entwicklung von Comirnaty wird mit Nichtwissen bestritten.

Denn wie sonst ist es erklärlich, dass in dem von ihm mitverfassten Buch „Projekt Lightspeed“ ohne jede Klarstellung eine Aussage des vormaligen britischen Premierministers Boris Johnson zitiert wird, wonach eine Variante des Coronavirus 70% ansteckender und zugleich tödlicher sein könne als der ursprüngliche „Wildtyp“ des Coronavirus (siehe Stebel, ebenda, S. 259 m.w.N.)?!

Wie konnte er sich ab Anfang 2020 überhaupt an die Entwicklung einer vollkommen neuartigen Covid-19-Injektions-Gentechnologie heranwagen, wenn er damals keine Ahnung von der komplexen Genetik der Coronaviren, von Proteindesign und Impfstoffentwicklung hatte? (Siehe Stebel, ebenda, S. 30).

Das Vorhandensein solcher Kenntnisse von Prof. Ugur Sahin im Bereich der Genetik der Coronaviren, von Proteindesign und Impfstoffentwicklung während der Entwicklung von Comirnaty wird mit Nichtwissen bestritten.

Wie konnte er die 3-D-Proteinstruktur des Corona-Virus SARS-CoV2 anhand einer RNA- oder DNA-Sequenz vorhersagen? (Siehe Stebel, ebenda, Seite 31)

Die Vorhersagbarkeit der 3-D-Proteinstruktur des Corona-Virus SARS-CoV2 anhand einer RNA- oder DNA-Sequenz während der Entwicklung von Comirnaty wird mit Nichtwissen bestritten.

Und wie konnte Prof. Ugur Sahin – ohne die zu diesem Projekt nötigen Grundkenntnisse in Virologie und Proteindesign – (nach eigenen Angaben) innerhalb von wenigen Stunden (?) das Design der ersten acht Impfstoffkandidaten „ersinnen“ und die technischen Konstruktionspläne für sie „skizzieren“? (Siehe Stebel, ebenda, S. 32).

Die Möglichkeit, das Design der ersten acht Impfstoffkandidaten der Beklagten innerhalb von wenigen Stunden oder Tagen zu „ersinnen“ und die technischen Konstruktionspläne für sie „skizzieren“ zu skizzieren, wird mit Nichtwissen bestritten.

Wenn den Verantwortlichen der Beklagten bekannt war, dass Lipidformulierungen, die direkt in die Blutbahn gelangen, besonders schwierig zu entwickeln sind, da sie sich augenblicklich im gesamten Blutgefäßsystem verteilen (Siehe Stebel, ebenda, S. 52 m.w.N): Wieso glaubte die Beklagte dann ausschließen zu können, dass sich das schließlich verwendete Lipid ALC-0315 und somit die spikegenerierende modRNA im ganzen Körper in diverse Organe verteilen würde? (Siehe Stebel, ebenda, S. 53 m.w.N.)

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte während der Entwicklung von Comirnaty oder zu irgendeinem Zeitpunkt danach ausschließen konnte, dass sich das schließlich verwendete Lipid ALC-0315 und somit die spikegenerierende modRNA im ganzen Körper in diverse Organe verteilen würde.

Welche Lipidformulierungen waren denn vor der Entwicklung von Comirnaty schon von den Arzneimittelbehörden zur Anwendung am Menschen genehmigt worden? (Siehe Stebel, ebenda, S. 53 und 54 m.w.N.).

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass Lipidformulierungen wie die, die die Beklagte für die Herstellung von Comirnaty verwendet hat, schon vor der Entwicklung von Comirnaty von den Arzneimittelbehörden zur Anwendung am Menschen genehmigt worden sind.

Warum waren diese Nanolipide (von Acuitas) nicht zu toxisch, um einem Patienten in regelmäßigen Abständen verabreicht zu werden (Siehe Stebel, ebenda, S. 54 und 55 m.w.N.)?

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Nanolipide von Acuitas nicht zu toxisch waren, um einem Patienten in regelmäßigen Abständen verabreicht zu werden. Nachfolgend wird aber auch noch aufgezeigt werden, dass sich diese Toxizität mit Fakten belegen lässt.

In welchen Studien war die Verträglichkeit der Acuitas-Nanolipide bereits an Probanden gezeigt worden? (Siehe Stebel, ebenda S. 55 m.W.N.)

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass es vor oder während der Entwicklung von Comirnaty Studien gab, die die Verträglichkeit der Acuitas-Nanolipide bereits an Probanden nachgewiesen haben.

Hat die Beklagte gegenüber dem PEI behauptet, dass die Acuitas-Nanolipide sicher sind?

Bis zum Beweis des Gegenteils ist davon auszugehen, dass die Beklagte gegenüber dem PEI eine solche Behauptung aufgestellt hat, damit die toxischen Eigenschaften der Acuitas-Nanolipide einer (bedingten) Zulassung von Comirnaty nicht entgegenstehen.

Wann wurde die LD50 (= die Kennziffer, die bezeichnet, bei welcher Menge einer Substanz die Hälfte der Versuchstiere verstorben ist) für ALC-0315 bestimmt?

Wenn ja, dann möge die Beklagte das Sicherheitsdatenblatt zu dieser Substanz vorlegen. Wenn diese Kennziffer nicht bestimmt wurde: Woher wusste die Beklagte dann, ob diese Substanz sicher ist? (siehe Stebel, ebenda, S. 94).

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte die LD50 für ALC-0315 bestimmt hat.

Hat die Beklagte die Toxizität der LNP-Formulierung (oder der anderen neuen Hilfsstoffe) selbst speziell untersucht? Wenn nicht: warum nicht? (Siehe Stebel, ebenda, S. 56)

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte die Toxizität der LNP-Formulierung (oder der anderen neuen Hilfsstoffe) selbst speziell untersucht hat.

Was geschieht, wenn überall im Körper – zumindest jedoch in den inneren Zellen des Blutgefäßsystems und im Lymphsystem, aber auch im Herzen – (wie beabsichtigt) Spikeprotein-Fabriken entstehen und dadurch T-Zellen aktiviert werden, die dann diese Spikeprotein produzierenden Zellen töten?

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte diesen eigentlich besonders naheliegenden Schadmechanismus der Spike-Produktion im ganzen menschlichen Körper zu irgendeinem Zeitpunkt im Hinblick auf die Sicherheit von Comirnaty hinreichend wissenschaftlich aufgearbeitet hat.

Aus welchen Gründen ist die Beklagte bei der Entwicklung von Comirnaty davon ausgegangen, dass die in den Muskel gespritzten Wirkstoffe von Comirnaty an Ort und Stelle verbleiben oder sich zielgenau an einen bestimmten Ort im Körper begeben? (siehe Stebel, ebenda, S. 94 ff. m.w.N.).

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die die Beklagte bei der Entwicklung von Comirnaty oder danach ausschließen konnte, dass die in den Muskel gespritzten Wirkstoffe von Comirnaty an Ort und Stelle verbleiben oder sich zielgenau an einen bestimmten Ort im Körper begeben.

Wurden die ersten 20 Kandidaten eines Covid-19-Impfstoffs in Sentinels (also mit ersten menschlichen Versuchskaninchen) getestet? Und wenn ja, leben diese Menschen noch? Wie geht es diesen Menschen? Welche Daten gibt es zu den Sentinels (siehe Stebel, ebenda, S. 97, ab dem 2. Absatz).

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die ersten 20 Kandidaten eines Covid-19-Impfstoffs in Sentinels (also mit ersten menschlichen Versuchskaninchen) getestet wurden.

Weiter wird mit Nichtwissen bestritten, dass diese Patienten noch (alle) leben und durch diesen Test nicht schwer an ihrer Gesundheit geschädigt wurden.

Auf Grund welcher Erkenntnisse konnte die Beklagte ausschließen, dass der genetische Code des SARS-CoV2-Virus, der am 11.1.2020 auf die Open-Source-Webseite Virological.org hochgeladen wurde, kein synthetisch zusammengesetztes, unnatürliches, möglicherweise sogar komplett am Computer erfundenes, toxisches Protein war? (siehe Stebel, ebenda, S. 98).

Auf Grund welcher Erkenntnisse ist die Beklagte davon ausgegangen, dass diese Sequenz wirklich aus einem Patienten sequenziert worden ist und nicht einfach von einem Biowaffenlabor in die Datenbank eingepflegt worden ist? (siehe Stebel, ebenda, S. 98).

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte ausschließen konnte, dass der genetische Code des SARS-CoV2-Virus, der am 11.1.2020 auf die Open-Source-Webseite Virological.org hochgeladen wurde, kein synthetisch zusammengesetztes, unnatürliches, möglicherweise sogar komplett am Computer erfundenes, toxisches Protein war.

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte ausschließen konnte, dass der genetische Code des SARS-CoV2-Virus nicht einfach von einem Biowaffenlabor in die Datenbank eingepflegt worden ist.

Wie kann es sein, dass die Charge aus einem RNA-Analyse-Zertifikat von 2019 zu den Daten der bei der EMA eingereichten Pilotstudie „Annex 1 – Draft 3.2.P.2.2 Drug Product“ passen, das BNT 162-Entwicklungsprogramm **also bereits seit Februar 2019 (!)** lief? (siehe Stebel, ebenda, S. 103 f. m.w.N.).

Dass solche Fakten höchst bemerkenswert sind, das ist auch anderen aufgefallen. So heißt es in dem vorgenannten Buch von Dr. Röhrig „im Fazit zu den Fakten“ auf Seite 490 unter 1. **(Zitat):** „BioNTech erhielt bereits am **10. Januar 2020** eine Erlaubnis zum Import verschiedener RNA-Konstrukte „BNT-162“, unter andrem auch für BNT 162b2, das RNA-Konstrukt, das in Comirnaty enthalten ist. **Die Importerlaubnis basiert auf einer Inspektion vom 11. September 2019.**“ **(Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt).**

Die genauen Fakten zu diesen höchst bemerkenswerten Fakten finden sich in diesem Buch auf den Seiten 298 – 300, worauf an dieser Stelle verwiesen sei.

Dr. Röhrig führt hierzu aus (**Zitat**) „Das Dokument ist in vielerlei Hinsicht sehr bemerkenswert und stellt mit dem sich daraus ergebenden Geschehensablauf nicht nur sämtliche Narrative zu COVID-19 infrage, sondern es zeigt auch, dass die von BioNTech/Pfizer angewendeten 2 unterschiedlichen Herstellungsprozesse (siehe S. 323) **bereits September 2019, in jedem Fall ab 10. Januar 2020** praktiziert wurden...“ (Zitat Ende, ebenda, S. 299).

Frage an die Beklagte: Wie war das möglich? In dem Buch „Projekt Lightspeed“ findet sich doch eine gänzlich andere Chronologie der Ereignisse. Danach will Ugur Sahin erst am 24.1.2020 in einem Wissenschaftsteil einer Zeitschrift davon erfahren haben, dass sich in der chinesischen Millionenstadt Wuhan eine „neuartige Form der Atemwegsinfektion“ ausbreiten soll (siehe: Projekt Lightspeed, S. 18).

Das bestätigt den Verdacht, dass in dem Buch „Projekt Lightspeed“ Märchengeschichten mit Phantasieterminen zur Entwicklung von Comirnaty erzählt wurden, um die Öffentlichkeit darüber hinwegtäuschen zu können, dass schon lange vor dem Bekanntwerden einer „SARS-CoV2-Pandemie“ an der Entwicklung dieser Geninjektion Comirnaty gearbeitet wurde? War die „Pandemie“ also doch eine „Plandemie“, in die die Verantwortlichen der Beklagten eingeweiht waren?

Bis zum Beweis des Gegenteils ist deshalb zu vermuten, dass die Beklagte bereits seit Februar 2019 an einem BNT 162-Entwicklungsprogramm gearbeitet hat, so dass die gegenteiligen öffentlichen Behauptungen der Beklagten und insbesondere ihrer CEOs Prof. Ugur Sahin und Özlem Türeci unzutreffend sind.

Ist es Zufall, dass die Bill & Melinda Gates Stiftung ausgerechnet im September 2019 Aktien von BioNTech gekauft hat? (Siehe Dr. Stebel, ebenda, S. 19 m.w.N.)?

Bis zum Beweis des Gegenteils ist deshalb zu vermuten, dass Bill & Melinda Gates Stiftung September 2019 nur deshalb Aktien der Beklagten erworben hat, weil die Beklagte schon seit Februar 2019 an einem BNT 162-Entwicklungsprogramm gearbeitet hat.

Und so geht es weiter und weiter. Aus den Selbstdarstellungen von Prof. Ugur Sahin ergeben sich Fragen über Fragen.

Die Beklagte wird sich diesen Fragen nunmehr auf Grund des diesseitigen Besteinigungs stellen müssen.

So wurde Astrazeneca am 8.4.2024 in einem Teil-Urteil des OLG Bamberg – 4 U 15/23 verurteilt Daten zu allen bekannten Wirkungen und Nebenwirkungen des Impfstoffs zur Verfügung stellen sowie zu sämtlichen weiteren Erkenntnissen, die für die Bewertung der Vertretbarkeit schädlicher Wirkungen des Impfstoffs von Bedeutung sein können, "soweit diese das Thrombose-mit-Thrombozytopenie-Syndrom (TTS) betreffen". Die Auskünfte müssen für den Zeitraum vom 27. Dezember 2020, der Zulassung des Impfstoffs, bis zum 19. Februar 2024 zur Verfügung gestellt werden.

Im Hinblick auf eine von der Klägerin behauptete Haftung der von Astrazeneca wegen „unzureichender Arzneimittelinformation“ (§ 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 AMG) beabsichtigt der OLG-Senat zudem, ein Sachverständigengutachten einzuholen, da er derzeit davon

ausgeht, dass die Klägerin nicht mit dem Impfstoff der Beklagten geimpft worden wäre, wenn das Risiko einer Darmvenenthrombose in der Fachinformation der Beklagten dargestellt gewesen wäre. Gegenstand des Gutachtens wäre die Frage, ob eine Darstellung in der Fachinformation nach dem damaligen wissenschaftlichen Stand geboten war.

Bekanntlich ist AstraZenecas Covid-19-„Impfstoff“ Vaxzevria seit dem 7.5.2024 nicht mehr in der EU zugelassen, nachdem AstraZeneca selbst den Antrag auf Rücknahme der Marktzulassung gestellt hatte, siehe auch:

<https://report24.news/astrazenecas-covid-impfstoff-vaxzevria-in-der-eu-nicht-mehr-zugelassen/>

Die folgende Publikation bezieht sich auf die Lüge über die Geeignetheit des ALC-0315, was mit einem Paper belegt wird, das genau das Gegenteil besagt:

Irinas bzw. BioNTechs Geständnis des Vorsatzes: Non-Immunotherapy Application of LNP-mRNA: Maximizing Efficacy and Safety doi: 10.3390/biomedicines9050530

Hier ein Paper **aus dem Hause BioNTech selbst** und das aus dem Jahr 2021, also während die „Impfung“ bereits lief:

Vlatkovic I. Non-Immunotherapy Application of LNP-mRNA: Maximizing Efficacy and Safety. Biomedicines. 2021 May 10;9(5):530. doi: 10.3390/biomedicines9050530. PMID: 34068715; PMCID: PMC8151051.

Was hat die Autorin und BioNTech-Mitarbeiterin Irena Vlatkovic und somit auch ihre Firma BioNTech zu diesem Zeitpunkt bereits gewusst?

Die Expertin Dr. Stebel hat dieses Paper in ihrem nachfolgenden Substack vom 16.11.2023 mit dem Titel **„Die kurios verquere Gedankenwelt der modRNA Gläubigen Teil 2“** auf die Highlights runtergebrochen, diese übersetzt und kommentiert und solche Angaben ergänzt, die die Autorin selbst unterschlagen hat (mit zahlreichen weiterführenden Links):

<https://drbine.substack.com/p/die-kurios-verquere-gedankenwelt-cc2>

Einige weiterführende Substacks von Frau Dr. Stebel (die aber ebenfalls in die Fußnoten ihres vorgenannten Buchs eingegangen sind):

https://drbine.substack.com/p/offensichtliche-zytotoxizitat-und?utm_source=profile&utm_medium=reader2

<https://drbine.substack.com/p/wie-man-sich-aus-seinen-eigenen-worten>

<https://drbine.substack.com/p/die-kurios-verquere-gedankenwelt>

<https://drbine.substack.com/p/die-kurios-verquere-gedankenwelt-cc2>

Diese Hinweise nur vorab, damit dem erkennenden Gericht schon jetzt diese weiterführenden Quellen bekannt sind. Die weitere ausführliche Würdigung der Inhalte

dieser Substacks bleibt – soweit sie in diesem Schriftsatz noch nicht erfolgt – ausdrücklich vorbehalten.

Höchst vorsorglich sei darauf hingewiesen, dass weitere Upgrades zu diesen Substacks ggf. dazu führen können, dass die vorgenannten Links dann nicht mehr funktionieren.

II. Die Zulassungsstudie - Mängel in den Zulassungsverfahren der EMA

Zur Einführung in diese Thematik werden die diesbezüglichen Ausführungen in dem Buch „Die Corona-Verschwörung“ von Dr. Brigitte Röhrig ab Seite 274 empfohlen.

Es ist davon auszugehen, dass die von Pfizer und der Beklagten bei der EMA eingereichten Unterlagen mit den in den USA eingereichten Dokumenten weitestgehend identisch sind, zumal zwischen den Zulassungsbehörden eine internationale Abstimmung stattfand, „was letztlich nur sinnvoll ist, wenn den Behörden dieselben Unterlagen mit denselben Ergebnissen vorliegen (Dr. Brigitte Röhrig, Die Corona-Verschwörung, S. 276 m.w.N.).

Der Sachverständige Dr. Hans-Joachim Kremer hat sich in seinem Gutachten vom 8.4.2024, das hier als

Anlage K 4

überreicht und nachfolgend bei der Prüfung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses i.S. von § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG noch weiter in Bezug genommen werden wird, auf den Seiten 15 ff. ausführlich mit den „Mängeln“ der Studie C4591001 befasst.

Seine Schlussfolgerungen hierzu fasst er (auf Seite 15) wie folgt zusammen (**Zitat**):

„Schlussfolgerungen aus diesem Kapitel

Die Planung und Durchführung dieser Studie war in sehr vielen Aspekten mangelhaft. Diese Mängel wurden von den Behörden allesamt entgegen den regulatorischen Vorgaben sowohl prospektiv geduldet als auch retrospektiv zumindest stillschweigend akzeptiert.

Wesentlich ist, dass die Integrität der Daten keineswegs gewährleistet war. Es gibt zahlreiche Beweise bzw. sehr starke Hinweise auf Manipulationen. Ganz besonders davon betroffen dürften Todesfallmeldungen gewesen sein, allerdings auch Meldungen zu schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen (SAEs). In beiden Aspekten muss man eine starke Neigung (bias) zu allzu positiven Daten für die Impfung unterstellen. Die vorliegenden Studienberichte suggerieren also eine Sicherheit, die niemals auch nur ansatzweise bestand.

Außerdem gibt es Befunde, die dahingehend interpretiert werden können, dass auch bei der Identifikation von möglichen Fällen von COVID-19 ein Bias für Verum eingeführt wurde.

Eigentlich sind die Daten dieser Studie derart, dass sie komplett als unzuverlässig verworfen werden sollten. Das aber hieße: Sofortiger Entzug der Zulassung.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

wie vor (Anlage K 4)

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, ...

Im Übrigen wird zur Wahrung der Übersichtlichkeit vollumfänglich auf die diesbezüglichen Ausführungen auf den Seiten 15 ff. im vorgenannten Gutachten von Dr. Kremer verwiesen, womit dieser zum Klagevortrag erhoben werden soll.

Auch dem o.g. Buch von Dr. Michael Palmer et al. (Anlage K 2) können auf den Seiten 45 – 47 „einige“ Belege für Betrug bei Pfizers klinischen Tests entnommen werden.

In einem tkp.at-Artikel vom 24.10.2022 heißt es zu diesen Studiendaten von Pfizer (**Zitat**):

„Pfizer und die US-Behörde für Lebens- und Arzneimittelsicherheit FDA wollten die mit den Corona-Impfstoffen zusammenhängenden Daten für 75 Jahre unter Verschluss halten, so dass niemand, der das Produkt erhalten hat, jemals erfahren sollte, wie die Studienlage wirklich aussieht. Der texanische Richter Mark Pittman entschied jedoch bereits im Januar 2022, dass die FDA alle von Pfizer eingereichten Daten binnen 8 Monaten veröffentlichen muss...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Die Daten sind für jeden im Internet einsehbar auf der Webseite von „Public Health and Medical Professionals for Transparency

<https://phmpt.org/pfizer-court-documents/#>

Eine Suchmaschine, die den Pfizer/FDA-Datensatz nach Stichworten durchsucht, findet man unter dieser Adresse:

<https://vaccines.shinyapps.io/abstractor/>

Der Umfang dieser Daten ist gigantisch, so dass mit dem Erscheinen der o.g. Bücher zu den „Pfizer-Files“ sicherlich noch weitere Erkenntnisse zu erwarten sind, die über die nachfolgend gewürdigten Unterlassungen, Falschdarstellungen und Manipulationen der Beklagten – und ihres Partnerunternehmens Pfizer – noch hinausgehen werden.

Damit komme ich zu einigen herausragenden vorsätzlichen manipulativen Handlungen und Unterlassungen der Beklagten, die in dem vorgenannten Gutachten zu Anlage 4 K nur teilweise angesprochen werden:

1.

Die Fälschung der Zulassungsstudie bei den Todesfällen

Der Sachverständige Dr. Kremer hat in seinem vorgenannten Gutachten in den Kapitel 2.5, 2.6 und 2.7 konkrete Anhaltspunkte für Manipulationen bei der (Nicht-)Zuordnung von Todesfällen zusammengetragen.

In dem Gutachten heißt es hierzu unter Ziff. 2.6.4 u.a. (**Zitat**):

„...Ein Fall hätte bereits damals schon stutzig machen müssen. Ein Verurteilnehmer (60 Jahre, männlich) wurde nämlich nur 3 Tage nach der ersten Dosis tot in seiner Wohnung aufgefunden („*found dead at home*“²⁷). Im Final Report hieß es, dass die Todesursache „arteriosclerosis“ gewesen sei; im Übrigen wurde ein Zusammenhang mit der Impfung rigoros ausgeschlossen. Dazu muss man noch wissen: Arteriosklerose gibt es eigentlich nie als Todesursache, jedenfalls nie als unmittelbare. In Deutschland gab es 2020 unter rund 950 000 Todesfällen nicht einen einzigen solchen Fall; in den USA dürfte das kaum anders sein. Allerdings wird durchaus häufiger „Atherosklerose“ als Todesursache gemeldet, in Deutschland 2020 „Atherosklerot. Herz-Kreislauf-Krankh., so beschrieben“ mit 208 Fällen, sowie „Atherosklerotische Herzkrankheit“ mit sogar 62 900 Fälle²⁸. Anscheinend fiel dies dann auch den Leuten von Pfizer auf, jedenfalls wurde die Todesursache schon im CSR blinded FU auf „atherosclerosis“ geändert; also etwas sinnvoller, wenn auch noch immer recht unwahrscheinlich. Denn mancher mag im Unterschied von „arteriosclerosis“ und „atherosclerosis“ noch Wortklauberei sehen.

Tatsache ist aber auch, dass eigentlich so etwas wie „Herzkrankheit“ zur Erhöhung der Plausibilität der Diagnose dazu gehört hätte. Zumal es recht unwahrscheinlich war, dass ein Mann plötzlich aus heiterem Himmel tot umfiel, obwohl er 3 Tage zuvor noch putzmunter gewesen sein muss und deshalb an dieser Impfstudie teilnahm. Eigentlich sprach schon das Ausschlusskriterium 1 (CTP, Kapitel 5.2) klar dagegen eine schwere Erkrankung zur Dosis 1. Wie aber kann man bei einem Todesfall, der ohne Beobachtung („*found dead at home*“) nur 3, eventuell sogar nur 1 oder 2 Tage nach der ersten Impfung auftrat, sicher sein, dass der Tod „not related“²⁹ gewesen sei? Also nicht durch die Impfung verursacht gewesen sei? Obwohl die Umstände nach Prüfplan zur Klassifizierung „related“ gezwungen hätten!...“(Zitat Ende)

Beweis:

wie vor (Anlage K 4)

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, Alemannenstraße 101, 79117 Freiburg

Und somit kommt der Sachverständige Kremer nach Auswertung aller konkreten Anhaltspunkte auf Seite 53 seines Gutachtens zu dem Ergebnis (Zitat):

„Fazit: Es erscheint völlig unplausibel, dass in den ersten Tagen nach der Impfung mit BNT162b2 in der Studie C4591001 nur ein einziger, zudem noch höchst unplausibel dokumentierter Fall aufgetreten sein soll. Insgesamt wurden bis zum „Final Report“ außergewöhnlich wenige Todesfälle berichtet. Alle späteren Beobachtungen zeigten, dass das Sterberisiko in den ersten 3 Tagen nach der ersten oder zweiten Impfung eindeutig erhöht ist. Da davon in der Studie C4591001 nichts zu sehen war, muss man unterstellen, dass bei den Todesfällen massive Manipulationen, d.h. Unterschlagungen vorkamen. Darüber hinaus ist naheliegend, dass weitere Todesfälle nur verzögert berichtet wurden. Schließlich steht zu befürchten, dass bei Placebo-Toten die Ursache „COVID-19“ in ungerechtfertigter Weise überbetont wurde.“ (Zitat Ende)

Beweis:

wie vor (Anlage K 4)

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, Alemannenstraße 101, 79117 Freiburg

Im Übrigen wird zur Wahrung der Übersichtlichkeit vollumfänglich auf die diesbezüglichen Ausführungen auf den Seiten 40 f. und 43 ff. im vorgenannten Gutachten von Dr. Kremer verwiesen, womit dieser zum Klagevortrag erhoben werden soll.

Solche Beiträge über Manipulationen im Zulassungsverfahren sind mittlerweile ebenfalls Legion, siehe u.a.:

<https://tkp.at/2022/08/25/menstruationsbeschwerden-manipulationen-in-der-placebo-kontrollierten-studie-von-pfizer-biontech/>

2.

Die Fälschung der Western Blots

Hierzu hat Prof. Dr. Martin Schwab in seinem Schriftsatz an das BVerwG vom 3.4.2023 zu AZ. 1 WB 49.22, der hier als

Anlage K 5

überreicht wird, bereits ausgeführt (**Zitat**, Hervorhebungen durch Fettdruck etc. teilweise hinzugefügt):

„In mehreren Medienberichten wird neuerdings aufgedeckt, dass Pfizer/BioNTech – und zwar aller Wahrscheinlichkeit nach mit Billigung der EMA – die sog. *Western Blots* im Zulassungsverfahren **gefälscht** hat. Verwiesen sei hier auf die folgenden Beiträge:

- Alschner Klartext vom 15.3.2023, <https://alschner-klartext.de/2023/03/15/flecken-auf-der-weissen-weste-covid-19-arzneimittelzulassung-a-la-pfizer-was-nicht-passt-wird-passend-gemacht/>
- Trial Site News vom 4.2.2023, <https://www.trialsitenews.com/a/startling-evidence-suggests-biontech-and-pfizer-falsified-key-data-part-1-e2595e7f>.
- Trial Site News vom 10.3.2023, <https://www.trialsitenews.com/a/part-2-startling-evidence-suggests-biontechpfizer-falsified-key-data-further-scandals-24f4d743>.
- Interview mit Dieter Quarz in der Sitzung des Corona-Ausschusses vom 17.3.2023, <https://odysee.com/@Corona-Ausschuss:3/s147de-2:6>.
- Corona Doks vom 25.3.2023, <https://www.corodok.de/pfizer-biontech-blotgate/>.

Die nachstehende Darstellung wird zeigen, dass diese Fälschung eine fatale Konsequenz hat: Nicht in jedem Fläschchen, in das die Injektionslösung abgefüllt wird, sind dieselben Substanzen enthalten, und genau genommen weiß eigentlich niemand, was überhaupt in dem jeweiligen Fläschchen enthalten ist.

2. Begriffsbestimmungen

Der fachlich nicht einschlägig vorgebildete Leser dieses Textes wird im Folgenden mit Begriffen konfrontiert, mit denen er nicht vertraut ist. *Western Blots* sind nämlich ein Nachweisverfahren aus der Molekularbiologie – nämlich ein Proteinanalyseverfahren, das auch in der Zulassung der COVID- „Impfstoffe“ eingesetzt wurde. Es sei daher gestattet,

dem erkennenden (Gericht) vorab die Begriffe von „Western Blots“, „Gelelektrophorese“ und „Banden“ in diesem Kontext zu erläutern:

a) Western Blots

Unter Western Blots versteht man Folgendes (https://www.chemie-schule.de/KnowHow/Western_Blot/):

„Western Blot (Westernblot), auch Immunblot (engl. Immunoblot) bezeichnet die Übertragung (engl. Blotting) von Proteinen auf eine Trägermembran, die anschließend über unterschiedliche Reaktionen nachgewiesen werden können. Die Übertragung kann auf unterschiedliche Weise durchgeführt werden: mittels Diffusion, Kapillarwirkung oder Elektrophorese. Anwendung findet der Western Blot in der biochemischen und medizinischen Forschung sowie in der Diagnostik. Die Western Blot-Methode wurde ursprünglich 1979 im Labor von George R. Stark an der Universität Stanford entwickelt. Im selben Jahr konnten Harry Towbin und Mitarbeiter das Verfahren wie im einfacheren Southern Blot auf Nitrocellulose umstellen, was auch heutzutage die einfachere und präferierte Methode ist.

Die Bezeichnung des Blot-Verfahrens („Western Blot“) stammt vom englischen blot für Klecks oder Fleck und von engl. blotting paper für Löschpapier, bei dem auch ein identischer Abdruck des Originals entsteht. Diese wurde erstmals 1981 von Neal Burnette als eine Allusion eingeführt. Edwin Southern gilt als der Erfinder der Blotting- Technik. Im Jahr 1975 entwickelte er eine Methode für die Auftrennung von DNA- Fragmenten und nachfolgende Hybridisierung, die er als Southern Blot bezeichnete. Die entsprechende Auftrennung von RNA-Fragmenten wurde in Anlehnung an seinen Namen als Northern Blot bezeichnet. Daher nannte man das Proteinblotting mit SDS Western Blot.“

b) Gelelektrophorese

Laut der Webseite „Studyflix“, einer Seite für Studenten (Daher wird hier der Leser mit dem „Du“ angesprochen, ich bitte, dies zu entschuldigen!), wird die Gelelektrophorese wie folgt erklärt (<https://studyflix.de/biologie/gelelektrophorese-2584>: Hervorhebungen im Original):

„Die Gelelektrophorese ist ein Analyseverfahren in der Chemie und in der Molekularbiologie. Sie wird verwendet, um verschiedene kleine Moleküle, also DNA, RNA und Proteine, voneinander zu trennen. Das funktioniert so: Die zu trennenden Moleküle bewegen sich auf einem Gel, das elektrisch aufgeladen ist. Je nach Größe und Ladung wandern die Moleküle unterschiedlich weit. Dabei bilden sie ein charakteristisches Bandenmuster. Anschließend kannst du die Moleküle durch eine Färbung sichtbar machen. Für die Wanderungsgeschwindigkeit der Moleküle, kannst du dir merken:

- **Kleine Moleküle** wandern schneller als große Moleküle.
- **Negativ geladene Moleküle** (Anionen) bewegen sich zur positiv geladenen Elektrode (Anode).
- **Positiv geladenen Moleküle** (Kationen) wandern zur negativ geladenen Elektrode (Kathode).

Die Apparatur der Gelelektrophorese sieht folgendermaßen aus:

Gelmatrix: Für die Gelelektrophorese ist eine sogenannte Gel-Matrix notwendig, denn durch sie können die Moleküle wandern. In der Matrix befinden sich Poren, die

für die Moleküle wie eine Art Sieb wirken. Die Größe der Poren unterscheidet sich dabei je nachdem, welches Gel du verwendest.

Elektrisches Feld: Die gesamte Apparatur wird an ein Gerät angeschlossen, das ein elektrisches Feld erzeugt. Ein Bereich des Gels wird dadurch negativ geladen (Kathode). Die andere Seite ist hingegen positiv geladen (Anode). Je nach Molekülgröße und -ladung bewegen sich die Moleküle unterschiedlich weit durch das Gel. Sie besitzen also eine unterschiedliche Wandergeschwindigkeit.

- Kleine Moleküle wandern jeweils am schnellsten in die Richtung der beiden Elektroden.
- Durch die im Gel befindlichen Poren und die entstehende Reibung auf der Gelfläche, setzen sich Moleküle mit ähnlichen Eigenschaften an derselben Stelle ab. Lange Moleküle können sich nämlich im Gel nicht so schnell bewegen wie kürzere.
- Mit der Zeit lagern sich Moleküle gleicher Größe und Ladung in sogenannten Banden zusammen. Es entsteht dabei ein spezifisches **Bandenmuster**.
- Wenn die Probemoleküle vor der Gelelektrophorese mit einem Farbstoff markiert wurden, kannst du das entstandene **Bandenmuster** meistens unter UV-Licht betrachten.
- Um Aussagen über das entstandene Bandenmuster zu treffen, kannst du am Ende sogenannte **Marker** hinzufügen. Darunter verstehst du Moleküle, deren Eigenschaften du kennst. Beispielsweise ein DNA-Abschnitt, dessen Länge dir schon bekannt ist, wie bei einem Kriminalfall die DNA des potenziellen Täters. Jetzt kannst du dein Bandenmuster mit dem des Markers vergleichen.“
- Ich darf auch das dazugehörige, nur knapp 5 Minuten dauernde, sehr einfach und plakativ gestaltete Video zur Gelelektrophorese sehr empfehlen: <https://studflix.de/biologie/gelelektrophorese-2584>.

c) Banden

- Unter Banden versteht man im hier interessierenden Zusammenhang die Moleküle gleicher Größe und Ladung, die sich bei der Gelelektrophorese in so genannten „Banden“ zusammenlagern. Je nach Molekülgröße und -ladung entsteht ein ganz spezifisches Bandenmuster, weshalb man es als eine Art „Fingerabdruck“ (in diesem Fall der Spike-Proteine der „Impfstoffe“) bezeichnen kann.

d) Statements von Experten

- Die investigative Journalistin Sonia Elijah hat mit einer Gruppe von Wissenschaftlern und Experten herausgefunden, dass ein sehr hoher Verdacht besteht, dass die Hersteller der COVID „Impfungen“ bei den Unterlagen zur Zulassung betrogen haben, indem sie die *Western Blots* mit Hilfe von Photoshop o. ä. Bildbearbeitungssoftware bearbeitet haben und so eine Reinheit der Produkte vorgaben, die nicht vorhanden war.
- In ihrem Artikel [ins Deutsche übersetzt] „Verblüffende Beweise deuten darauf hin, dass BioNTech und Pfizer Schlüsseldaten gefälscht haben“: <https://www.trialsitenews.com/a/startling-evidence-suggests-biontech-and-pfizer-falsified-key-data-part-1-e2595e7f> erklärt Elijah die *Western Blot*-Technik mit ihren eigenen Worten wie folgt:
- Zur tieferen Erklärung und zum Verständnis der so wichtigen Thematik der *Western Blots* und der sich nun immer deutlicher abzeichnenden vermutlichen Manipulation der Schlüsseldaten durch die Hersteller bediene ich mich zusätzlich im freien Zitat

und auszugsweise des Dipl. Ing. Dieter Quarz, der jahrelang im Bereich der Medizinproduktezulassungen (die erhebliche prozedurale Ähnlichkeiten mit Arzneimittelzulassungen aufweisen) gearbeitet hat und am 17. März 2023 eine für den Laien sehr verständliche Erläuterung der *Western Blots* in einem Interview im Corona Ausschuss geliefert hat (Quelle siehe oben II.1.; die Ausführungen werden hier nicht im Wortlaut zitiert, sondern sinngemäß wiedergegeben):

- Bei *Western Blots* handelt es sich um ein etabliertes Routineverfahren. Sie stammen aus der Proteinanalytik und dienen, so Quarz, der Produktverifikation: Die EMA/FDA als Zulassungsbehörden fragen nicht nur die GMP, die Good Manufacturing Practice bei den Herstellern/Inverkehrbringern im Rahmen eines Audits ab, sondern sie wollen in erster Linie bei einem Arzneimittel wissen, was tatsächlich enthalten ist, wie hoch der Reinheitsgrad ist, was für Verunreinigungen enthalten sind und wie das alles reproduzierbar belegt werden kann.
- Wir erinnern uns: Die Chargenprüfung beim PEI umfasst, wie Herr Dr. Ralf Wagner bei seiner Vernehmung in der mündlichen Verhandlung vom 6.7.2022 erläutert hat, auch die Identität und Integrität der mRNA; dagegen werden die Injektionslösungen nicht auf Verunreinigungen überprüft. Aber zunächst weiter die Ausführungen von Dieter Quarz:
- Mit der *Western Blot* Methode kann man Proteingemische auftrennen. Diese Proteine (Eiweiße) kann man zunächst quantitativ und in einem späteren Schritt auch qualitativ identifizieren. Die Bandenmuster in den *Western Blots* kann man sich wie eine Art Fingerabdruck der Proteine vorstellen. Man bekommt bei diesem Verfahren ganz charakteristische Bandenmuster. Diese Bandenmuster im Rahmen der manuellen *Western Blot* Analyse haben normalerweise aufgrund von Verzehreffekten eine ganz klare charakteristische Bogenform und einen leichten Schliereffekt.

Ein schwerwiegender Verdacht: Fälschung der Western Blots?

a) Noch einmal: Statements von Experten

Als die von BioNTech/Pfizer eingereichten *Western Blots* von Laborpraktikern begutachtet wurden, stellten diese laut Dipl. Ing. Quarz sofort fest: Diese *Western Blots* müssen gefälscht sein! Um die Dimension dieser Einschätzung einzuordnen: Diese Unterlagen wurden bei den Zulassungsbehörden eingereicht. Die Reinheit des Wirkstoffs wurde also anhand von gefälschten Laboranalysen überprüft! Wir müssen also befürchten, dass die Hersteller der COVID-Injektionen die Zulassung entweder durch Täuschung erwirkt haben oder aber – was die Sache nicht besser machen würde – die Täuschung sogar von den Zulassungsbehörden erkannt und gebilligt worden ist. Denn man darf davon ausgehen, dass auch die Zulassungsbehörden Fachleute beschäftigen, die sich mit Laboranalysen und Nachweisverfahren auskennen.

Bevor wir näher hierauf eingehen, möchten wir uns noch kurz dem möglichen Grund für diese vermutliche Fälschung der Schlüsseldaten widmen:

Die Biologin Frau Dr. Sabine Stebel erläuterte uns in einem Telefonat den Grund und die vermutliche Manipulation der *Western Blots* durch die Hersteller der COVID- Injektionen für den Laien wie folgt:

„Die Hersteller haben beim Proteindesign diverse Anfängerfehler gemacht, es kam vermutlich nicht das Protein heraus, was sie tatsächlich bauen wollten, sondern etwas leicht anderes. Die Anforderung der Zulassungsbehörden an die Hersteller war, dass sie zeigen

mussten, dass das was in der Zellkultivierung erstellt wird auch das ist, was im Körper gebildet werden sollte. Dieses Produkt sollte reproduzierbar identisch sein.

*Dem war höchstwahrscheinlich nicht so. Das Produkt hatte eine andere Größe und ein anderes Gewicht und teilweise eine andere Proteinsequenz, man konnte also die Anforderungen, die an die COVID „Impfstoffe“ gestellt wurden nicht in einem echten Blot zeigen, denn es gab sehr deutliche sichtbare Abweichungen. Dies hätten die Zulassungsbehörden anhand der Western Blots **sofort** erkennen können.“*

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, ...

Zumindest aber wäre ich dankbar, wenn der erkennende Senat mir erlauben würde, Frau Dr. Sabine Stebel mit Blick auf die eingangs gestellten Beweisanträge zu meiner Unterstützung in die neu anzuberaumende mündliche Verhandlung mit der Maßgabe mitzubringen, dass sie das Recht hat, Fragen zu stellen – etwa falls hiesiger Anregung entsprechend Herr Dr. Ralf Wagner (PEI) erneut vernommen werden sollte.

b) Hinweise auf eine Fehlfunktion der COVID-Injektionen in der Literatur

Die Vermutung, dass eine andere Form des Spikes von den Körperzellen produziert werden könnte als beabsichtigt, steht unter Wissenschaftlern bereits seit einigen Monaten im Raum. Erste Laborbelege für diese Vermutung waren bereits im Juli 2022 als Preprint verfügbar.

Bruce K. Patterson et al. (<https://www.researchsquare.com/article/rs-1844677/v1>) isolierten aus 6 geimpften Patienten mit persistierenden Symptomen nach einer COVID-Injektion ohne vorherige Infektion mit dem Virus das von diesen Patienten in ihren Zellen produzierte Spikeprotein, welches somit nur von einer Impfung stammen konnte. Die Forscher bestimmten die Aminosäuresequenz (alle Proteine bestehen aus aneinander gereihten Aminosäuren) der Spikeproteine, die diese Patienten produzierten. Man würde nun erwarten, wenn das, was die Hersteller versprochen haben, der Wahrheit entspräche, alle diese Patienten identisches Spikeprotein produzieren würden. Dem war jedoch nicht so. Alle 6 Patienten hatten mutierte Spikeproteine, die so sicherlich nicht von den Herstellern geplant waren. Die Mutationen waren vor allem in der S1 Untereinheit des Spikeproteins zu finden.

Wir erinnern uns: Die Funktionsweise der mRNA-Impfstoffe ist dadurch charakterisiert, dass den Zellen des menschlichen Körpers der Bauplan an die Hand gegeben wird, das Antigen – also das Spike-Protein – selbst zu produzieren. Wenn nun in den untersuchten Patienten unterschiedliche Antigene nachgewiesen wurden, müssen auch die Baupläne unterschiedlich gewesen sein – was mit allem Nachdruck die Frage aufwirft, wie es denn um die Einheitlichkeit der Inhaltsstoffe in den mRNA-Injektionen bestellt ist.

c) Gründe für die Vermutung einer Fälschung der Western Blots

Frau Dr. Sabine Stebel erläuterte die Gründe, weswegen wir hier von einer Fälschung ausgehen müssen, wie folgt:

„Die Western Blots, die von den Herstellern eingereicht wurden, können aus mehreren Gründen so nie zustande gekommen sein“ so Dr. Stebel weiter, „denn es handelt sich hier

um einen mehrstufigen Prozess, der in jedem seiner Schritte zwangsweise eine gewisse biologische Variabilität beinhaltet, die nicht verhindert werden kann:

1. Die Variabilität der Inhaltsstoffe in den Impfvials bezüglich der Konzentration der enthaltenen modRNA.
2. Die Variabilität zwischen den für die Proteinexpression/Proteinproduktion verwendeten Flaschen der Zellkultur und deren in den Grenzen des normalen Stoffwechsels variierenden natürlichen Unterschiede.
3. Die unvermeidlichen Pipettierabweichungen in jedem einzelnen Schritt, angefangen bei der Transfektion der Zellkultur über die Probennahme über das Beladen der Gele, sowie das Pipettieren der detektierenden Antikörper.
4. Es hat einen Grund, warum in der Biologie, anders als in der Physik, nicht mit dem Fehlerfortsetzungsgesetz gearbeitet wird. Die konstanten, nicht zu vermeidenden Abweichungen bei biologischen Experimenten sind derartig groß, dass in der Biologie traditionell Minimum drei Messungen durchgeführt werden und anschließend der Mittelwert und die Standardabweichung berechnet wird, um der Wahrheit so nahe wie möglich zu kommen. Es ist daher schon aus diesem Grund vollkommen unmöglich, dass zwei Messungen den identischen Messwert ergeben können, geschweige denn drei oder mehr Messungen, egal welche Art von Experiment man durchführt. Das Problem erstreckt sie auf jede einzelne in der Biologie verwendete Messmethode.
5. Es ist somit vollkommen unmöglich, dass nach diesem mehrstufigen, fehlerbehafteten Nachweisprozess auch nur zwei Punkte eines Westernblots identisch sein könnten, selbst bei einer automatisierten Durchführung mit einer Jess (https://www.rndsystems.com/products/jess-simple-western-system_004-650). Deshalb liegt die Vermutung sehr nahe, dass die Hersteller die Westernblots mit der „traditionellen Photoshopmethode“ manipuliert haben. Dies geschieht ganz einfach per Copy/Paste, sie haben vermutlich einfach mittels Grafikbearbeitung die Banden kopiert.“

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel....

d) Fälschung von Forschungsdaten: Präzedenzfälle

Wenn (das erkennende Gericht) diese Aussagen der Expertin Sabine Stebel und die noch folgenden Aussagen der Wissenschaftler und Experten rund um Sonia Elijah und von Dieter Quarz nun für abenteuerlich halten will, so sei darauf hingewiesen, dass eine Fälschung der *Western Blots* schon eine lange Tradition in der Wissenschaft hat!

In dem Blogbeitrag „Flickschuster-Banden“ des Laborjournals

<https://www.laborjournal.de/blog/?p=4916#more-4916>

vom 2. August 2012 zeigt der Autor einen nachträglich zusammen gesetzten *Western Blot* und kommentiert ihn wie folgt: „Was daran „stinkt“, ist klar: Die Blot-Spuren und -Banden stammen ganz offensichtlich nicht aus demselben Experiment und wurden nachträglich im Computer zu einem Bild zusammengeschustert... Und es kostet kaum Mühe, noch weitere Beispiele für solche „Flickschustereien“ aufzutreiben.“

In der Tat gab es Ende der 1990er Jahre den „größten Fälschungsskandal der Wissenschaft“, wie es die Taskforce der DFG, der Deutschen Forschungsgemeinschaft beschrieben hat. Auch hier wurden die Studien so manipuliert, dass die Ergebnisse passend ausfielen. Nachzulesen ist dies alles in einem Beitrag im Hamburger Abendblatt vom 26.6.2000:

<https://www.abendblatt.de/archiv/2000/article204289931/Die-Task-Force-der-DFG-hat-eine-Bilanz-des-groessten-Faelschungsskandals-in-der-deutschen-Wissenschaft-gezogen-Die-Krebsforscher-Friedhelm-Herrmann-und-Marion-Brach-haben-weit-mehr-manipuliert-als-bislang-bekannt-war.html>.

Eine Stelle in diesem Artikel lässt besonders aufhorchen: „*Viele Wissenschaftler haben sich schlicht geweigert, mit uns zusammenzuarbeiten*“, berichtete Ulf Rapp, der Leiter der Task Force, die seinerzeit den Manipulationsskandal im Auftrag der DFG untersuchte. „*Deshalb sei es oft nicht möglich gewesen, die Entstehung von Forschungsarbeiten und den Anteil der jeweiligen Autoren zu rekonstruieren. Auch deshalb dürfte das ganze Ausmaß des Skandals wohl niemals aufgedeckt werden.*“

Einige wissenschaftliche Journals haben seither begonnen, sich, um die Manipulationen aufdecken zu können, die vollständigen, unbearbeiteten Gele und Blots einreichen zu lassen, die anschließend in den *supplementary materials* veröffentlicht werden.

e) Western Blots in der optischen Darstellung – Normalzustand versus Zustand bei Pfizer/BioNTech

Anders scheint jedoch die Praxis der Impfstoffzulassungsbehörden auszusehen: Diese unbearbeiteten, händischen Gele und Blots, also die eigentlichen Originaldaten, sind im Verfahren der Zulassung der COVID-Injektionen nach diesseitigem Kenntnisstand weder angefordert noch nachgereicht worden.

Was jedoch nachgereicht wurde, sind die digitalisierten und manuellen *Western Blots*. Und diese stehen laut Sonia Elijah und den an der Analyse beteiligten Wissenschaftlern und Experten unter einem hohen Manipulationsverdacht. In ihrem bereits erwähnten Artikel <https://www.trialsitenews.com/a/startling-evidence-suggests-biontech-and-pfizer-falsified-key-data-part-1-e2595e7f> zeigt Sonia Elijah, wie normalerweise *Western Blots* aussehen...“
(Zitat Ende)

Die Anlage K 5 ist auch im Web unter folgendem Link abrufbar:

https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2023/04/3.4.2023-Anhoerungsruege_Ergaenzung_IV_03-04-2023-anonymisiert.pdf

Beweis für den gesamten obigen Vortrag zu en Western Blots:

Sachverständiges Zeugnis von Dieter Quarz, ladungsfähige Anschrift wird nachgereicht

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Im Übrigen sei zur Wahrung der Übersichtlichkeit dieses Schriftsatzes und zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieses Schriftsatzes von Prof. Schwab vom 3.4.2023 verwiesen.

3.

Die Lüge von der Geeignetheit der Nanolipide

Die Zulassung für die modRNA-Injektion Comirnaty wurde von den Verantwortlichen der Beklagten auch noch mit einer weiteren vorsätzlichen Lüge erschlichen, eben weil sie wussten, dass das Lipid ungeeignet ist und daher von Moderna ausgemustert wurde.

Dr. Stebel fasst ihre Erkenntnisse in ihrem vorgenannten Buch (auf Seite 96 m.w.N.) wie folgt zusammen, wobei sie mit einem Zitat aus dem Buch „Lightspeed“ beginnt (**Zitat**):

„Es gab nur ein intramuskuläres Lipid, das jederzeit in Produktion für klinische Studien gehen konnte: Eine Formulierung von Acuitas, die BioNTech ursprünglich in dem Partnerprojekt mit Pfizer zur Entwicklung eines Impfstoffs gegen Grippe testen wollte. Es war diese Lipidformulierung, die das Paar und sein Team der deutschen Aufsichtsbehörde bei dem ersten Treffen im Februar vorgestellt hatte.“ (Seite 158)

Das Problem mit den Acuitas-Nanolipiden, die Moderna beinahe ruiniert haben, habe ich bereits ausführlich in meiner Analyse von Kapitel 2 ausgeführt. **Das ist an dieser Stelle einfach eine glatte Lüge! Nun auf Seite 158 auf Seite 158 die Bestätigung schwarz auf weiß: BioNTech hat dem PEI die Acuitas-Nanolipide, die Moderna als Sicherheitsrisiko in seinem Investorenbericht listete, als sicher verkauft.**

Nicht nur das. Man hat die EMA beim pKs-Wert und der damit einhergehenden angeblichen Eignung des Lipids belogen, indem man als Beleg ein Moderna-Papier zitiert hat, das das genaue Gegenteil aussagte.“ (**Zitat Ende**, Fettdruck hinzugefügt)

Weiter führt Dr. Stebel ebenda aus (**Zitat**):

„Praktischerweise spart man sich an dieser Stelle den Namen des Lipids (ALC-0315) und auch einen Beleg für diese Behauptung.

„Die vorhandenen Daten zeigten, dass die Formulierung sicher war, aber das Team hatte keine Daten darüber, ob diese Lipidformulierung die mRNA-Plattformen, die sie seit Jahren entwickelt hatten, wirksamer oder weniger wirksam machen würde.“ (S. 158)

Immer wenn es spannend wird, fehlen die Endnoten in „Projekt Lightspeed“. **Ich habe bis heute kein einziges Sicherheitsdatenblatt dieser Substanz gesehen**, bei der die LD50 für Injektion bestimmt worden wäre. LD50 ist die Kennziffer, die bezeichnet, bei welcher Menge einer Substanz die Hälfte der Versuchstiere verstorben ist. **Diese Kennziffer wurde für ALC-0315 nicht bestimmt. Woher will man also wissen, ob die Substanz sicher ist?** Diese Daten würden mich sowie viele andere Wissenschaftler interessieren.

Was aber bekannt ist, ist die OEB-Einstufung der Lipide und des Gesamtprodukts Comirnaty. OEB steht für „occupational exposure limit“, als Arbeitsplatzgrenzwerte. Laut dem Sicherheitsdatenblatt des Herstellers Pfizer sind die Lipide OEB 3. OEB 3 entspricht „hazardous“ (= gefährlich...). **Das Endprodukt Comirnaty hingegen ist OEB 5, also „very highly hazardous“ (= sehr hochgradig gefährlich...).** Bei OEB 5 hätte man die Spritzen unter einem Abzug aufziehen muss, da dies die Sicherheitsstufe von konzentrierter Schwefelsäure ist. Hat man das den Mitarbeitern in den Impfzentren oder

Arztpraxen mitgeteilt und auch OEB-5-gerechte persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung gestellt?...“

Eine weitere Vertiefung hierzu findet sich in dem Paper von Gabriele Segalla-Paper vom 16.10.23, das in folgendem Substack von Dr. Sabine Stebel vom 4.11.2023 mit dem Titel: „**Offensichtliche Zytotoxizität und intrinsische Zytotoxizität von Lipid-Nanomaterialien, die im COVID-19 mRNA-Impfstoff enthalten sind**“ gewürdigt wird.

Dort heißt es u.a. (**Zitat**):

*„DE: "Ein weiteres Problem, das nicht übersehen werden darf, ist zweifellos der enorme Unterschied zwischen den scheinbaren pKs- und den intrinsischen pKs-Werten der lipidionisierbaren Spezies, insbesondere bei der Zubereitung von Pfizer. [Seine intrinsische Tendenz zur Protonierung (d.h. seine Basenstärke) ist 3.236-mal höher als der scheinbare pKs-Wert des LNP. Bei SM-102 bedeutet eine Differenz zwischen den beiden pKs-Werten von 2,15, dass die intrinsische Protonierungsneigung 141-mal höher ist als die scheinbare. [...]] Da sein pKs-Wert sogar höher ist als der des Ammonium-Ions (9,25), **weist ALC-0315 eine Basenstärke auf, die etwa doppelt so hoch ist wie die des Ammoniaks selbst**, d.h. es besitzt eine Ionisierungskraft, die doppelt so stark ist wie die einer äquimolaren wässrigen Lösung von Ammoniak."*

Oups.

Da stellt sich die Frage, wie man diese Tatsache den Regulatoren der FDA oder EMA schonend beigebracht hat.

Und zwar ganz einfach durch Betrug.

Man zitiert ein Paper aus dem Hause Moderna (welch Ironie), das exakt das Gegenteil von dem besagt, was man belegen will.

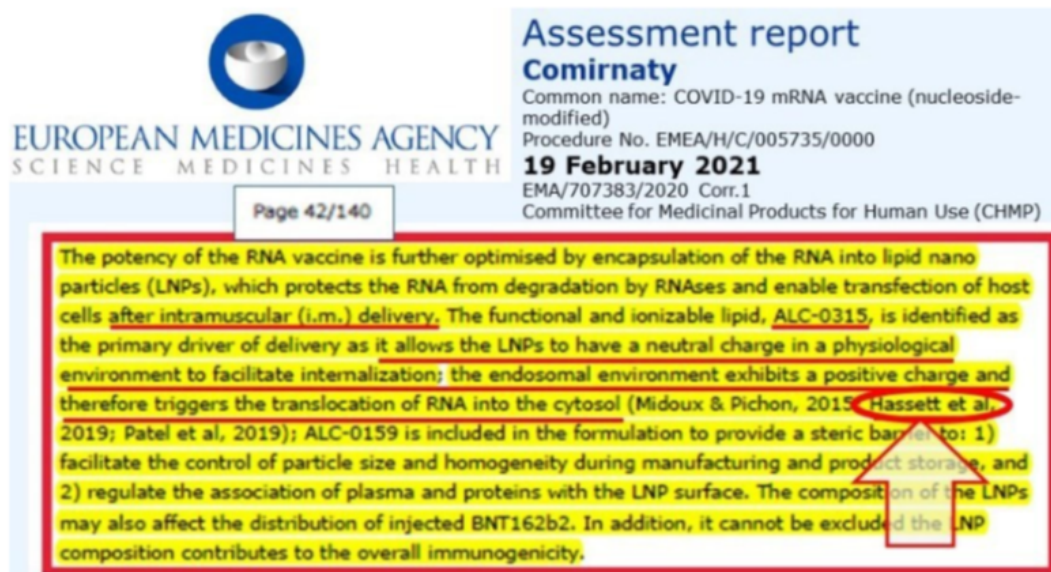


Figure 6. EMA Assessment Report on Comirnaty by Pfizer/ BioNTech, dated 19 February 2021, page 42.

Hassett KJ, Benenato KE, Jacquinet E, Lee A, Woods A, Yuzhakov O, Himansu S, Deterling J, Geilich BM, Ketova T, Mihai C, Lynn A, McFadyen I, Moore MJ, Senn JJ, Stanton MG, Almarsson Ö, Ciaramella G, Brito LA. Optimization of Lipid Nanoparticles for Intramuscular Administration of mRNA Vaccines. *Mol Ther Nucleic Acids*. 2019 Apr 15;15:1-11. doi: 10.1016/j.omtn.2019.01.013. Epub 2019 Feb 7. PMID: 30785039; PMCID: PMC6383180. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30785039/>

> *Mol Ther Nucleic Acids*. 2019 Apr 15;15:1-11. doi: 10.1016/j.omtn.2019.01.013. Epub 2019 Feb 7.

Optimization of Lipid Nanoparticles for Intramuscular Administration of mRNA Vaccines

Kimberly J Hassett¹, Kerry E Benenato¹, Eric Jacquinet¹, Aisha Lee¹, Angela Woods¹, Olga Yuzhakov¹, Sunny Himansu¹, Jessica Deterling¹, Benjamin M Geilich¹, Tatiana Ketova¹, Cosmin Mihai¹, Andy Lynn¹, Iain McFadyen¹, Melissa J Moore¹, Joseph J Senn¹, Matthew G Stanton¹, Örn Almarsson¹, Giuseppe Ciaramella¹, Luis A Brito²

Affiliations — collapse

Affiliations

- ¹ Moderna Therapeutics, 200 Technology Square, Cambridge, MA 02139, USA.
- ² Moderna Therapeutics, 200 Technology Square, Cambridge, MA 02139, USA. Electronic address: luis.brito@modernatx.com.

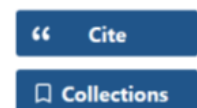
PMID: 30785039 PMCID: PMC6383180 DOI: 10.1016/j.omtn.2019.01.013

[Free PMC article](#)

FULL TEXT LINKS



ACTIONS



SHARE



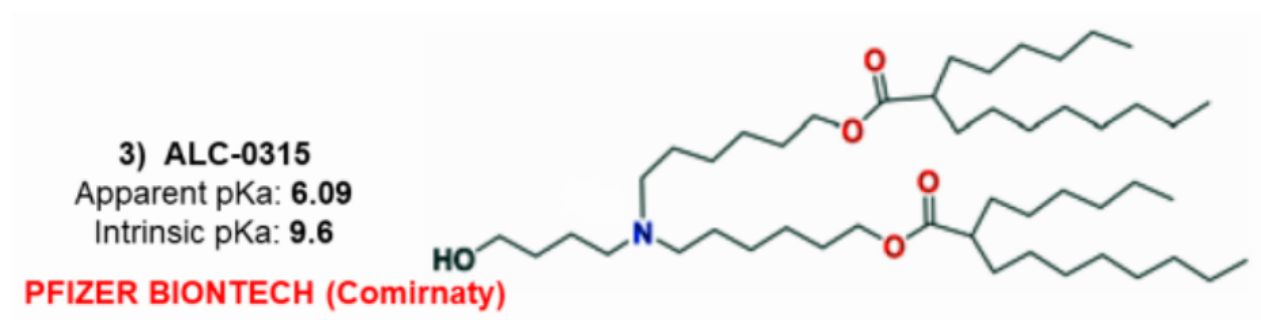
PAGE NAVIGATION

< Title & authors

Segalla bezieht sich auf diese Stelle im Hassett/Moderna Paper:

tween IM and IV performance could be that the optimal physical or chemical properties differ between the two routes. One strong determinant of immunogenicity was the lipid pKa, with a range of 6.6–6.9 being optimal for IM immunogenicity (Figure 2C). This differs from the optimal pKa range for IV delivery of siRNAs and mRNAs, which has been reported as 6.2–6.6.^{11,23} mRNA encapsulation efficiencies and LNP sizes ranged from 69% to 100% and from 50 to 142 nm, respectively. While there was no relationship between

Welchen pKs hat ALC-0315 noch mal?



Welche Zahl größer ist als eine andere, lernt man in der Grundschule. Das Maul des Krokodils weist immer zur größeren Zahl:

6,09 < 6,6–6,9

Und sogar

6,09 < 6,2–6,6

ALC-0315 ist somit WEDER für IM (intramuskulär) noch IV (Infusion) geeignet.

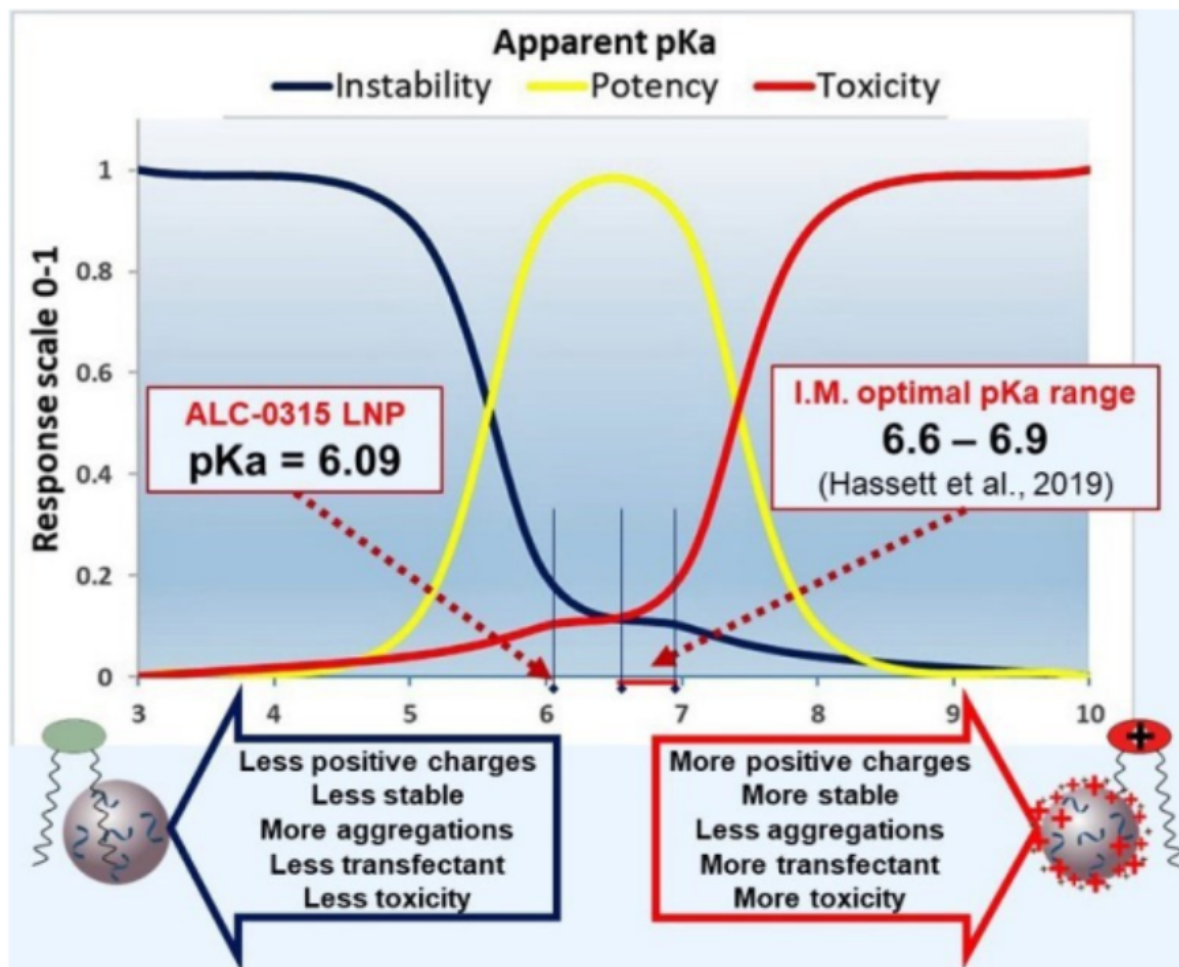


Figure 8. Lipid pKa of ALC-0315 with regards to instability, potency and toxicity. Modified from Trends in Pharmacological Sciences, Vol. 42(6), 448–460, Patel et al., 2021, *The Importance of Apparent pKa in the Development of Nanoparticles Encapsulating siRNA and mRNA*, page No. 458, copyright © 2021, with permission from Elsevier Ltd.

EN: "The optimal range indicated by Hassett et al. is in sharp contradiction with the technical information that EMA highlights in its official assessment report on the medicinal product Comirnaty, with regard to its primary driver ALC-0315. [...] In the final analysis, it is evident (Figure 8), that the apparent pKa value of ALC-0315 is too low to be defined optimal, and that a so low value makes the entire structure of the LNP unstable, inducing the formation of aggregates and particulates, which may inhibit the transfection and inevitably influence, not only the efficacy of the product, but also both the biodistribution and the bioaccumulation of lipid nanoparticles in unexpected tissues and organs."

DE: "Der von Hassett et al. angegebene optimale Bereich steht in krassem Widerspruch zu den technischen Informationen, die die EMA in ihrem offiziellen Bewertungsbericht über das Arzneimittel Comirnaty in Bezug auf seinen Haupttreiber ALC-0315 hervorhebt. [...] In der abschließenden Analyse wird deutlich (Abbildung 8), dass der scheinbare pKa-Wert von ALC-0315 zu niedrig ist, um als optimal bezeichnet werden zu können, und dass ein so niedriger Wert die gesamte Struktur des LNP instabil macht und zur Bildung von Aggregaten und Partikeln führt, die die Transfektion hemmen und unweigerlich nicht nur die Wirksamkeit

des Produkts, sondern auch die biologische Verteilung und die Bioakkumulation von Lipid-Nanopartikeln in unerwarteten Geweben und Organen beeinflussen können."

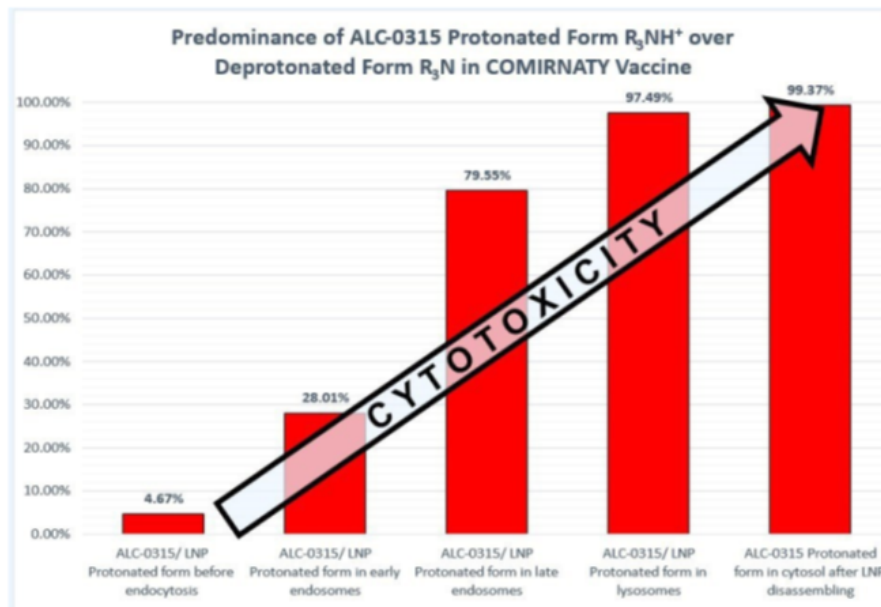


Figure 10. The main fundamental issue that emerges from these calculations is that, before the endocytotic process, the presence of the protonated form R_3NH^+ is relatively low and therefore less cytotoxic (4.67%), but then, as soon as the lipid nanoparticles pass through the phases of lysosomal digestion, disassembling and endosomal escape into the cytosol, the predominance of the cytotoxic protonated forms jumps up to nearly its maximum value (99.37%). The equilibrium of equation (1) shifts practically all to the right, that is, towards the production of the cationic and more cytotoxic species R_3NH^+ .

EN: "Therefore, the molecules of ALC-0315, once penetrated and released into the cytosol, after the disassembly of the LNP envelope, reach maximum predominance of their cationic form, and thus express the maximum of their cytotoxicity, stimulating the secretion of pro-inflammatory cytokines and reactive oxygen species (Hou et al., 2021). These ROS, in turn, may have devastating toxicological consequences including genotoxicity (Yun et al., 2016; Yu et al., 2020), leading to very serious problems, in the medium and long term, particularly for parenteral applications, as previously known also to the manufacturer of the medicinal product Comirnaty (BioNTech patent US 10,485,884 B2, 2019). Furthermore, the exceptional penetrability, mobility, chemical reactivity and systemic accumulation of uncontrollable cationic nanoparticles, with high cytotoxicity levels, in unpredictable biological locations, even far from the site of inoculation, have predictably resulted in an unprecedented medical disaster. It should be noted that, with any agent that causes genetic damage, including cytotoxic anticancer drugs, there is a risk of cancer (including leukemia), and moreover there is a lifetime limit on the overall dose that can be tolerated."

DE: "Daher erreichen die Moleküle von ALC-0315, sobald sie in das Zytosol eingedrungen sind und dort freigesetzt werden, nach dem Abbau der LNP-Hülle die maximale Dominanz ihrer kationischen Form und damit das Maximum ihrer Zytotoxizität, indem sie die Sekretion von pro-inflammatorischen Zytokinen und reaktiven Sauerstoffspezies stimulieren (Hou et al., 2021). Diese ROS wiederum können verheerende toxikologische Folgen haben, einschließlich Genotoxizität (Yun et al., 2016; Yu et al., 2020), was mittel- und langfristig zu sehr ernsten Problemen führt, insbesondere bei parenteralen Anwendungen, wie auch dem

Hersteller des Arzneimittels Comirnaty bekannt ist (BioNTech-Patent US 10,485,884 B2, 2019). Darüber hinaus haben die außergewöhnliche Durchdringbarkeit, Mobilität, chemische Reaktivität und systemische Akkumulation von unkontrollierbaren kationischen Nanopartikeln mit hoher Zytotoxizität an unvorhersehbaren biologischen Orten, auch weit entfernt vom Ort der Inokulation, vorhersehbar zu einer noch nie dagewesenen medizinischen Katastrophe geführt. Es sei darauf hingewiesen, dass bei jedem Wirkstoff, der genetische Schäden verursacht, einschließlich zytotoxischer Krebsmedikamente, ein Krebsrisiko (einschließlich Leukämie) besteht, und dass es darüber hinaus eine lebenslange Grenze für die Gesamtdosis gibt, die toleriert werden kann.“

Schade, dass man „vergessen“ hat, die LD50 für Injektion bei ALC-0315 zu bestimmen.

Die LD50 ist die Dosis, bei der die Hälfte der Versuchstiere stirbt.

Schwierig zu bestimmen, bei langsam wirkenden Giften.

Das wird aber nun im großangelegten Säugetierversuch, im Menschen nachgeholt. Bei der Menge an Versuchstieren, dürfte ein recht genauer Wert herauskommen, schätze ich, wenn man die Erfassung ordentlich macht. Das dürfte somit langfristig der mit am genauesten bestimmte LD50-Wert aller Zeiten werden.“ **(Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)**

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/offensichtliche-zytotoxizitat-und> und

Segalla, G. (2023). Apparent cytotoxicity and intrinsic cytotoxicity of lipid nanomaterials contained in a COVID-19 mRNA vaccine. International Journal of Vaccine Theory Practice and Research, 3(1), 957–972. <https://doi.org/10.56098/ijvtp.v3i1.84>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Die Sachverständige Dr. Sabine C. Stebel hat sich in einem weiteren Substack vom 28.02.2024 mit dem Titel „**Mechanismen neuronaler Schäden durch die Covid modRNA-Produkte**“ noch einmal weitergehend mit der Toxizität der Nanolipide (u.a.) befasst. Dort heißt es u.a. (Zitat):

„Vielen Menschen ist aufgefallen, dass die mit den Covid modRNA-Präparaten behandelten Menschen neurologische Defizite zu entwickeln scheinen.

In diesem Artikel werde ich mögliche Mechanismen beschreiben, die zu diesen neurologischen Problemen führen könnten.

Es gibt grob 6 Mechanismen, wie das modRNA Produkt bzw. das Spike-Protein ins Hirn gelangen kann. Kann sein, dass das mit der Zeit noch mehr werden, dann werde ich es aus Faulheit wieder zu X ändern, weil ich irgendwann einfach keine Lust mehr habe, die Zahl immer wieder zu aktualisieren.

Die LNPs selbst gehen durch die Blut-Hirn-Schranke (Blood Brain Barrier (BBB)).

Es ist bereits seit langem bekannt, dass LNPs die BBB überwinden. Daher erforscht man LNPs bereits seit vielen Jahren als Methode, um Hirntumore oder Erkrankungen des zentralen Nervensystems zu behandeln. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29886842/>)

Das Hirn besteht zum größten Teil aus Fett (60%). Die LNPs werden daher vom Hirn aufgenommen, weil es lipophile (fettliebende) Strukturen sind. Fett und Fett mischt sich eben gut.

Man hat experimentell beobachtet, dass die Verwendung von PEGylierten Lipide die Aufnahme der LNPs durch das Hirn erhöht und auch die Halbwertszeit des LNPs im Blut erhöhte. Es wird angenommen, dass das LNPs durch passive Diffusion durch die BBB gelangt, allein aufgrund seiner Winzigkeit und möglicherweise auch aufgrund seiner Ladung, die von den elektrischen Strömen im Hirn angezogen wird. Das gleiche gilt für das zentrale Nervensystem und dessen elektrische Ladung.

Die passive Verteilung der LNPs im Körper ist von verschiedenen Faktoren abhängig wie

- Größe: LNPs kleiner als 200nm kursieren deutlich länger im Körper als größere LNPs.
- Oberflächencharakteristika
- Flexibilität
- Mobilität
- Oberflächenliganden wie PEG, welche das LNP abschirmen aber auch als Ziel für Anti-PEG Antikörper dienen können.
- Ladung

LNPs bilden eine Proteincorona aus. Das häufigste Protein, welches an LNPs bindet ist ApoE. ApoE bindet an den ApoE Rezeptor und bestimmt somit mit, wo das LNP vorzugsweise landet. Neben der Leber besitzt auch das Gehirn sehr viele ApoE Rezeptoren. Die Art und Weise wie das LNP in den Körper gelangt ist dabei zweitrangig. In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass LNPs mit PEGylierten Lipiden sowohl nach intravenöser, peritonealer (Injektion in den Bauchraum), pulmonaler (über die Lunge) und nasaler Applikation, letztendlich im Gehirn landeten. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29886842/>)

Neben Leber und Milz landen viele LNPs auch in der Lunge (<https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf> S. 45) und zwar auch bei anderen LNP-Produkten als den Covid-Impfstoffen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38325664/>). Es handelt sich hierbei um ein generelles Phänomen, das vor 2020 bereits bekannt war.

Unter anderem wandern die LNPs über die Lunge ins Gehirn (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29886842/>) da in der Lunge das Blut mit Sauerstoff beladen wird und letztendlich das Blut aus der Lunge im Hirn landet. Das Hirn ist der größte Sauerstoffverbraucher des Körpers im Verhältnis zu seiner Masse.

Schon 2018 war bekannt, dass auch LNPs beladen mit RNA oder DNA so ins Gehirn gelangen können. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29886842/>)

Der Beweis, dass die Covid modRNA-Produkte Nervenzellen, wie Gliazellen transfizieren können wurde bereits 2022 erbracht und mittels Raman-Spektroskopie untersucht (<https://doi.org/10.1101/2022.03.02.482639>). Gliazellen sind Zellen der Nervengewebe. Zusammen mit den Nervenzellen (Neuronen) bilden sie das Nervensystem. (<https://studyflix.de/biologie/gliazellen-2967>). Es wurden Veränderungen in der mitochondrialen Atmungskette am Cytochrom C festgestellt. Die mitochondriale Atmungskette ist für die Energieversorgung der Zelle zuständig. Eines der Proteine in dieser Elektronentransportkette ist das Cytochrom C. Fehlt ein Protein in der Elektronentransportkette oder ist dieses beschädigt ist die Elektronentransportkette unterbrochen und es kann für die Zelle keine oder nur weniger Energie mehr erzeugt werden. Eine Zelle hat viele dieser Elektronentransportketten in den Mitochondrien. Wenn einige davon ausfallen ist das schlecht für die Zelle und kann im programmierten Zelltod enden, da Mitochondrien in Stresssituationen den Zelltod über p53 einleiten können.

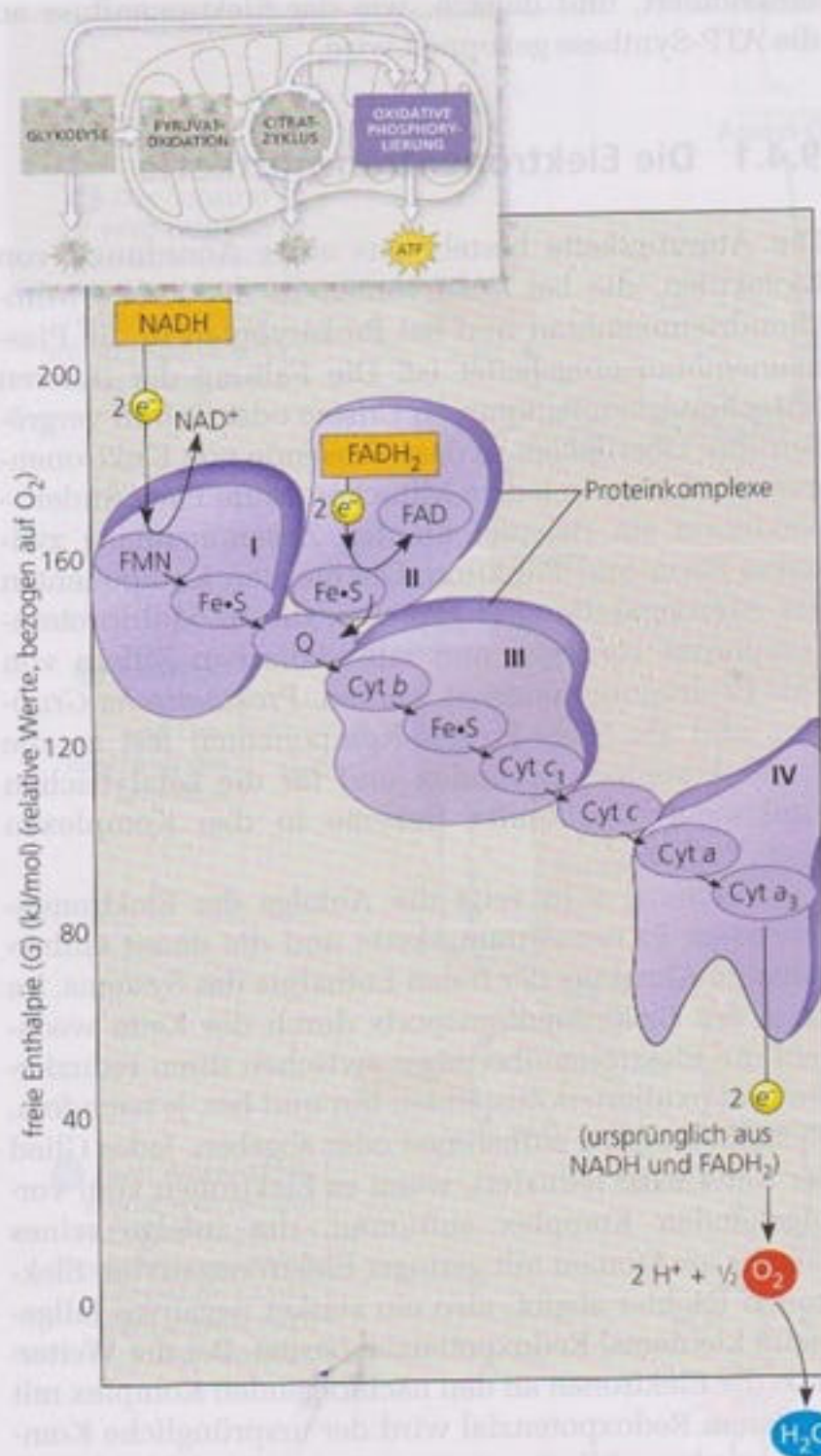


Abbildung 9.13: Änderung der freien Enthalpie während des Elektronentransports in der Atmungskette. Die Gesamtänderung der freien Enthalpie unter biochemischen Standardbedingungen für den Elektronentransport vom NADH zum Sauerstoff beträgt $\Delta G_0' = -220 \text{ kJ/mol}$. Dieser Betrag wird durch die Elektronentransportkette (Atmungskette) in eine Reihe von Schritten mit jeweils kleineren $\Delta G_0'$ -Werten aufgeteilt. Sauerstoffatome sind durch $\frac{1}{2} \text{O}_2$ dargestellt. Dies soll betonen, dass die Atmungskette molekularen Sauerstoff reduziert, nicht etwa einzelne Sauerstoffatome.

(Lehrbuch Campbell Biologie).

Die Leistungsfähigkeit der Zelle sinkt dadurch jedoch definitiv und somit die Leistungsfähigkeit des Gehirns. Je nach dem welche Bereiche des Gehirns betroffen sind, können unterschiedliche kognitive Einschränkungen entstehen, da jeder Teil des Gehirns unterschiedliche Aufgaben in der Informationsverarbeitung hat.

Des Weiteren zeigten die Raman-Messungen, dass es Veränderungen in den Signalverarbeitungswegen der Zellen gab durch messbare Änderungen in den biochemischen Profilen der Gliazellen. Diese Veränderungen bezeichnen die Autoren als mit Krebszellen vergleichbar. Cytochrom C – Krebs und das Immunsystem stehen in einem starken Zusammenhang.

Die Autoren konnten des Weiteren belegen, dass das modRNA-Produkt in den Zellkern durch die Kernporen eindringt und die Histone (Proteine, um welche die DNA gewickelt ist) verändert. Das deutet darauf hin, dass die LNPs deutlich stärker negativ geladen sein müssen, als die -3,12 mV, welche BioNTech angegeben, aber leider nicht für die einzelnen Batches gemessen hat. Weder vor der Verdünnung des Produktes, noch nach der Verdünnung des Produktes und schon gar nicht unter physiologischen Bedingungen des menschlichen Blutes. Alle diese Parameter können die Ladung der LNPs beeinflussen. Sollten stark negativ geladene LNPs im Produkt enthalten sein, gehen diese direkt in den Zellkern, unabhängig von der verwendeten Promotorsequenz, also auch ohne den SV40 Promotor ([https://doi.org/10.1016/s0378-5173\(99\)00433-0](https://doi.org/10.1016/s0378-5173(99)00433-0)) und ermöglichen es DNA- und RNA Fragmenten zufällig in das Erbgut zu integrieren

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10699729/>).

Dabei wären BioNTech und Moderna laut OECD- Richtlinien dazu verpflichtet gewesen, diese Ladung zu messen.

([https://one.oecd.org/document/env/jm/mono\(2009\)20/rev/en/pdf](https://one.oecd.org/document/env/jm/mono(2009)20/rev/en/pdf) S. 33, 63, <https://www.ijvtpr.com/index.php/IJVTpr/article/view/68/185>).

Dabei war bereits 2004 bekannt, dass neutrale Nanopartikel die geringste Auswirkung auf die Integrität der BBB haben, während anionischer und kationische Nanopartikel die BBB durchbrechen. Anionische (negativ geladene) Nanopartikel dringen dabei in größerer Menge in das Hirn ein als neutrale oder kationische (positiv geladene) Formulierungen. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15621689/>) Es handelt sich hierbei um ein rein physikalisches größen- und ladungsbedingtes Phänomen, das man bei der LNP-Formulierung als Grundwissen voraussetzen kann und muss.

Dieses Phänomen wurde auch für LNPs, zusätzlich zum allgemeingültigen Nanopartikelwissen, von der Arbeitsgruppe des Nobelpreisträgers Drew Weissman bestätigt. Je negativer die Ladung der LNPs, desto mehr streuen sie im Organismus. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34381159/>)

Die durch die modRNA transfizierten Nervenzellen werden das Spike Protein möglicherweise über Monate bis Jahre hinweg produzieren. Spike Produktion im Hirn konnte in Autopsien beim Menschen nachgewiesen werden

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36298516/>).

Probennahme beim noch lebenden Patienten ist aus offensichtlichen Gründen nicht möglich.

Dabei ist es bekannt, dass vor allem große LNPs jenseits der 200nm an der Injektionsstelle bleiben. BioNTech und Moderna haben sich aber für 80-180nm entschieden. Schon aufgrund der zu geringen Größe war es ausgeschlossen, dass diese Partikel an der Injektionsstelle verbleiben. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35080707/>) Diese Autoren konnten auch zeigen, dass die Expression der modRNA von Organ zu Organ variierte und eher organspezifisch als produktspezifisch war.

Die direkte Transfektion von Hirnzellen und des ZNS durch die modRNA-Produkte könnte einige der am häufigsten berichteten Symptome des Post-Vaccination Syndroms erklären, wie Taubheit (63 %), Gehirnnebel (63 %) und Neuropathie (63 %). Die Reduktion des Proteins Cytochrom C durch BNT162B2 könnte Belastungsintoleranz (71 %) und übermäßige Müdigkeit (69 %) erklären (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37986769/>).

Generelle, lange bekannte, toxische Effekte der LNP-Technologie

Wie bereits ausgeführt, gelangen die LNPs über die BBB direkt ins Gehirn. Selbst wenn diese LNPs leer wären, hätten sie lange bekannte, toxische Effekte, welche auf ihren Bestandteilen beruhen.

Diese toxischen Effekte wurden in einem Übersichtsartikel am 22. Januar 2020, also vor der Einführung der modRNA-Produkte für die Massenanwendung, in einem einzigen, sehr übersichtlichen Schaubild zusammengefasst:

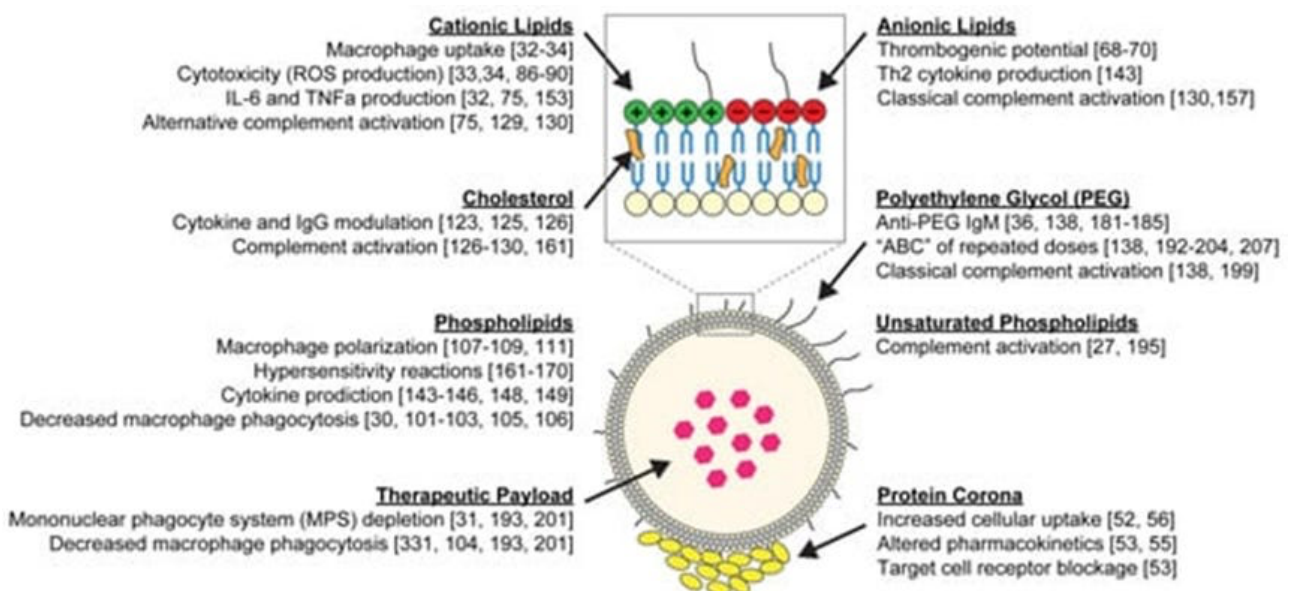
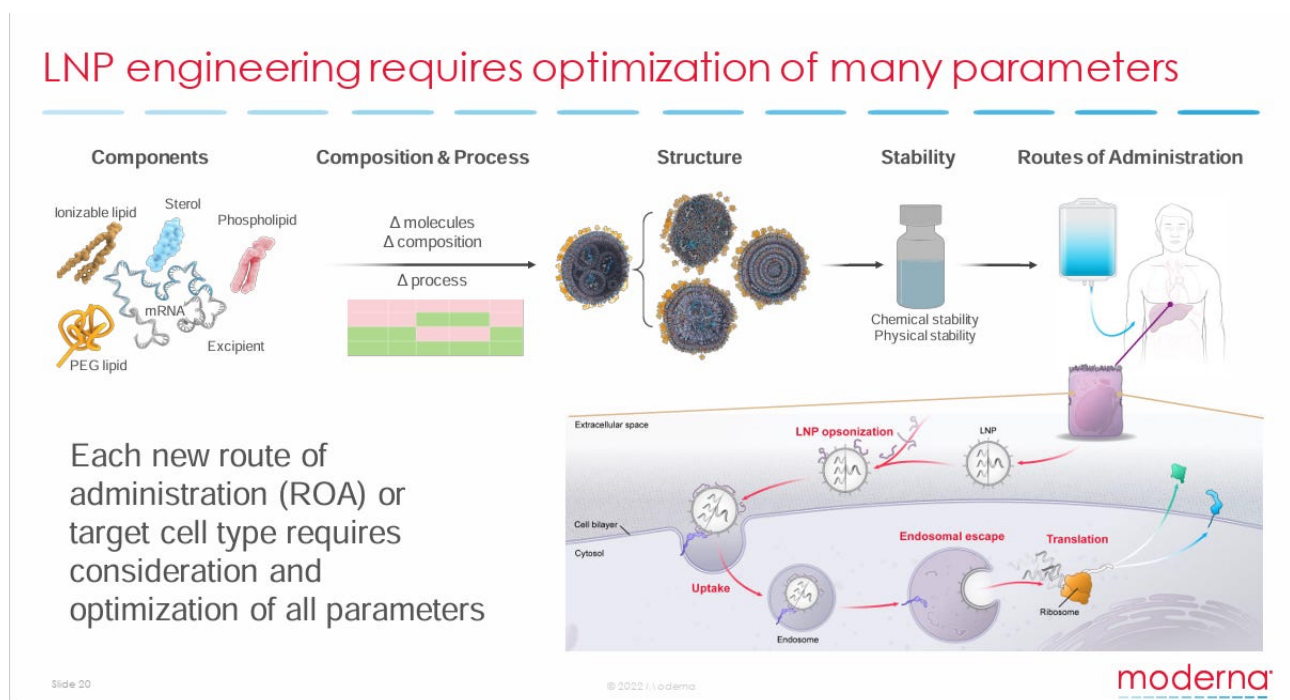


Abbildung 1: Schematische Darstellung eines Liposoms und seiner gemeinsamen Bausteine. Die liposomale Doppelschicht besteht aus Phospholipiden (neutral, kationisch oder anionisch) und Cholesterin, und Die Oberfläche kann mit Polyethylenglykol (PEG) dekoriert werden. Hydrophile Arzneimittel können in den wässrigen Kern eingeschlossen werden, während hydrophobe Arzneimittel in die Lipiddoppelschicht geladen werden

können. Nach der Injektion in die Blutbahn bildet sich auf der Liposomenoberfläche eine Proteinkorona, die hauptsächlich aus Apolipoproteinen, Immunglobulinen und Komplementproteinen besteht. Die Proteinkorona, die von der Oberflächenchemie der Liposomen beeinflusst wird, bestimmt die Wechselwirkungen zwischen Liposomen und Zellen. Die immunologischen und toxikologischen Wirkungen der einzelnen Liposomenbestandteile, die auf Zellen im gesamten Körper einwirken, sind im Diagramm zusammengefasst. (<https://www.mdpi.com/2079-4991/10/2/190>)

Diese toxischen Reaktionen passieren in allen Organen, die von LNPs transfiziert werden, nicht nur im Hirn aber auch im Hirn. Dadurch geschädigte Areale führen zu organbedingten, im Falle des Hirns neurologischen Ausfällen unterschiedlichster Art, je nach betroffenem Areal.

Moderna scheint zu wissen, dass man beim Design der LNPs sehr sorgsam vorgehen muss, weil selbst das molare Verhältnis der Substanzen zueinander, bei Verfahrensänderungen, oder Änderung der Substanzen, z. Bsp. die Ladung oder die komplette Struktur verändern kann:



Science-Day-2022-Master-Slides-FINAL-(05.17_7am).pdf (q4cdn.com)

Also zumindest in der Theorie haben sie das Problem erkannt und erfasst. Gelöst scheint es mir aber auch bei Moderne nicht zu sein..." (Zitat Ende)

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/mechanismen-neuronale-schaden-durch>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Die Toxizität ist folglich eindeutig belegt.

Bezüglich der kationischen Nanolipide weiß man das schon seit den 80er Jahren, wie u.a. Dr. Sabine Stebel in ihrem Substack vom 19.10.2023 mit dem Titel „**Kationische Nanolipide sind wohl doch cancerogen und das weiß man seit den 1980er Jahren**“ nachgewiesen hat, siehe:

<https://drbine.substack.com/p/kationische-nanolipide-sind-wohl>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

In einem weiteren Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 18.12.23 mit dem Titel „**Entweder hat das PEI wirklich absolut keine Ahnung, oder es lügt wie gedruckt**“ wird in diesem Kontext das Versagen des PEI thematisiert. Hierzu heißt es dort u.a. (**Zitat**):

„Was wissen wir über die Sicherheit der Lipidnanopartikel in mRNA-Impfstoffen?“

Wer ist mit „wir“ gemeint? Das PEI oder generell der Wissensstand in der wissenschaftlichen Literatur?

Was genau ist mit Sicherheit gemeint? Die LD50? Transportsicherheit? Handhabungssicherheit? Schon die Überschrift ist sprachlich mehr als ungenau und lässt Interpretationsspielraum.

Laut des Sicherheitsdatenblattes des Herstellers Pfizer, sind die Lipide OEB3,

SODIUM CHLORIDE	
Pfizer Occupational Exposure Band (OEB):	OEB 1 (control exposure to the range of 1000ug/m ³ to 3000ug/m ³)
ALC-0315	
Pfizer Occupational Exposure Band (OEB):	OEB 3 - Contact Hazards Unknown (control exposure to the range of 10ug/m ³ to < 100ug/m ³)
POTASSIUM CHLORIDE	
Pfizer Occupational Exposure Band (OEB):	OEB 1 (control exposure to the range of 1000ug/m ³ to 3000ug/m ³)
PF-07305885	
Pfizer Occupational Exposure Band (OEB):	V-OEB
PF-07302048	
Pfizer Occupational Exposure Band (OEB):	V-OEB
ALC-0159	
Pfizer Occupational Exposure Band (OEB):	OEB 3 - Contact Hazards Unknown (control exposure to the range of 10ug/m ³ to < 100ug/m ³)

(https://archive.org/details/lipids/2021-12-07_Pfizer_safety_data_sheet-PF00092-lipid_nanoparticles_MTR_PFEM_EN/page/1/mode/1up)

die Gesamtmischung des Produktes Comirnaty jedoch OEB5.



Pharmaceutical Sciences
Worldwide Research & Development
Reference Standard Certificate

STANDARD INFORMATION	
Compound	PF-07302048
Reference Standard Lot	PF-07302048-DP-RM
Reevaluation / Expiration Date	05-AUG-2021
Occupational Exposure Band	OEB 5
Long Term Storage Condition	(b) (4) °C
Short Term Storage Condition	N/A
Primary Contact	(b) (6)
Authorized By	Rebekah Ward
Authorized On	01-Feb-2021

TESTS AND RESULTS	
Fluorescence assay	
RNA Content	(b) (4) mg/mL

FOOTNOTES	
Parent drug product lot (b) (4)	
(b) (4) °C for up to (b) (4) days if sampled aseptically	

(https://phmpt.org/wp-content/uploads/2023/11/125742_S11_M3_32r_pf-07302048-dp-rm-coa.pdf)

Rebekah Ward ... arbeitet bei Pfizer:





Rebekah Ward
Scientist at Pfizer
Andover, Massachusetts, Vereinigte Staaten von Amerika
183 Follower:innen · 183 Kontakte

 Pfizer
 University of Massachusetts
Amherst

Berufserfahrung



Pfizer

22 Jahre 6 Monate

- **Principal Scientist and Group Leader**
Vollzeit
Juli 2021–Heute · 2 Jahre 6 Monate
- **Senior Scientist**
Juli 2001–Juli 2021 · 20 Jahre 1 Monat
Andover, MA

Wyeth (2001-2009). Wyeth was acquired by Pfizer in October 2009.
- **Research Scientist I**
Jan. 2007–Nov. 2009 · 2 Jahre 11 Monate

Ausbildung



University of Massachusetts Amherst

BS, Biochemistry

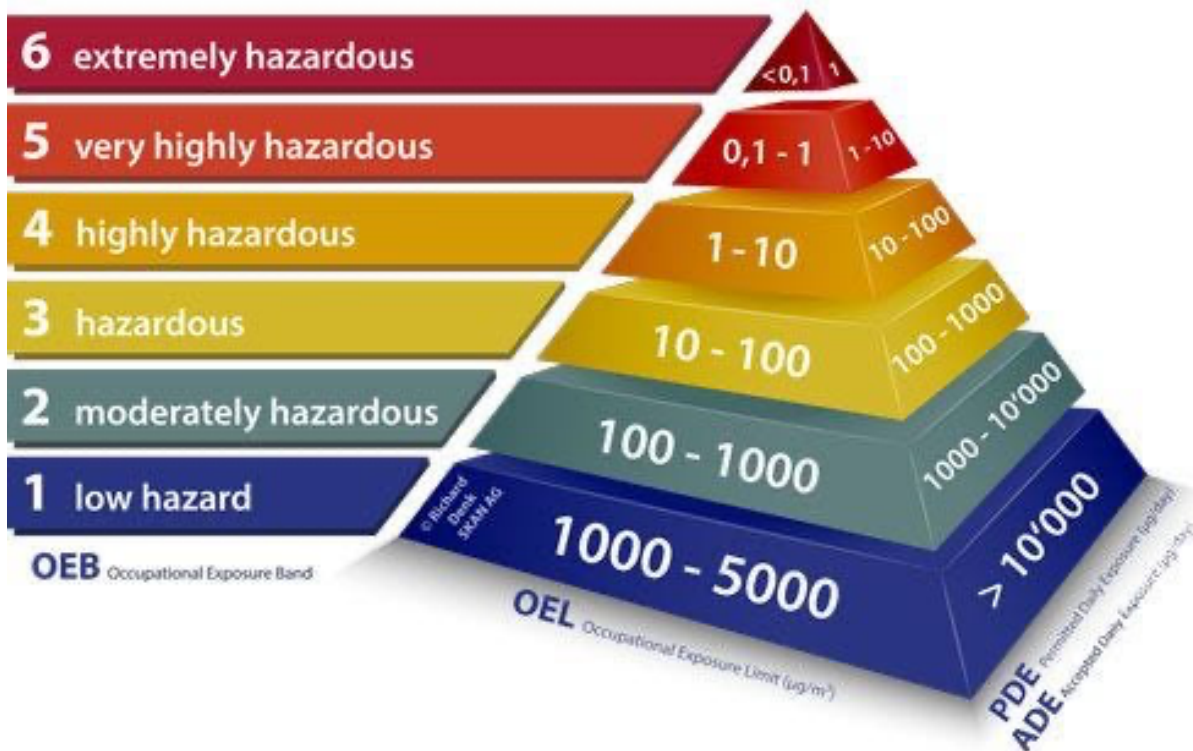
1996–2000

(<https://www.linkedin.com/in/rebekah-ward-4556aaa/>)

Zur Einordnung, was das bedeutet, hier ein kleines Schaubild:



Containment Classification



(<https://www.pharmtech.com/view/understanding-containment>)

hazardous = gefährlich (was ich nicht als gut verträglich definieren würde, so rein vom Wort her. Das scheinen mir eher Antonyme (Oppositionswörter/Gegensatzwörter) zu sein)

very highly hazardous = sehr hochgradig gefährlich (scheint mir noch gegensätzlicher zu sicher und effektiv, bzw. gut verträglich zu sein. Gibt es eine Steigerung zu Antonym? Antonymissimus?)

Müsste die Sicherheitsstufe von rauchender/konzentrierter Schwefelsäure sein und somit dem OEB-Level dieses Substacks entsprechen. Daher: lesen auf eigene Gefahr!

Das PEI wusste zumindest ein wenig über die (Un-)Sicherheit des Produktes und der verwendeten Lipide, oder liest man im PEI keine Sicherheitsdatenblätter?“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/entweder-hat-das-pei-wirklich-absolut>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Einige weitere Quellen mit Nachweisen hierzu:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/prca.202300048>

Die Belege der Toxizität sind Legion, siehe u.a.:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35537987/>

oder

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35412852/>

Wenn es in diesem Beschluss des BVerwGs vom 7.7.22 zu AZ. BVerwG 1 WB 2.22 und BVerwG 1 WB 5.22 jeweils unter RN 161 u.a. heißt (Zitat):

„Die Nanolipide sind körpereigenen Lipiden sehr ähnlich und werden in dem körpereigenen Fettstoffwechsel abgebaut“,

dann ist hierzu festzustellen, dass Pfizer/die Beklagte diesen Nachweis bis heute nicht erbracht hat.

Wenn es ebenda unter RN 161 weiter heißt, die Transfertechnologie mit Nanolipiden findet schon seit über 20 Jahren in anderen pharmazeutischen Bereichen Anwendung, ohne dass deren gesundheitliche Verträglichkeit in Frage gestellt worden wäre (PEI, Was wissen wir über die Sicherheit der Lipidnanopartikel in mRNA-Impfstoffen? Homepage-Beitrag vom 8. Januar 2021), dann hat die Expertin Dr. Sabine Stebel auch diesen Mythos in ihrem vorgenannten Substack vom 18.12.23 in alle Einzelteile zerlegt.

Wenn Oberstarzt Prof. Dr. Wölfel ebenda unter RN 163 mit der Aussage zitiert wird, dass die Studie Ndeupen et al. (science, 2021) neben bekannten Nebenwirkungen der mRNA-Impfstoffe allenfalls die Grenzen der Aussagekraft von Tierversuchen belege, dann mag das so sein. Aber gerade deshalb hätte man von Seiten BioNTech Zellkultur machen müssen, die bis heute nicht etabliert ist und für die man auch heute noch keine Parameter für die Messung bestimmt hat.

Dafür gibt es zahlreiche Quellen wie diese:

https://archive.org/details/lipids/2021-12-07_Pfizer_safety_data_sheet-PF00092-lipid_nanoparticles_MTR_PFEM_EN/page/1/mode/1up

https://phmpt.org/wp-content/uploads/2023/11/125742_S11_M3_32r_pf-07302048-dp-rm-coa.pdf

Ein Großteil der Daten lag Mitte 2022, als das BVerwG zu entscheiden hatte, noch nicht vor. Heute ist die Datenlage wesentlich solider.

Die nachfolgenden Quellen seien nur nachrichtlich und der Vollständigkeit halber erwähnt:

Moderna Paper zur Mutagenität der kationischen LNP:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34811367/>

Eine Erklärung hierzu findet sich in dem folgenden Beitrag von Maria Gutschi vom 7.1.2024 mit dem Titel (übersetzt) **„Lipid-Addukte - Eine Verunreinigung, die niemand kennt, die**

aber ein weiteres Risiko für DNA-Schäden und Zelltoxizität darstellen kann“, abrufbar unter dem Link:

<https://mariagutschi.substack.com/p/lipid-adducts>

Die Lüge bezüglich pK-Wert, auch pKS bzw. pKA-Wert (S steht dabei für Säure bzw. a für das englische „acid“), wird in dem bereits o.g. Substack von Dr. Sabine Stebel vom 4.11.2023

<https://drbine.substack.com/p/offensichtliche-zytotoxizitat-und>

nachgewiesen.

Die Insertion (Anmerkung zum Verständnis: Als Insertion bezeichnet man in der Genetik das Einfügen eines Nukleotids oder DNA-Abschnitts in eine DNA-Sequenz, siehe: <https://flexikon.doccheck.com/de/Insertion>) ist in einer Studie vom 29.4.2023 mit dem Titel (übersetzt) **„Nachweis von rekombinantem Spike-Protein im Blut von Personen, die gegen SARS-CoV-2 geimpft wurden: mögliche molekulare Mechanismen“** nachgewiesen werden:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/prca.202300048>

Beweis für den gesamten vorstehenden Vortrag zu diesem Gliederungspunkt:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

In einem weiteren Artikel von Gabriele Segalla vom 2.3.2023 mit dem Titel (übersetzt) „Adjuvans-Aktivität und toxikologische Risiken von Lipid-Nanopartikeln, die in den COVID-19 "mRNA-Impfstoffen" heißt es im Abstract (Zitat):

„Die LNPs, die Berichten zufolge von Pfizer/BioNTech als Plattform für ihre SARS-CoV-2-„mRNA-Impfstoffe“ verwendet werden, bestehen angeblich aus einer Mischung aus Phospholipiden, Cholesterin, PEGylierten Lipiden und einem ionisierbaren kationischen Lipid. In dieser Studie werden einige der wichtigsten toxikologischen Risiken und immunstimulierenden Eigenschaften solcher Nanomaterialien untersucht, mit besonderem Augenmerk auf die ionisierbaren LNPs und ihre adjuvanten Eigenschaften, Entzündungsreaktionen, Stimulation von Immunzellen und Bildung von ROS in transfizierten Zellen. **Die Entscheidung, keine sicherheitspharmakologischen, karzinogenen und genotoxischen Tests an diesen Nanomaterialien durchzuführen, ist nicht zu rechtfertigen und steht im Widerspruch zu den internationalen Richtlinien für neuartige Adjuvantien. Die Aktivitäten der zuständigen Regulierungsbehörden im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Bewertung, dem Risikomanagement und der Pharmakovigilanz für neue Arzneimittel in der EU weisen erhebliche Lücken auf. In Anbetracht der hier erörterten Ergebnisse wird dringend empfohlen, die mRNA-LNP-basierten "Impfstoffe" und ihre Booster wegen inakzeptabler und potenziell tödlicher Sicherheitsrisiken vom weltweiten Markt zu nehmen.“** (Zitat Ende, übersetzt mit DeepL).

Quelle:

<https://www.ijvtpr.com/index.php/IJVTpr/article/view/96>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

4.

Eingeständnis der Beklagten, dass das Immunsystem durch die Wirkmechanismen von Comirnaty ausgehebelt wird

4.1

In dem Buch „Projekt Lightspeed“ heißt es schon in Kapitel 1 „Auch das Immunsystem konnte gehackt werden, und einer der besten Biohacker der Welt stand persönlich vor ihm.“ (ebenda, Seite 44, vorletzter Absatz).

„Die modRNA hingegen, die ursprünglich für einen ganz anderen Zweck entwickelt worden war, war in ihrer Adjuvansaktivität reduziert. [...] Die Fähigkeit der Lipide, Adjuvansaktivität auszulösen, die ungünstig für die uRNA-Kandidaten war, könnte im Gegensatz dazu der modRNA helfen. Die einzige Möglichkeit, dies herauszufinden, bestand darin, beide Plattformen in die klinische Studie einzubeziehen.“ (ebenda, S. 231, 1. Absatz).

ModRNA stimuliert das Immunsystem aber gar nicht, sie schaltet es sogar über TOR-Rezeptoren ab.

Das steht auch in dem folgenden Paper aus 2013 (!) mit dem Titel (übersetzt) „mTOR-Hemmung verbessert die Antitumorwirkung einer Impfung mit Antigen-kodierender RNA“, an dem Ugur Sahin und Özlan Türeci mitgewirkt haben.

Im Abstract dieser Studie heißt es (**Zitat, Hervorhebung durch Fettdruck hinzugefügt**):

„Die Impfung mit in vitro transkribierter RNA, die für Tumorantigene kodiert, ist ein neuer Ansatz in der Krebsimmuntherapie. In dem Bemühen, die Wirksamkeit von RNA-Impfstoffen weiter zu verbessern, haben wir die Kombination von RNA mit Immunmodulatoren wie Rapamycin untersucht. **Rapamycin, der Inhibitor von mTOR, wurde ursprünglich zur Immunsuppression eingesetzt.** Jüngste Berichte über Mäusesysteme deuten jedoch darauf hin, dass die mTOR-Hemmung die Bildung und Differenzierung des CD8(+)-Gedächtnis-T-Zellpools fördern kann. Da die Bildung von Gedächtnis-T-Zellen für den Erfolg von Impfungen entscheidend ist, haben wir die Auswirkungen von Rapamycin auf die durch eine RNA-Vakzine ausgelöste Immunantwort in vivo untersucht, und zwar anhand des Ovalbumin-exprimierenden B16-Melanom-Modells in C57BL/6-Mäusen. Unsere Daten zeigen, dass die Behandlung mit Rapamycin in der Übergangsphase von der Effektor- zur Gedächtnisphase die durch den Impfstoff induzierte Immunantwort in Richtung der Bildung eines quantitativ und qualitativ überlegenen Gedächtnispools verschiebt und zu einer besseren Recall-Antwort führt. Tumorerinfiltrierende Immunzellen dieser Mäuse weisen ein günstiges Verhältnis von Effektor- zu Suppressorzellpopulationen auf. Die Überlebenszeit von Mäusen, die mit der kombinierten RNA-Impfung mit Rapamycin behandelt wurden, ist deutlich länger (91,5 Tage) als die der Kontrollgruppen, die nur eine dieser Substanzen erhielten (32 bzw. 46 Tage). Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass Rapamycin die therapeutische Wirksamkeit von antigenspezifischen CD8(+)-T-Zellen, die durch RNA-Vakzinierung induziert werden, erhöht. Wir schlagen vor, Rapamycin weiter klinisch zu erforschen.“

Quelle:

Diken M, Kreiter S, Vascotto F, Selmi A, Attig S, Diekmann J, Huber C, Türeci Ö, Sahin U. mTOR inhibition improves antitumor effects of vaccination with antigen-encoding RNA. Cancer Immunol Res. 2013 Dec;1(6):386-92. doi: 10.1158/2326-6066.CIR-13-0046. Epub 2013 Sep 20. PMID: 24778131.

Link dazu:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24778131/>

Hierzu hat die Sachverständige Dr. Sabine Stebel angemerkt (**Zitat**):

„Ich hatte bereits erwähnt, dass Pfizer behauptet, nicht zu wissen, welcher Art die Immunreaktion wäre. Das ist nicht ganz korrekt. Professor Clancy äußert sich in einem Interview mit Doktor John Campbell ab Minute 16 zum gemessenen Interleukin-10 (IL-10) im australischen FOIA-Dokument. Laut Professor Clancy würde der Anstieg des IL-10 (Seite 53 des FOIA-Dokuments) eher darauf schließen lassen, dass man so viel Antigen produziert hätte, dass man das Immunsystem eher abgeschaltet hätte, also die Anzahl der T-Zellen reduziert hätte, **und dass die Wissenschaftler das auch hätten wissen müssen**, bzw. sie haben gesehen, dass es eben nur eine kurze Zeitspanne gab, in der das Immunsystem reagierte und dann musste nachgespritzt werden.“

Quellen hierzu:

Dr. John Campbell. (2023, March 26). Professor Clancy responds to TGA document [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=pYkN7Gdpl8w>

OpenVAET. (2023, April 2). Pfizer/BioNTech C4591001 Trial - Phase 1 Antibodies. Where haven't they cheated exactly? Substack hierzu:

<https://openvaet.substack.com/p/pfizerbiontech-c4591001-trial-phase>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

4.2

Dieser Wirkmechanismus war schon 2020 bekannt, wie eine in diesem Jahr mit Geldern der NIH finanzierten Studie mit dem Titel (übersetzt) „Immunologische und toxikologische Erwägungen für das Design von Liposomen“.

Im Abstract dieser Studie heißt es u.a. (**Zitat**):

„Wichtig ist auch, dass liposomale Wirkstoffe das Immunsystem stimulieren oder unterdrücken können, je nach ihren physiochemischen Eigenschaften wie Größe, Lipidzusammensetzung, Pegylierung und Oberflächenladung.“

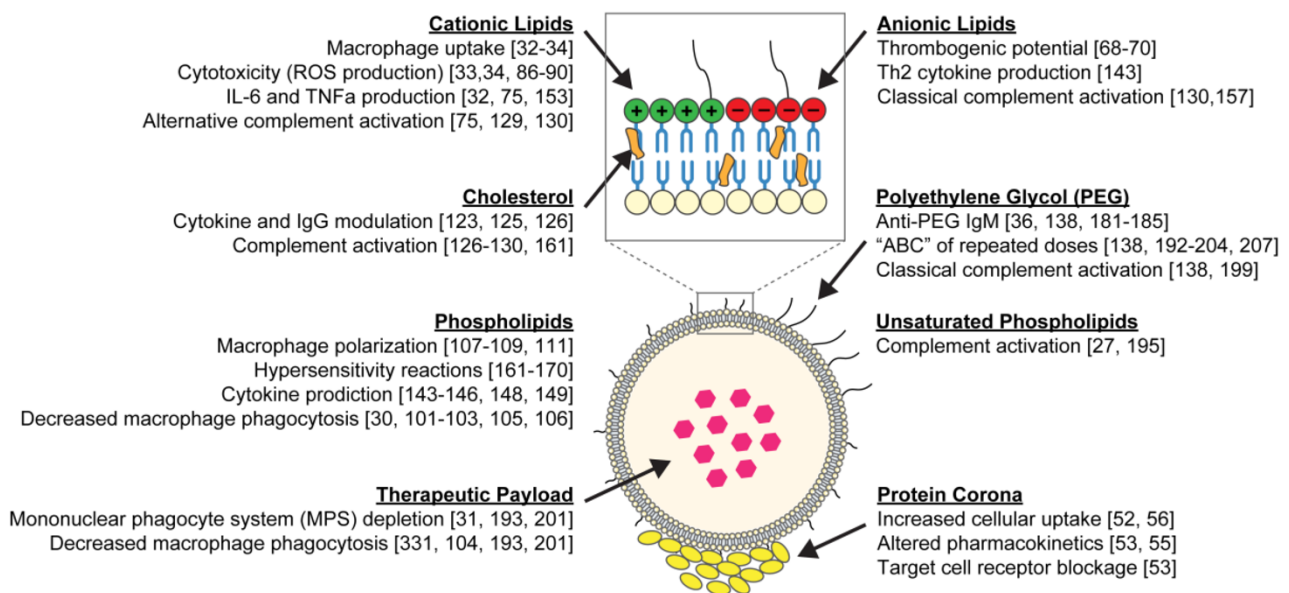
Quelle:

<https://www.mdpi.com/2079-4991/10/2/190>

Weiter heißt es in dieser Studie (**Zitat**):

„Liposomen werden zwar eingesetzt, um die systemische Toxizität der eingekapselten Wirkstoffe zu verringern, aber das Liposom selbst kann normale Gewebe toxisch beeinflussen und eine Immunreaktion auslösen (Abbildung 1). Kationische Liposomen, die vor allem für den Gentransport untersucht werden, sind dafür bekannt, dass sie bei Makrophagen, makrophagenähnlichen Zellen und monozytenähnlichen Zellen Toxizität auslösen und die Sekretion wichtiger Immunmodulatoren verändern [32,33,34]. Liposomen können auch immunogene Reaktionen auslösen, wobei Art und Ausmaß dieser Reaktionen von verschiedenen Eigenschaften wie Oberflächenladung, Größe und Pegylierung abhängen können [35,36,37]. Trotz der vielen Vorteile, die der Einsatz von Liposomen für die Verabreichung von Arzneimitteln mit sich bringt, gibt es daher auch wichtige Nachteile, die berücksichtigt werden müssen, da sie echte Herausforderungen für die klinische Umsetzung darstellen. In dieser Mini-Review werden diese Einschränkungen eingehend untersucht, wobei der Schwerpunkt auf Toxizitäten und ungünstigen Wechselwirkungen mit dem Immunsystem liegt, um einige der weniger bekannten Bereiche zu beleuchten, in denen Liposomen als Vehikel für die Verabreichung von Arzneimitteln noch Raum für Verbesserungen bieten.“ (**Zitat Ende**)

Nach diesem Textteil wird folgende Grafik abgedruckt:



Alle Probleme in einem Bild und das aus dem Januar 2020.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

5.

Die Lüge von der Wirksamkeit:

Die Beklagte hatte keinerlei Belege für die (einzig relevante: absolute) Wirksamkeit von Comirnaty, ist den diesbezüglichen Falschdarstellungen durch die Politik, Gesundheitsministerium (einschl. der zu seinem Geschäftsbereich gehörenden Behörden) und Medien zu keiner Zeit (öffentlichkeitswirksam) entgegengetreten:

5.1

Assessment-Report“ zur Risiko- Nutzenbewertung des BioNTech-Pfizer Impfstoffs Comirnaty vom **21.12.2020**, dem Tag der bedingten Zulassung.

In diesem Assessment-Report heißt es im Abschnitt 3.3 auf Seite 157 u.a. (Zitat):

„3.3. Unsicherheiten und Einschränkungen in Bezug auf positive Auswirkungen

Auf der Grundlage der verfügbaren begrenzten Daten kann 7 Tage nach der zweiten Dosis **keine zuverlässige Schlussfolgerung über die Wirksamkeit des Impfstoffs gegen schwere COVID-19 gezogen werden**. Die geschätzte Wirksamkeit gegen schwere COVID-19-Ereignisse, die mindestens 7 Tage nach der zweiten Dosis auftraten, betrug 66,4 %, **mit einem großen und negativen unteren Grenzwert** (95% CI: **-124,8 %**; 96,3 %).

Zum Stichtag der Analyse trat nur eine begrenzte Anzahl von Ereignissen auf (1 bzw. 4 Fälle in der Impfstoff- bzw. Placebogruppe). **Die posteriore Wahrscheinlichkeit für die tatsächliche Wirksamkeit des Impfstoffs ≥ 30 % (74,29 %) erfüllte nicht das vordefinierte Erfolgskriterium. Folglich kann die Wirksamkeit gegen die schwere Erkrankung** in Untergruppen, insbesondere in bestimmten Bevölkerungsgruppen mit hohem Risiko für schwere Covid-19-Erkrankungen (ältere Menschen und Personen mit Begleiterkrankungen), **nicht geschätzt werden.“** (Zitat Ende)

Quelle:

<https://corona-blog.net/2022/08/15/ema-unterlagen-zu-biontech-aus-2020-offenbaren-keine-zuverlaessige-schlussfolgerung-ueber-die-wirksamkeit-des-impfstoffs/>

5.2

Ausweislich des öffentlich zugänglichen EMA Public Assessment Report zu BioNTech vom **19.2.2021** wurde der Transmissionsschutz nie im Zulassungsverfahren überprüft.

Die entscheidenden Sätze finden sich auf S. 97 und auf S. 132. Das ganze verlogene Geschwätz, dass man mit der Gen-Spritze sich und andere schütze, war von vornherein eine Behauptung ins Blaue hinein.

Seite 97 (Zitat):

„2.5.4. Schlussfolgerungen zur klinischen Wirksamkeit

... Derzeit ist nicht bekannt, ob der Impfstoff vor einer asymptomatischen Infektion schützt und wie er sich auf die Übertragung des Virus auswirkt. Die Dauer des Schutzes ist nicht bekannt.

Der CHMP hält die folgenden Maßnahmen für erforderlich, um die fehlenden Wirksamkeitsdaten im Rahmen einer bedingten Zulassung zu berücksichtigen:

- Der abschließende Bericht über die klinische Studie wird spätestens im Dezember 2023 vorgelegt und unterliegt einer besonderen Verpflichtung, die in der Genehmigung festgelegt ist. Damit werden Langzeitdaten bereitgestellt. Bezüglich der fehlenden Daten zur Bestätigung der Wirksamkeit in Teilpopulationen, die nicht untersucht wurden oder deren Daten begrenzt sind, wird auf die Abschnitte 2.7 und 3.3 verwiesen.“ (Zitat Ende, übersetzt mit www.DeepL.com/Translator)

Seite 132 (Zitat):

„3.3. Unsicherheiten und Einschränkungen in Bezug auf positive Auswirkungen

„...Die zulassungsrelevante Studie war nicht darauf ausgelegt, die Wirkung des Impfstoffs gegen die Übertragung von SARS-CoV-2 bei Personen zu bewerten, die sich nach der Impfung infizieren würden. Die Wirksamkeit des Impfstoffs bei der Verhinderung der SARS-CoV-2-Ausscheidung und -Übertragung, insbesondere bei Personen mit asymptomatischer Infektion, kann erst nach der Zulassung in epidemiologischen oder spezifischen klinischen Studien bewertet werden...“ (Zitat Ende, übersetzt mit www.DeepL.com/Translator)

5.3

Auch keine Zulassung für die Verhinderung der Übertragung des Virus:

Weiter sei auf das Schreiben der EMA vom 18. Oktober 2023 hingewiesen, mit welchem diese auf Anfrage einer Gruppe von EU-Parlamentariern bestätigt, dass die sog. COVID-19-„Impfstoffe“ niemals für die Verhinderung der Übertragung des Virus von Mensch zu Mensch zugelassen worden sind.

Mit anderen Worten: Die so lange Zeit mit so großem Nachdruck verbreitete Behauptung, die Covid-19-Injektionen würden einen Fremdschutz bewirken, war von allem Anfang an eine vorsätzliche Lüge, da sie nie für diesen Zweck zugelassen worden sind.

Auch dieser Lüge ist die Beklagte nie entgegengetreten.

In dem vorgenannten Schreiben vom 18.10.2023 heißt es unter 1. (Zitat):

„1. Die zugelassenen Indikationen

Sie stellen fest, dass die Impfstoffe aufgrund der zugelassenen Indikationen "nur Personen verabreicht werden sollten, die einen persönlichen Schutz suchen, und dass sie nicht zur Verringerung der Übertragung oder der Infektionsraten (Übertragungskontrolle) zugelassen sind". Sie stellen auch fest, dass die zugelassene Indikation nicht mit den Verwendungszwecken übereinstimmt, die von "Pharmaunternehmen, Politikern und Angehörigen der Gesundheitsberufe" propagiert werden.

Sie haben in der Tat Recht, wenn Sie darauf hinweisen, dass COVID-19-Impfstoffe nicht zur Verhinderung der Übertragung von einer Person auf eine andere zugelassen sind. Die Indikationen dienen nur dem Schutz der geimpften Personen.

Aus der Produktinformation für COVID-19-Impfstoffe geht eindeutig hervor, dass die Impfstoffe für eine aktive Immunisierung zur Verhinderung von COVID-19 bestimmt sind. Darüber hinaus wird in den Bewertungsberichten der EMA über die Zulassung der Impfstoffe darauf hingewiesen, dass keine Daten zur Übertragbarkeit vorliegen.“ (Zitat Ende, übersetzt mit www.DeepL.com/Translator)

Quelle:

<https://t.me/renateholzeisen/16017>

Die Pressekonferenz einiger EU-Parlamentarier zu diesem Skandal kann in dem YouTube-Video mit dem Titel „**press conference on the letter from EMA, by Forum for Democracy in the European Parliament**“ abgerufen werden, siehe:

<https://www.youtube.com/watch?v=9L3xxE8AGqE>

Damit bestätigt die EMA faktisch, dass die Covid-19-„Impfpflicht“ ein illegaler off-label use war und – bezogen auf die Covid-19-Duldungspflicht der Soldaten – immer noch ist.

5.4

Aufschlussreich auch der geleakte Text zu dem Vertrag zwischen Pfizer Export B.V. mit dem albanischen Gesundheitsministerium vom 1.6.2021, der inhaltsgleich mit allen EU-Staaten abgeschlossen sein dürfte, wo es unter Ziff. 5.5 heißt (**Zitat**)

„Der Käufer erkennt ferner an, dass die langfristigen Wirkungen und die Wirksamkeit des Impfstoffs derzeit nicht bekannt sind...“

Quelle:

<https://corona-blog.net/2021/08/12/werfen-wir-einen-blick-auf-den-geleakten-vertrag-des-impfstoffherstellers-biontech-pfizer/>

Bis zum Beweis des Gegenteils ist davon auszugehen, dass die Beklagte bzw. Pfizer Export B.V. mit allen europäischen Gesundheitsbehörden und / oder der EU-Lieferverträge geschlossen haben, in denen sich Regelungen mit identischem oder zumindest inhaltlich vergleichbarem Inhalt finden.

5.5

Janine Small, die Pfizer-Präsidentin für internationale Entwicklungsmärkte, hat zudem im Rahmen ihrer Anhörung im „Europäischen Parlament-Sonderausschuss zur Covid-19-Pandemie“ („EP Special Committee on the COVID-19-Pandemic“) am 10.10.2022 auf die Frage des EU-Politikers Rob Roos hin ausdrücklich eingeräumt, **dass die Wirksamkeit von Comirnaty bzgl. Übertragung von Mensch zu Mensch vor der Marktzulassung nie getestet wurde.**

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/11/pfizer-bestaetigt-vor-eu-covid-ausschuss-covid-impfpass-beruht-auf-grosser-luege/>

5.6

Schließlich müsste mittlerweile längst bekannt sein wie Pfizer – und die Pfizer unkritisch folgenden „Experten“ – die Öffentlichkeit trotz der vorgenannten Fakten dennoch hinsichtlich der Wirksamkeit von Comirnaty schlicht für dumm verkauft haben.

In der bereits o.g. Strafanzeige der schweizer Kanzlei Kruse Law vom 14.7.2022 (Version 1.0) wurde dies sehr anschaulich erklärt, auch wenn die dort zugrunde gelegten Daten mittlerweile durch eine Studie von Michels et al. überholt worden sind, siehe:

<https://tkp.at/2023/09/06/neue-studie-zeigt-pfizers-manipulation-bei-mrna-impfstoff-zulassung-mehr-todesfaelle-bei-geimpften-als-bei-ungeimpften/>

In Wahrheit sind die Daten zur Wirksamkeit also noch viel schlechter als es den Anwälten der Kanzlei Kruse damals schon bekannt sein konnte.

In dieser 1.0-Version der Strafanzeige heißt es ab Seite 77 u.a. (**Zitat**):

„Nach Art. 9a Abs. 1 HMG kann ein Arzneimittel nur dann «befristet» zugelassen werden, wenn damit einer lebensbedrohlichen oder invalidisierenden Krankheit begegnet werden kann. Entsprechendes müsste in (klinischen) Zulassungsstudien belegt werden können.

Dies war offenkundig nicht der Fall: Der in den Zulassungsstudien von Pfizer und Moderna gewählte sog. «**primäre Wirksamkeitsendpunkt**» wurde so gewählt, dass vornehmlich leichte «COVID-Erkrankungen» erfasst wurden – definiert anhand eines positiven PCR-Tests zuzüglich eines bis zwei Symptomen wie Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Erkältung, Halsschmerzen, Kopfschmerzen, Gliederschmerzen, Geruchs-/ Geschmacksverlust, Übelkeit, Erbrechen oder Durchfall. **Mit einem derartigen Studiendesign werden somit lediglich Bagatellereignisse erfasst – und gerade nicht die vom Gesetz vorausgesetzten tödlichen oder invalidisierenden Ereignisse.**

Offiziell wiesen Pfizer und Moderna zu diesen Kriterien eine hohe Wirksamkeit von 95% bzw. 94.1% aus. Nochmals: Diese angeblich hohe «Wirksamkeit» bezieht sich auf vornehmlich leichte Symptome, die in keiner Weise lebensbedrohlich oder invalidisierend sind. **Die in Bezug auf die genannten Bagatellereignisse errechnete «Wirksamkeit» ist damit von vornherein keine hinreichende Grundlage für eine Zulassung nach Art. 9a HMG.**

Kommt hinzu, dass diese unrealistisch hohe Wirksamkeit von fast 100% mit einer intransparenten, wissenschaftlich fragwürdigen Methodik basierend auf der Berechnung der relativen Risikoreduktion (RRR) kommuniziert wurde, **welches am Beispiel von Comirnaty («Wirksamkeit 95%») aufgezeigt werden soll:**

In der Pfizer-Studie trat in der Impfstoffgruppe nur bei **8** (=0.04%) von 21'720 Probanden und in der Placebogruppe nur bei **162** (=0.74%) von 21'728 Probanden eine «bestätigte COVID-Erkrankung» auf. Traten demnach insgesamt 170 Fälle (8 plus 162) auf, so hatte man formal ganze 162 Fälle in der Impfstoffgruppe «verhindert». Aus diesem Verhältnis (162 «verhinderte» Fälle von insgesamt 170 Fällen) leitete Pfizer dann ab, dass eine

Wirksamkeit von 95% (162 ./ 170) bestehe, **was in der Wissenschaft als Relative Risikoreduktion (RRR) bezeichnet wird.**

Natürlich bedeutet dies aber gerade nicht, dass von den über 40'000 Studienteilnehmern 95% «erfolgreich» vor einer Erkrankung geschützt worden wären: In absoluten Zahlen **waren gerade einmal 162 Personen von den über 40'000 Studienteilnehmern vor Erkrankung «geschützt» worden.** Die Wirksamkeit nur anhand der RRR darzustellen – ohne diese in den Kontext der Gesamtzahlen zu rücken (die anhand der ARR dargestellt wird; dazu nachfolgend gleich mehr) – führt also zu einer **völligen Verzerrung der Wirklichkeit...**

Dass die Hersteller bei diesen faktischen Grundlagen einzig mit Angaben zur **Relativen** Risikoreduktion (RRR) operieren – gleichzeitig aber keine Angaben zur **Absoluten** Risikoreduktion (ARR) machen, ist unwissenschaftlich und unseriös:

Bereits seit über 20 Jahren ist bekannt, dass die Darstellung der Relativen Risikoreduktion (RRR) ohne gleichzeitige Offenlegung der Absoluten Risikoreduktion (ARR) und der zu Grunde liegenden Zahlen die Wirksamkeitsdaten verzerrt.

Entsprechend verzerrt – im Ergebnis: massiv beschönigend – dargestellte Bekanntmachungen und Publikationen dienen einzig dem Zweck der Absatzförderung, womit sie gar als Werbung zu qualifizieren sind.

Richtigerweise hätte daher die Wirksamkeit auch von Beginn an anhand der **absoluten Risikoreduktion (ARR)** berechnet und in relevanten Dokumenten wie beispielsweise den Arzneimitteltextrn offengelegt werden müssen: Erkrankten in der Pfizer-Studie mit Placebo 162 von 21'728 Personen (= 0,74 %) und mit dem «Impfstoff» nur 8 von 21'720 Personen (= 0,04 %) an COVID-19, **so beträgt die absolute Risikoreduktion (ARR) bei Comirnaty gerade einmal 0.70 % (0.74% minus 0.04%). Entsprechendes gilt bei Moderna: Die ARR von Spikevax liegt bei gerade einmal 1.2%.** Solche Werte liegen definitiv fernab eines «grossen» therapeutischen Nutzens.“ **(Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)**

Dessen ungeachtet hat es in der Zulassungsstudie von Pfizer - nachweislich - auch noch massive Unregelmäßigkeiten und Manipulationen gegeben, durch die die Datenlage erheblich manipuliert worden ist.

Dies vertieft zu erhellen würde einen eigenen, sehr umfangreichen Vortrag eines Experten erfordern. Es gibt hierzu – wie gesagt – schon erste Sachbücher zu dem Thema, u.a. von Dr. Naomi Wolf Analyse zu den Pfizer Dokumenten.

Einige von vielen aktuellen Beiträgen dazu:

<https://tkp.at/2022/05/10/fda-dokumente-zeigen-hoechst-eigenartiges-aus-pfizer-zulassungsstudie/>

<https://www.trialsitenews.com/a/startling-evidence-suggests-biontech-and-pfizer-falsified-key-data-part-1-e2595e7f>

5.7

Studie von Prof. Dr. Peter Doshi von September 2022, die eine starke negative Wirksamkeit belegt (**Zitat**):

„Die Pfizer-Studie zeigt defacto ein 36% höheres Risiko für schwere Nebenwirkungen in der Impfgruppe, verglichen mit der Kontrollgruppe. In der Moderna-Studie war das Risiko für die Impfprobanden 6% höher als in der Kontrollgruppe, und zusammengefasst war das Risiko für beide Impfstoffe um 16% höher, dass Probanden in der Impfgruppe schwere Nebenwirkungen erlitten, verglichen mit der Kontrollgruppe.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/09/10/nach-doshi-studie-bewerbung-von-mrna-impfstoffenvorsaetzliche-koerperverletzung/>

5.8

Weitere Studie von Mitte März 2023, deren Titel schon bezeichnend ist:

„**Vergessenes “Primum Non Nocere”** und erhöhte Sterblichkeit nach COVID-19Impfung“ (Original: Forgotten “Primum Non Nocere” and Increased Mortality after Covid19 Vaccination). Dort heißt es u.a. (**Zitat**):

„...Die Ergebnisse bestätigen, dass die Sterblichkeit der **geimpften**, mit dem Coronavirus infizierten Gruppen im Durchschnitt 14,5 % höher war als die Sterblichkeit der **nicht geimpften**, mit dem Coronavirus infizierten Gruppen. Schlussfolgerungen Geimpfte infizierte Gruppen scheinen eine höhere durchschnittliche Sterblichkeit zu haben als ihre nicht geimpften infizierten Kollegen...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/04/15/studie-geimpfte-haben-um-145-hoehere-sterblichkeit-bei-infektion-als-ungeimpfte/>

Es soll also niemand behaupten, der Nutzen dieser Injektionen überwiege das Risiko. Das ist schlicht eine dreiste Lüge. So auch das Fazit der nachfolgend genannten Metastudie:

5.9

Eine am 22.3.2023 veröffentlichte Metastudie von Peter C. Gøtzsche mit dem Titel „**Serious harms of the COVID-19 vaccines: a systematic review**“ (Schwerwiegende Schäden durch die COVID-19-Impfstoffe: eine systematische Überprüfung) kommt zu dem eindeutigen Ergebnis, dass die CovidImpfkampagne enormen Schaden angerichtet hat, der den Nutzen bei weitem übersteigt.

Quelle:

<https://tkp.at/2023/03/30/meta-studie-schaden-durch-impf-nebenwirkungen-ueberwiegenden-nutzen/>

Eine weitere Auswahl von Quellen zur Wirkungslosigkeit der Covid-19-Injektionen findet sich bei Stebel, ebenda, S. 67 – 69.

6.

Die Lüge mit den Grenzwerten für DNA-Verunreinigungen bzw. die Lüge, dass die von mehreren Laboren festgestellten DNA-Verunreinigungen nicht relevant/wichtig seien – und wie von Seiten des Beklagten bei der Messung der DNA-Verunreinigungen getrickt und betrogen worden ist

In einem weiteren Substack von Dr. Sabine Stebel vom 27.2.2024 mit dem Titel „Es gibt für die modRNA-Produkte keinerlei Grenzwerte/Akzeptanzkriterien“ heißt es u.a. (**Zitat**):

Also nicht einmal die WHO, die angeblich die Weltherrschaft mit ihrem Pandemievertrag übernehmen will, war in der Lage, die Hersteller dazu zu bringen, Grenzwerte anzugeben und sich auf Akzeptanzkriterien zu einigen, OBWOHL USP schon einen Rahmen gesetzt hat, der von allen ignoriert wird.

“Es wurde auch festgestellt, dass der Gehalt und die Art der Verunreinigungen von Charge zu Charge stark variieren, insbesondere wenn sie in unterschiedlichen Größenordnungen und nach unterschiedlichen Verfahren hergestellt werden.” (39: Development of mRNA manufacturing for vaccines and therapeutics: mRNA platform requirements and development of a scalable production process to support early phase clinical trials - Translational Research)

“In früheren Veröffentlichungen haben wir darauf hingewiesen, dass eindeutig ein Bedarf an - vorzugsweise weltweit einheitlichen - regulatorischen Leitfäden besteht, in denen die kritischen Qualitätsmerkmale und Akzeptanzkriterien für mRNA-basierte Produkte beschrieben werden, wie sie von den Regulierungsbehörden festgelegt wurden. In mehreren Artikeln in Fachzeitschriften wurden kürzlich die von der WHO geleiteten Bemühungen beschrieben, die darauf abzielten, die Konvergenz der Rechtsvorschriften bei der Bewertung der COVID-Impfstoffe zu erleichtern. Zum Zeitpunkt dieser Diskussionen war jedoch noch keine Annäherung bei den kritischen Qualitätsmerkmalen erreicht worden, und Einzelheiten oder Spezifikationen wurden nicht bekannt gegeben. Im Vergleich zum Bereich der Arzneimittel auf Oligonukleotidbasis arbeiteten Autoren verschiedener Arzneimittelhersteller zusammen, um die analytische Methodik zur Charakterisierung des Arzneimittelmoleküls und seiner Verunreinigungen in einer Reihe von Papieren zu veröffentlichen, vermieden jedoch bewusst die Diskussion über Akzeptanzkriterien.”

ES GIBT KEINE GRENZWERTE, WEIL DIE HERSTELLER DAS THEMA VERMEIDEN, WIE DER TEUFEL DAS WEIHWASSER!

Die wissen, dass ihre Plörre dreckig ist!!!

Nicht einmal die WHO bekommt sie dazu irgendwelche Grenzwerte zu benennen. Da sind sich die Hersteller alle untereinander einig. Ist das ein Kartell?...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/es-gibt-fur-die-modrna-produkte-keinerlei>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Frau Dr. Sebel hat ihre Erkenntnisse zu den wissenschaftlichen Veröffentlichungen des vormaligen PEI-Chefs Prof. Klaus Cichutek sowie von BioNTech-Mitarbeitern am 1. Dezember 2023 im Corona-Ausschuss dargelegt und hierbei aufgezeigt, dass die Verantwortlichen des PEI die Gefahren der mRNA-"Impfungen" und ihrer Bestandteile ganz genau einschätzen konnten.

Link zu diesem Video:

<https://odysee.com/@Corona-Ausschuss:3/s183de-ss:5>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Empfohlen sei in diesem Kontext das ca. 13-minütige YouTube-Video „**Unbequeme Fakten zur DNA-Kontamination (Kevin Mc Kernan)**“, das mit folgendem Text erläutert wird:

Wir möchten Ihnen den wichtigen Vortrag von Kevin Mc Kernan vom 23.02.24 auf dem 5. „Internationale Crisis Summit“ nun in deutscher Sprache zur Verfügung stellen. ... In diesem Vortrag stellt der Genetik-Experte Kevin Mc Kernan die aktuellsten Daten zur Kontamination der RNA- „Impfstoffe“ gegen COVID-19 mit DNA vor.

Seinen extrem fachspezifischen, aber wichtigen Vortrag begann er mit einem allgemeinen Überblick über die bisher bekannten Probleme der DNA-Kontamination vor dem Hintergrund des Herstellungsprozesses der RNA.

Dann zeigte er die problematischen Analyseverfahren auf, die von den Herstellern (Pfizer/BioNtech, aber auch Moderna) zur Quantifizierung der Mengen der Nukleinsäuren (RNA und DNA) in den Produkten verwendet wurden, und die selektiv die DNA-Menge in den einzelnen „Impf“-Dosen gegenüber der enthaltenen RNA zu klein ausgegeben hatte, um die (willkürlichen) Grenzwerte der Zulassungsbehörden zu erfüllen.

In einem weiteren Aspekt ging er auf die sehr problematische Zusammensetzung der kontaminierenden DNA in Form der Plasmide und Plasmidfragmente ein, die unabhängig von der zu großen Menge auch noch spezielle Gefahrenpotentiale bieten, hier vor allem auch auf den sogenannten SV40 Promotor, der sich in den Corminaty-Lösungen von Pfizer und BioNTech (nicht Moderna) findet. Dieser SV40 Promotor spielt für den Herstellungsprozess keine Rolle, kann aber prinzipiell in menschlichen Zellen aktiv zum Einbau von DNA in die Chromosomen beitragen, mit wichtigen Krebs-Schutzgenen (p53 und BRCA1) reagieren und deren Schutzfunktion stören.

Schließlich stellte er erste Daten vor, in denen gezeigt wird, dass sich die kontaminierende DNA aus einer Corminaty-Charge von BioNtech in Tumorzellen nachweisen lässt, die damit behandelt wurden. Hier finden sich sogar Hinweise darauf, dass sich die Geninformation für das Spike-Gen aus dieser RNA-Lösung in Chromosomen der Zellen einbauen kann, was

die RNA-„Impfung“ zu einer eindeutig gefährlichen gentechnischen Anwendung mit Einfluss auf die Erbinformation betroffener Zellen mache.“ (Zitat Ende)

Link dazu:

<https://www.youtube.com/watch?v=rGyYTujqjW8>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Herrn Kevin Mc Kernan, Kontaktdaten können nachgereicht werden

Sachverständiges Zeugnis von Frau Prof. Dr. rer. nat. Brigitte König, zu laden über MMD GmbH & Co. KG, Breiter Weg 10 A, 39104 Magdeburg

7.

Die Lüge, dass das Spike-Protein nicht lange im Körper verbleibt

In einem tkp.at-Artikel der Expertin Dr. Sabine C. Stebel vom 24.10.2022 mit dem Titel „**Was Pfizer wusste**“ heißt es u.a. (Zitat):

„Die amerikanische Seuchenschutzbehörde CDC hat am 15. Juli 2022, ohne Presseresonanz, den Passus, dass das Spike-Protein nicht lange im Körper verbleibt, gestrichen^{iv}. Damit scheint sich zu bestätigen, wovor schon seit Beginn der Anwendung der modRNA-Präparate gewarnt wurde, nämlich eine lange Verweildauer des Spike-Proteins im menschlichen Organismus und das in vollkommen unbekannter, unkontrollierbarer Konzentration.

Aus den das Spike-Protein betreffenden Patenten^y geht zweifelsfrei hervor, dass das Spike-Protein und somit COVID-19 nicht neu sind. COVID-19 ist ein Krankheitsbild, welches sich als Wirkung der Anwendung eines vielfach genetisch modifizierten und mindestens hundertfach patentierten Proteins^y ergibt. Das Spike-Protein hätte nie als Zielprotein verwendet werden dürfen, denn bereits im Jahre 2016 steht im Virologielehrbuch „Fenner and White’s Medical Virology 5th Edition“, dass das Spike-Protein bekannt sei, aber sein Einsatz als Impfstoff keine langfristige Immunität bewirken kann, weil die Viren und vor allem ihre Spike-Proteine viel zu schnell mutieren.

Das Spike-Protein kann durch seine Toxizität zu massiven Zellschädigungen, Zellverschmelzungen, Apoptose (durch Signalwege gesteuerter „Selbstmord“ einer Zelle aufgrund einer Zellschädigung) bis zum kompletten Organversagen und Tod führen. Das Spike-Protein des Pfizer- Produktes (und auch des Moderna Produktes) ist angeblich genau wie das Spike Protein des original Wuhan-Virus aufgebaut und muss daher jede bisher bekannte Schädigung der Organe durch das Wuhan-Virus verursachen.

Wichtig: Während das Wuhan-Virus bei asymptomatischen und leichten Krankheitsverläufen bereits auf den Schleimhäuten der Atemwege neutralisiert und damit unschädlich wird, beruhen die symptomatischen und schweren Covid-19-Krankheitsverläufe gerade auf der Überwindung dieser Barriere, also auf dem Eindringen des Virus einschließlich seiner toxischen Spike-Proteine in die inneren Organe³. Diese stark diskutierte Toxizität der Spike-Proteine wird somit durch die mRNA-Produkte in unkontrollierbarer Weise im gesamten Organismus denkbar und möglich. Die „Impfung“

kann somit ein Worst-Case-Szenario stimulieren, welches einer Sepsis (Blutvergiftung) ähnelt, einem SIRS⁴....“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

8.

Die Lüge, dass Spike-Proteine nicht toxisch sind

Das PEI hat im Februar 2021 unter folgender URL einen Artikel zu der Wirkung von Spike Proteinen veröffentlicht:

<https://www.pei.de/DE/newsroom/pm/jahr/2021/03-gewebeschaeden-zellfusion-covid-19-rolle-spikeprotein.html>

Die markanteste Aussage ist:

"Selbst geringste, kaum mehr nachweisbare Mengen des Spikeproteins auf der Zelloberfläche reichen aus, um die Zellfusion und somit den Zelltod einzuleiten."

Da die Injektionen ja eben diese Spike Proteine im Massen bewirken, bewirkt die Behandlung auch in Massen den Zelltod.

Und die gebildeten Spikes sind offensichtlich identisch mit den originalen.
(AstraZeneca-Impfstoff AZD1222)

<https://www.scinexx.de/news/medizin/corona-erster-blick-auf-impfproteine/>

<https://pubs.acs.org/doi/10.1021/acscentsci.1c00080>

Das PEI hat somit vorsätzlich den unzähligen Zelltod im Impfling und somit auch den Tod des Impflings in Kauf genommen.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

9.

Lüge, dass Spike-Proteine im Arm-muskel verbleiben

Weiter heißt es in dem vorgenannten tkp.at-Artikel (**Zitat**):

„... über die Verteilung der Injektion im Körper

Bekannt war auch, dass die Injektion nicht im Muskel verbleibt, sondern sich vor allem in Eierstöcken, Leber, Milz, den männlichen Fortpflanzungsorganen (Gonaden) und anderen lebenswichtigen Organen binnen 48 Stunden ansammelt, so dass in der Folge die schädlichen Spike-Proteine eben in diesen Organen produziert werden. Von Zellschädigungen durch die Spike-Proteine und durch Reaktionen des Immunsystems gegen die Spikes produzierenden Körperzellen in den entsprechenden Organen musste daher ausgegangen werden. Die Messung wurde jedoch bereits nach 48 Stunden beendet und über eine langfristige Verteilung der Nanolipide liegen daher keine Daten vor..., obwohl das für die Risikobewertung wichtig gewesen wäre.

Bereits seit 2013, lange vor der politisch erklärten COVID-19-Pandemie, war festgestellt worden, dass die Lipidnanopartikel (LNP), welche die Aufgabe besitzen, die modRNA in die Zellen zu transportieren, in die Eierstöcke gelangen und diese ebenfalls schädigen...

Weil LNPs für die Behandlung von Hirntumoren entwickelt wurden..., ist es nur logisch, dass die COVID-19-modRNA-Impfstoffe nicht nur die Blut-Hirn-Schranke überwinden, sondern auch die Plazentaschranke überschreiten.

Des Weiteren liegen keine Sicherheitsdatenblätter der verwendeten Nanolipide (ALC-0315, SM-102) für den pharmazeutischen Reinheitsgrad von den Herstellern (Merck, Evonik, Acuitas, Polynum) vor, weder auf der Webseite der herstellenden Firmen noch reagieren diese Firmen auf entsprechende Anfragen. Bei den bekannten Sicherheitsdatenblättern für den biotechnologischen Reinheitsgrad wurde die LD50 (die Dosis, bei der die Hälfte der Versuchstiere stirbt) für die Injektion der Nanolipide nicht bestimmt. Es liegen nur LD50-Informationen vor, wenn man die Substanzen auf die Haut bekommt, verschluckt oder einatmet... Die tödliche Dosis dieser Nanonlipide bei Injektion ist also unbekannt und man weiß nicht, ob der Effekt kumulativ ist, falls die Nanolipide vom Organismus nicht oder nur langsam abgebaut werden. Diese Informationen wären jedoch überlebenswichtig, wenn weitere Impfungen auf diese Technologieplattform umgestellt werden sollten. Eine Bestimmung der Konzentration der Nanolipide im menschlichen Blut ist aktuell nicht möglich, da die Firmen keinen Wert darauf gelegt haben, entsprechende Nachweisverfahren zu entwickeln, und diese Messungen somit auch nicht durchgeführt haben. Es liegen auch keine Aussagen über die Zerfallsprodukte der LNPs vor, bzw. deren LD50 Werte.

Es erfolgten des Weiteren keine Genotoxizitätsstudien, keine pharmakokinetischen Studien, keine Studien zur Carcinogenität, keine Studien zur Immunotoxizität, keine Studien zur Übertragung des Produktes oder Teile dessen durch die Muttermilch auf die Babys... Des Weiteren erfolgten keine Studien bezüglich männlicher Fruchtbarkeit... und Spermien... Dabei wusste Pfizer, dass bei dieser Art Impfung Antikörper gegen Spermien gebildet werden können, die Spermien als Invasoren erkennen und vernichten können...“
(Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

10.

Die unfassbar dreiste Lüge, dass die Injektionen nebenwirkungsfrei sind

Das war und ist eine der dreistesten und offenkundigsten Lügen überhaupt.

Die Beklagte ist den diesbezüglichen Falschdarstellungen, die insbesondere vom Gesundheitsminister Lauterbach über viele Monate hinweg medienwirksam betrieben wurden, nie entgegengetreten.

Trotz aller schon in 2021 bekannten Fakten behauptete (auch) Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. Karl Lauterbach bis in den Juni 2022 hinein immer wieder, die „Covid-19-Injektionen seien „nebenwirkungsfrei“.

Halbherzige Eingeständnisse dazu, dass diese Injektionen doch nicht nebenwirkungsfrei seien, kamen – soweit feststellbar – von dem Bundesgesundheitsminister Lauterbach erst im Verlaufe des Monats Juni 2022, siehe u.a.:

<https://www.allgemeine-zeitung.de/politik/politik-deutschland/coronavirus-impfung-doch-nicht-nebenwirkungsfrei-1711359>

<https://www.berliner-zeitung.de/news/karl-lauterbach-aussagen-zu-impfschaeden-sorgen-fuer-aufsehen-li.238592>)

Das Eingeständnis, dass diese Covid-19-Injektionen **nicht wirksam** sind, kam noch viel später.

Die einrichtungsbezogene Nachweispflicht nach § 20a IfSG ist zum 31.12.2022 ausgelaufen, weil der Prof. Lauterbach schließlich selbst öffentlich einräumen musste, dass diese Injektionen nicht vor Ansteckung schützen, siehe:

ZDF-Beitrag vom 23.11.2022, <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-impfpflicht-lauterbach-pflege-100.html>

Schon die bereits o.g. **Strafanzeige der schweizer Rechtsanwälte Kruse Law vom 14.7.2022** konnte jeden hinreichend darüber aufklären, **dass und – spätestens – ab wann und warum** den für die Arzneimittelsicherheit Verantwortlichen **bekannt sein musste**, dass diese Covid-19-Injektionen **bedenkliche Arzneimittel im Sinne des § 5 AMG** sind, so dass sie kraft ihres Amtes dazu verpflichtet waren zu verhindern, dass diese Arzneimittel – überhaupt jemals und weiter – bei Menschen angewendet werden.

In dem Evidenzreport zu der 2.0-Version dieser Strafanzeige von Kruse Law vom 7.2.2024 heißt es auf Seite 139 f. u.a. (**Zitat**):

„1.3. Comirnaty®: 42'086 unerwünschte Ereignisse und 1'223 gemeldete Todesfälle bis Februar 2021

469 Der *Post Marketing Pharmacovigilance-Report* von Pfizer mit Daten über die ersten 2.5 Monate nach Marktzulassung,²¹³ welcher allen Behörden inklusive Swissmedic weltweit – mutmasslich im April/Mai 2021 – eingereicht worden war, wurde von der *FDA* zusammen mit diversen weiteren Dokumenten im Rahmen eines gerichtlich angeordneten Freigabezeitplans veröffentlicht, der auf einen Eilantrag von *Public Health and Medical Professionals for Transparency* (PHMPT) zum *Freedom of Information Act (FOIA)* zurückging.²¹⁴ Der Bericht, welcher die Daten vom Zeitpunkt der Marktzulassung bis zum 28. Februar 2021 zusammenfasst, enthält **42'086 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen** («adverse events»= unerwünschte Ereignisse) und **1'223 Verdachtsmeldungen von Todesfällen im Zusammenhang mit der mRNA-Injektion** (S.7): “ (**Zitat Ende**)

Beweis:

Wie vor (Anlage K 3 C)

Hierzu weiter präzisierend hat die Expertin Dr. Sabine C. Stebel festgestellt (**Zitat**):

„... über Nebenwirkungsfälle

Es wurden Pfizer in den ersten 3 Monaten seit Beginn der weltweiten Impfkampagne im Dezember 2020 (also von Dezember 2020 bis Ende Februar 2021) 42.086 Fallberichte gemeldet, davon starben 1.223 Menschen. Bei weiteren 9.400 Menschen weiß man nicht, ob sie noch leben, 520 behielten bleibende Schäden... Es starben mehr Versuchspersonen, die mit dem Produkt geimpft wurden, als in der Placebo-Gruppe, vor allem an Herzinfarkt. Insgesamt starben viermal mehr Personen in der Gruppe mit der „echten“ zu testenden mRNA-Impfung an einem Herzinfarkt als in der Placebo-Gruppe...

Bereits im Dezember 2020 war Pfizer bekannt, dass die Impfungen nicht wirken, weil eine der häufigsten Nebenwirkungen COVID war...Und nicht nur das! Schon am Jahresanfang, nämlich Ende Februar 2021, wusste Pfizer, dass von den gemeldeten 42.086 Fällen bei 1.625 Fällen das Produkt nicht die gewünschte Immunreaktion auslöste. Hinzu kommen 3.067 COVID-19-Fälle durch Impfversagen, 2.585 Fälle schwere Nebenwirkungen und 1365 Todesfälle... Ob Todesfälle unter den Impfversagensfällen waren oder ob zwischen diesen Fällen Beziehungen bestehen, wurde im Dokument nicht aufgeschlüsselt. Im selben Dokument... gibt Pfizer zu, dass die Dunkelziffer ungemeldeter Impfversagensfälle unbekannt ist.

Es war bekannt, dass die natürlich erworbene Immunität genauso gut bzw. stärker ist als, die durch das Produkt erworbene Immunität..., und dass junge Menschen häufiger und schwerere Nebenwirkungen haben, obwohl sie praktisch nicht durch COVID-19 gefährdet waren...

Ebenso war es kein Geheimnis, dass das Produkt bei immunsupprimierten Menschen nicht funktioniert..., obwohl gerade diese Gruppe später zu den vulnerablen Gruppen zählte, die zum Beginn der Impfkampagne mit als Erste geimpft wurden.

In einem neunseitigen Fließtext im Post-Marketing-Bericht wurden über 1.000 verschiedene Nebenwirkungen...beschrieben, daher wurden mehr als 1.800 Vollzeitmitarbeiter von Pfizer nur für die Aufnahme und Bearbeitung der Nebenwirkungen neu eingestellt... Da es nicht das erste Medikament ist, das Pfizer seit seinem Bestehen auf den Markt gebracht hat, hätte Pfizer auffallen müssen, dass etwas nicht stimmt, vor allem, weil so viele Nebenwirkungen in so kurzer Zeit gemeldet wurden. Es stellt sich somit die Frage, warum vor diesem Hintergrund überhaupt ein Antrag auf vorläufige Zulassung gestellt wurde und warum die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA trotz Vorabkenntnis dieser Nebenwirkungen und der hohen Anzahl an Impfversagensfällen die vorläufige Zulassung genehmigt hat...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine Stebel, wie vor

Selbst nach dem 18. Sicherheitsbericht des PEI vom 4.5.2022 sind vom 27.12.2020 bis 31.3.2022 296.233 Verdachtsfälle von Nebenwirkungen an das PEI gemeldet worden (ebenda, Seite 2), darunter 5.862 Verdachtsfälle bei Kindern und Jugendlichen (ebenda, Seite 10), sowie 2.810 Todesfälle (ebenda, S. 8).

Wenn die so viel beschworene Pflicht des Staates, das Leben der Menschen in diesem Lande zu schützen, in der Realität wirklich noch eine Bedeutung hätte, dann hätten alleine schon diese Zahlen des PEI, die noch nicht einmal das Underreporting berücksichtigen und die historisch ohne Vergleich sind, zu einer sofortigen Untersagung der weiteren Anwendung der Covid-19-Injektionen führen müssen.

11.

Die Lüge, dass sich keine DNA in den Zellkern integrieren kann

Der PEI-Mitarbeiter **Dr. Rolf Wagner** hat sich in dem Verfahren vor dem BVerwG zu BVerwG 1 WB 2.22 und BVerwG 1 WB 5.22 am 4. Verhandlungstag am 6.7.2022 u.a. dahingehend eingelassen, dass die Impfstoffe (gemeint: die modRNA-Covid-19-Injektionen) aus so wenigen Ausgangsmaterialien bestünden, dass sich eine Kontrolle, ob der Impfstoff verunreinigt sei, erübrige.

Diesen Sachverhalt hat Prof. Dr. Jur. Martin Schwab, der seinerzeit als Bevollmächtigter in dem Verfahren zu AZ. BVerwG 1 WB 5.22 und 1 W-VR 3.22 aufgetreten ist, in seiner Anhörungsrüge an das BVerwG vom 20.7.2022, die hier als

Anlage K 6

übereicht wird, auf Seite 8 so dokumentiert, siehe:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/07/20.7.22-Anhoerungsruege-anonymisiert-2.pdf>

Unter Berücksichtigung der Recherche-Ergebnisse der Frau Dr. Sabine Stebel ist hier nur eine Schlussfolgerung möglich:

Die verantwortlichen Chargenprüfer des PEI müssen auf Grund der für jedermann zugänglichen Studien, an denen der vormalige Leiter des PEI Prof. Claus Cichutek teilweise selbst mitgewirkt hat, schon (teilweise) seit Jahrzehnten (!) positive Kenntnis von „möglichen“ Verunreinigungen durch Rest-DNA bei Herstellung von modRNA durch Plasmide, die zumindest mögliche Integration solcher Rest-DNA in den Zellkern und die damit verbundenen erheblichen Risiken für Leben und Gesundheit von Millionen Menschen gehabt haben.

Dass DNA in die Zelle und dann auch in den Zellkern gelangt wurde in dem Dhuli et al.-Paper vom 27.12.23 mit dem Titel **„Presence of viral spike protein and vaccinal spike protein in the blood serum of patients with long-COVID syndrome“** bereits in Blutproben von Patienten nachgewiesen, siehe:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38112944/>

Fakten wie diese lassen sich freilich nur dann vor einem Gericht aufklären und verbindlich feststellen, wenn die Experten, die sich mit diesen Sachfragen vertieft auseinandergesetzt haben, auch (endlich) vor einem Gericht zu solchen Sachfragen angehört werden.

Die Debatten darüber, ob die in die Zellen eindringende modRNA der Covid-19-Injektionen dort in DNA umgeschrieben und in den Zellkern gelangen kann, hat also letztlich nur davon abgelenkt, dass aus den Gründen, die in dem vorgenannten Substack vertieft werden, ohnehin direkt DNA – eben die nicht abgebaut Rest-DNA aus dem Herstellungsprozess - in die Zelle und dann auch in den Zellkern gelangt.

Rechtlich gesehen muss nicht bewiesen werden, dass sich bei den Covid-19-Injektionen DNA in den Zellkern integrieren kann, sondern dass sich DNA nicht integrieren kann: DAS ist letztlich auch egal, weil selbst die nicht integrierten Fragmente bereits Schaden anrichten können über Antisense Oligos oder das Aktivieren des cGAS–STING Pathways, siehe:

https://en.wikipedia.org/wiki/CGAS%E2%80%93STING_cytosolic_DNA_sensing_pathway

Also selbst, wenn die DNA-Verunreinigung nur in die Zelle und nicht in den Zellkern gerät, ist das immunologische Chaos bereits angerichtet. Denn schon DAS kann bis zu einem Schlaganfall führen, siehe (mit weiteren Nachweisen):

<https://drbine.substack.com/p/integriert-die-plorre-nun-oder-nicht>

Mit anderen Worten: „Impf“-Geschädigte müssen nicht beweisen, dass DNA in die Zelle und den Zellkern gelangen kann. BioNTech-/Pfizer und das PEI hätten zwingend ausschließen müssen, dass das möglich ist. Nur dann könnte man in dieser Hinsicht zumindest von einem „sicheren“ „Impfstoff“ sprechen.

Vor diesem Hintergrund kann man die Aussage des PEI-Vertreters Dr. Ralf Wagner in dem Wehrbeschwerdeverfahren vor dem BVerwG zu AZ: BVerwG 1 WB 2.22 und BVerwG 1 WB 5.22 am 6.7.2022, (Zitat) „die Impfstoffe bestünden aus so wenigen Ausgangsmaterialien, dass sich eine Kontrolle, ob der Impfstoff verunreinigt sei, erübrige“, nur als eindeutig falsch qualifizieren. Ob das vorsätzlich geschah müsste die zuständige Staatsanwaltschaft aufklären.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Zu den Details der Befragung von Dr. Ralf Wagner vor dem BVerwG am 6.7.22 verweise ich abermals auf den o.g. Schriftsatz von Prof. Dr. Martin Schwab vom 20.7.2022 zu der Anhörungsrüge in den vorgenannten Wehrbeschwerdeverfahren, dort ab Seite 6.

Prof. Ulrike Kämmerer hat schon frühzeitig öffentlich auf die Biowaffenqualität der Covid-19-Injektionen auf mRNA-Basis hingewiesen.

Dass DNA kein Spielzeug ist, das hat sie in ihrer am 23.1.2024 auf dem Portal des Vereins MWGFD unter dem Titel „**DNA ist kein Spielzeug**“ veröffentlichten Analyse, die hier als

Anlage K 7

im Volltext überreicht wird, eindrucksvoll unter Beweis gestellt.

Danach sprechen mindestens vier Faktoren dafür, dass die Integration der Fremd-DNA in das menschliche Genom begünstigt wird (Zitat):

1. zunächst die berühmt-berüchtigten Lipid-Nanopartikel ALC-0159 und ALC-0315, die erst das Einschleusen von modRNA und Fremd-DNA in die Zelle ermöglichen,
2. dann den SV40-Promoter-Enhancer, ferner
3. die Ausschaltung der Toll-Like-Rezeptoren als Wächter der Zelle, und
4. schließlich die Zellteilung, bei der sich die Kernmembran der Zelle öffnet und das Chromosom frei zugänglich ist.“

Quelle:

<https://www.mwgf.org/2024/01/dna-ist-kein-spielzeug-analyse-zur-dna-verunreinigung/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Prof. Dr. rer. hum. biol. Ulrike Kämmerer, zu laden über die Frauenklinik und Poliklinik des Universitätsklinikums Würzburg, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg

12.

Die – von der EMA ermöglichte und sogar Gesetz gewordene - Lüge, dass Covid-19-Geninjektionen „Impfstoffe“ und keine Gentechnik sind

Schon in der 1. Jahreshälfte 2022 wurde vor dem 1. Wehrdienstsenat des BVerwGs vertieft behandelt, was dann sehr viel später in einem Artikel der Berliner Zeitung (BZ) vom 12.2. bzw. 16.2.2023 mit dem Titel **„Gab es bei den Impfungen ein „Zulassungsdesaster“? Zwei Perspektiven - Wurde geltendes Recht gebrochen bei den Zulassungen der Corona-Impfungen?“** aufgegriffen worden ist.

Dort heißt es u.a. (**Zitat**):

„Genbasierte Arzneimittel, die für wenige Patienten mit sehr speziellen Krankheitsbildern bestimmt sind, unterliegen hohen Prüfstandards – absurderweise nicht aber solche genbasierten Arzneimittel, die juristisch als „Impfstoffe für Infektionskrankheiten“ deklariert sind und gesunden (!) Menschen injiziert werden. Von diesen „Impfstoffen“ wurden seit 2021 *Stand 2. Dezember 2022* nahezu eine Milliarde Dosen an Menschen in der EU verabreicht – bis Oktober 2022 auf Basis lediglich bedingter Zulassungen.

Dazu kam es durch den Einfluss mächtiger Lobbys: Mit der Richtlinie Nr. 2009/120/EG hat die EU-Kommission schon im Jahr 2009 ohne Mitwirkung des Europäischen Parlaments „Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten“ durch rechtliche Umdefinition aus der Gruppe der besonders regulierten Gentherapeutika ausgenommen: „Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten sind keine Gentherapeutika.“ Diese Definition wurde erst nach einer Stellungnahme der pharmazeutischen Industrie abgeändert. Der ursprüngliche Richtlinienentwurf hatte zugunsten des Schutzes der öffentlichen Gesundheit eine weite Definition des Gentherapeutikums vorgesehen, unter die auch die genbasierten Covid-19-Injektionen gefallen wären.“ (**Zitat Ende**)

Die Berliner Zeitung hat diesen Artikel dann am **23.3.2023** durch einen weiteren Artikel mit dem Titel: „**Zulassung der Covid-Impfstoffe: Der Kampf um den Begriff der Gentherapie**“ ergänzt.

Wer sich in diese Thematik vertieft, der wird feststellen, dass die willkürliche Definition „Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten sind keine Gentherapeutika.“ einzig und allein nur dem Zweck diene, solche Gentherapeutika gegen Infektionskrankheiten von den strengen Sicherheitsvorschriften für Gentherapeutika zu befreien.

Genauso gut hätte der EU-Verordnungsgeber anordnen können, dass ein Reiter kein Pferd, sondern ein Elefant ist. Denn die physische Realität kann kein Gesetzgeber verändern. Die Menschen mit solchen Regelungen täuschen und die Sicherheitsvorschriften erodieren lassen, das kann ein Verordnungsgeber sehr wohl.

Und damit es dann noch schneller geht mit der Zulassung dieser Covid-19-Injektionen, hat die EMA die Sicherheitsstandards durch die „bedingte“ Zulassung dann auch noch weiter abgesenkt. Die bedingte Zulassung dieser Covid-19-Geninjektionen hat dessen ungeachtet in vielfältiger Weise gegen geltendes EU-Recht verstoßen.

Weitere vertiefende Ausführungen dazu, dass genbasierte Covid-19-Injektionen auf Grund ihrer biologischen Funktion eben keine „Impfstoffe“ sind, finden sich in den o.g. Büchern von Dr. Brigitte Röhrig, Seiten 184 – 2010, und von Dr. Sabine C. Stebel, ab Seite 45 (Mitte).

„Nur weil eine Substanz juristisch umdeklariert wurde, ändert das nicht ihre biologische Funktion.“ (Stebel, ebenda, S. 48).

Und sie wurde offensichtlich nur deshalb willkürlich umdeklariert, um die Anforderungen an die (bedingte) Zulassung dieser Gen-Injektionen deutlich herabzusetzen.

In einem Beitrag auf tkp.at vom 24.10.2022 mit dem Titel „**Was Pfizer wusste**“ heißt es ebenda (**Zitat**):

„Einige weitere sicherheitsrelevante Fragen, die sich stellen ...

Es stellt sich auch die Frage, wie es kommt, dass vier Firmen (AstraZeneca, Johnson & Johnson, Moderna, Pfizer/BioNTech) das identische modRNA-Konstrukt bzw. Protein verwenden, wenn sie es doch angeblich alle eigenständig entwickelt haben und die natürliche Immunreaktion des Menschen deutlich breiter aufgestellt ist und auch Antikörper gegen das Kapsid, d.h. auch gegen die Virushülle, bildet, was man sogar im BioNTech-Rundschreiben vom 13.09.2021 lesen kann, Zitat:

“Während sich bei Geimpften nur Antikörper gegen das Spike-Protein detektieren lassen, sind im Serum von Genesenen auch Antikörper gegen andere Proteine des SARS-CoV-2-Virus zu finden”xl.

Warum haben alle vier Firmen den gleichen offensichtlichen Fehler begangen, ein bekanntermaßen für den Organismus schädliches Protein, bzw. in Bezug auf die angestrebte Immunität untaugliches Protein zu verwenden? **Sowohl den beteiligten Firmen als auch den nationalen Regierungen war von Anfang an klar, dass es sich bei dieser Produktgruppe um Gentherapien handelt und die Umdefinition in Impfungen rein juristischer Natur war, denn 1999 galten „Impfungen“ mit Adenoviren noch als klassische Gentherapie. Der heutige Chef des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI), Klaus Cichutek, war damals mit an der Aufklärung eines**

spektakulären Todesfalls durch Zytokinsturm wegen Gentherapie mit Adenoviren beteiligt^{xli}. Die Bundesregierung hingegen bewarb noch 2012 ein Forschungsprojekt zur Gentherapie mit mRNA-„Impfstoffen“ in ihrem Forschungsnewsletter. **In diesem Newsletter kann man klar nachlesen, dass diese Art der Gentherapie auch über Monate und Jahre im Körper aktiv bleiben kann, was bei der beworbenen Gentherapie von Mukoviszidose auch gewollt war. Das war bereits 2012 bekannt und wird nun bezüglich der Corona-„Impfungen“ geleugnet**^{xlii}. An dieser Stelle fragt man sich auch, was aus diesen mRNA-Experimenten von 2012 wurde und warum diese Mukoviszidose-therapie bis heute nicht erhältlich ist, wenn es doch bei den Corona-„Impfungen“ binnen eines Jahres möglich war, sie zumindest vorläufig bedingt zuzulassen.“

Quelle.

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

13.

Wegen der weiteren schwerwiegenden Mängel der Zulassungsstudie wird zur Wahrung der Übersichtlichkeit vollumfänglich auf die diesbezüglichen Ausführungen in dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Hans-Joachim Kremer vom 8.4.2024 (dort auf den Seiten 14 – 37) in der **Anlage K 4** verwiesen, womit dieser zum klägerischen Vortrag erhoben werden soll.

III. Die Zulassungsentscheidung

1.

Bedingte Zulassung:

Ohne die oben dargestellten Manipulationen und Faktenverdrehungen – sprich: Lügen – hätte die Beklagte niemals eine bedingte Zulassung durch die EMA erreichen können, und angesichts des Ausmaßes an Manipulationen, die man der Beklagten so großzügig nachgesehen hat, drängt sich der Verdacht auf, dass die Beklagte im kollusiven Zusammenwirken mit den zuständigen Arzneimittelaufsichtsbehörden EMA und PEI agiert hat.

Das außergewöhnliche enge Kooperationsverhältnis zwischen der Beklagten und dem PEI wird in dem o.g. Buch „Projekt Lightspeed“ auch offen eingestanden, wenn es dort u.a. heißt (Zitat):

„PEI-Mitarbeiter verfassten zusammen mit den mRNA-Pionieren, einschließlich Ugur und Özlem, wissenschaftliche Artikel. Das Paar nahm an von der Behörde organisierten Forschungsklausuren teil (...). Gemeinsam erarbeiteten sich die Innovatoren und Regulatoren neue Technologien wie die mRNA“ (ebenda, Seite 70 f.).

Zu diesem engen und „kuscheligen“ Verhältnis siehe auch Dr. Stebel, ebenda, Seite 49 ff. m.w.N.

Somit lag keine einzige Voraussetzung für eine bedingte Zulassung i.S. des Art. 14-a der VO 726/2004 vor.

„Ursprünglich waren die Regelungen zur bedingten Zulassung durch die VO 726/2004 in Art. 14 Abs. 7 eingeführt worden. Art. 14 Abs. 7 hatte den Auftrag an die EU-Kommission erhalten, die Details der Vorschriften einer bedingten Zulassung in Form von Durchführungsvorschriften zu erlassen.

Diesen Auftrag erfüllte die EU-Kommission mit der KommissionsVO 50//2006.“ (Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 219).

Zum Anwendungsbereich und den grundsätzlichen Voraussetzungen einer bedingten Zulassung von Arzneimitteln in der EU verweise ich auf die diesbezüglichen Ausführungen von Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 218 – 273.

Die in der bereits o.g. Strafanzeige der schweizer Kanzlei Kruse Law vom 14.7.2022. dargelegten Erkenntnisse zu der in jeder Hinsicht vergleichbaren Notzulassung von Arzneimitteln in der Schweiz durch Swissmedic können ohne Weiteres auf die EMA übertragen werden.

2.

Unbedingte Zulassung:

Warum erst recht keine unbedingte Zulassung möglich war:

Die Kollegin Dr. Brigitte Röhrig hat die reguläre Zulassung von Comirnaty in ihrem Telegram-Kanal am 12.10.2022 wie folgt kommentiert (**Zitat**):

„ **Reguläre Zulassungen für Comirnaty und Moderna** **Fragen zu den Entscheidungen der EU-Kommission aus arzneimittelrechtlicher Sicht**

Die Entscheidungen der EU-Kommission zur Umwandlung der bedingten Zulassungen von Comirnaty und Spikevax in reguläre Zulassungen werfen aus arzneimittelrechtlicher Sicht Fragen auf:

Die Erteilung bedingter Zulassungen wird in Art. 14-a der Verordnung Nr. 726/2004/EG geregelt. Art. 14-a Abs. 4 regelt, dass bedingte Zulassungen besonderen Verpflichtungen unterliegen, für deren Erfüllung Fristen festgelegt werden. Diese Verpflichtungen werden von der EMA jährlich neu beurteilt.

Art. 14-a Abs. 8 regelt darüber hinaus, dass die Kommission die bedingten Zulassungen nach einem entsprechenden Gutachten des CHMP in reguläre Zulassungen umwandeln kann, wenn *"die besonderen Verpflichtungen gemäß Absatz 4 ... erfüllt sind."*

Besondere Verpflichtungen für beide Produkte war die **Einreichung der "abschließenden / endgültigen klinischen Studienberichte"** der in meinen Posts genannten klinischen Studien.

Wie sich aus dem Wort bereits ergibt, wird ein Studienabschlussbericht nach Beendigung der klinischen Studie erstellt. Besonders deutlich war dies in der deutschen GCP-Verordnung bis zum 27.1.2022 in § 13 Abs. 9 geregelt:

"(9) Der Sponsor übermittelt der zuständigen Bundesoberbehörde und der zuständigen Ethik-Kommission innerhalb eines Jahres nach Beendigung der klinischen Prüfung eine Zusammenfassung des Berichts über die klinische Prüfung, der alle wesentlichen Ergebnisse der klinischen Prüfung abdeckt."

In der seit dem Außerkrafttreten der deutschen GCP-Verordnung geltenden EU-Verordnung über klinische Prüfungen, Verordnung Nr. 536/2014/EU (ABl EU Nr. L 158, S. 1 ff), wird der Begriff des "**Studienabschlussberichts**" in Art. 2 Abs. 2 Nr. 35 definiert als

"ein Bericht über die klinische Prüfung in einem leicht durchsuchbaren Format, der gemäß Anhang I Teil I Modul 5 der Richtlinie 2001/83/EG erarbeitet wurde und mit einem Antrag auf Zulassung vorgelegt wird."

Einzelheiten dazu sind in der auch von der EMA angewendeten ICH Guideline E 3 "Structure and content of clinical study reports" geregelt.

Das bedeutet, dass der Studienabschlussbericht nach den Voraussetzungen der Richtlinie 2001/83/EG **nach Beendigung der klinischen Studie erstellt und grundsätzlich mit dem Zulassungsantrag einzureichen** ist. Lediglich bei bedingten Zulassungen kann davon abgesehen werden, weil ja die Möglichkeit besteht, diese Anforderung in den besonderen Verpflichtungen aufzuerlegen.

Das bedeutet aber selbstverständlich, dass eine bedingte Zulassung erst dann in eine reguläre Zulassung umgewandelt werden darf, wenn diese Studienabschlussberichte gemäß den Verpflichtungen vorgelegt und durch den CHMP ausgewertet wurden. Erst dann erfüllen Comirnaty und Spikevax die Anforderungen der Richtlinie 2001/83/EG, wie dies im 4. Erwägungsgrund der Kommissionsbeschlüsse jeweils behauptet wird.

Wenn aber Studienabschlussberichte erst nach Beendigung der klinischen Studie erstellt werden, wie sollen sie bereits vorliegen, wenn die Studien noch als "Ongoing" gelistet werden?" (**Zitat Ende**)

Quelle:

https://t.me/RA_Roehrig/3183

Ergänzend dazu hat sie den Beurteilungsbericht zur regulären Zulassung von Comirnaty am 1.11.2022 wie folgt in ihrem Telegram-Kanal am 1.11.2022 kommentiert (**Zitat**):

„**◆Comirnaty - Reguläre Zulassung ◆ Beurteilungsbericht ist veröffentlicht:**

!!Weil die Placebo-Gruppe aufgelöst wurde, wurden die Besonderen Bedingungen gestrichen!!

Die EMA hat den Beurteilungsbericht zur Verlängerung und Umwandlung der Zulassung von Comirnaty in eine reguläre Zulassung auf ihrer Webseite veröffentlicht.

Wie erwartet, hat die EMA eine Begründung dafür gefunden, weshalb die Besonderen Bedingungen in Bezug auf die Klinik einer regulären Zulassung nicht im Wege stehen. Die Besonderen Bedingungen hatten sich auf die Ursprungsstudie C4591001 und die Kinderstudie C4591007 bezogen.

Aus dem EPAR ergibt sich, dass BioNTech den Antrag auf vorzeitige Beendigung der Studien und auch auf Streichung der besonderen Bedingungen gestellt hatte. Die Begründung dafür erscheint unglaublich. Kurz gesagt:

👉 **Weil sie die Kontrollgruppe in der Studie C4591001 aufgelöst haben** - Anm.: sie sahen sich "aus ethischen Gründen" während der Pandemie gezwungen, den Kontrollteilnehmern nach Entblindung die Injektion anzubieten - **sind keine weiteren Ergebnisse für das Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil von Comirnaty aus dieser Studie zu erwarten.**

👉 **Genauso sind sie bei den Kindern vorgegangen. Deshalb gibt es auch dort keine weiteren Ergebnisse mehr.**

Und was sagt der Ausschuss für Humanarzneimittel dazu?

!!Die Begründung ist plausibel und wird akzeptiert. Wir streichen die Besonderen Bedingungen.!!

In der Zusammenfassung heißt es wörtlich;

"Considering the vaccination of a large proportion of the control arm patients in study C4591001, which was unavoidable, it is agreed that the continued follow-up would no longer be informative on the safety and efficacy profile of Comirnaty. Thus, the MAH's justification for early termination of study C4591001 is considered justified. Similarly, due to further interventions after the primary series, is not expected that the remaining outstanding data from study C4591007 will alter the benefit-risk profile of Comirnaty for the presently approved use in paediatric subjects. Therefore, the justification for removal of study C4591001 and study C4591007 from the list of specific obligations is considered acceptable by the Committee." (Hervorhebungen von mir)

Übersetzung von mir:

Unter Berücksichtigung der Impfung eines großen Teils der Kontrollarmpatienten in der Studie C4591001, die unvermeidlich war, ist man sich darüber einig, dass die weitere Nachverfolgung keine weiteren Informationen mehr über das Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil von Comirnaty zeigen wird. Somit wird die Rechtfertigung des Zulassungsinhabers für den vorzeitigen Studienabbruch C4591001 als gerechtfertigt angesehen. **Ebenso wird aufgrund weiterer Eingriffe (Anmerkung: Injektionen der Placebo-Gruppe) nach der Primärreihe nicht erwartet, dass die ausstehenden Daten der Studie C4591007 das Nutzen-Risiko-Profil von Comirnaty in den derzeit zugelassenen pädiatrischen Indikationen (Anmerkung: 5 - 17 Jahre) ändern werden.** Deshalb wird die Begründung für die Streichung der Studie C4591001 und der Studie C4591007 von der Liste der spezifischen Verpflichtungen vom Ausschuss als akzeptabel erachtet.

Das bedeutet: Die Zulassungsinhaber lösen mit der Begründung der ethischen Unvertretbarkeit der Verwendung von Placebos in einer "Pandemie" die Kontrollgruppe auf

und können dann die Studie abbrechen, weil sie keine Informationen über das Sicherheits- und Wirksamkeitsprofil des Arzneimittels mehr gibt.

Es wird zugegeben:

Die gegenüber der Öffentlichkeit als so aussagekräftig und groß angelegt gepriesene **Studie** wurde bereits kurz nach Erteilung der bedingten Zulassung **völlig nutzlos im Hinblick auf die Aussagefähigkeit des Wirksamkeits- und Sicherheitsprofils**.

!!Es wird gegen die Grundsätze der guten klinischen Praxis verstoßen und der Verstoß dann genutzt, Studien vorzeitig abzubrechen, da man aufgrund des Verstoßes keine weiteren Erkenntnisse über Nutzen und Risiko des Arzneimittels mehr erhalten wird. **!!**“ (Zitat Ende)

Quelle:

https://t.me/RA_Roehrig/3444

Fazit:

Eine reguläre Zulassung ist nach geltendem EU-Recht erst nach Vorliegen aller Studien möglich ist, die in einem Abschlussbericht bewertet worden sind.

Mehrere Studien sind aber unstreitig bis heute nicht abgeschlossen worden.

Weiterführende Erläuterungen zum ganzen Zulassungschaos der EMA finden sich bei Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 471 – 497.

Somit streiten zahlreiche Argumente für die Nichtigkeit der bedingten und unbedingten Zulassung von Comirnaty. Siehe hierzu auch:

<https://uncutnews.ch/anwalt-tobias-ulbrich-nichtigkeit-der-bedingten-und-unbedingten-zulassung-von-comirnaty-von-biontech/>

IV. Produktion

Die Sachverständige Dr. Sabine C. Stebel hat den zahlreichen Unstimmigkeiten in ihrem o.g. Buch ab Seiten 175 mehrere eigene umfangreiche Kapitel gewidmet, so komplex ist die Thematik, ebenso der o.g. Evidenzreport zu Anlage 3 C, dort ab Randnummer 169).

Die Tatsache, dass die für den weltweiten Vertrieb zugelassenen Chargen allesamt hohe Verunreinigungen an Plasmiden und DNA-Resten aufweisen, lässt nur die Schlussfolgerung zu, dass die Beklagte im Herstellungsprozess nicht gemäß Good-Manufacturing-Practice (GMP) bzw. gemäß den national und international geltenden „Richtlinien zur Qualitätssicherung“ bei der Herstellung von zugelassenen Arzneimitteln hergestellt hat.

Ein weiteres starkes Indiz für die Nichteinhaltung der geltenden Sicherheitsstandards ist die Tatsache, dass nachgewiesen wurde, dass einige wenige Chargen für die meisten Nebenwirkungen verantwortlich sind (siehe u.a. Anlage 3 C, dort ab Randnummer 651).

Wie hat die Beklagte gewährleistet, dass ihre Zulieferer von Plasmiden, Nanolipiden und Lipidformulierungen Produkte von gleichbleibender identischer oder zumindest vergleichbarer Qualität liefern (siehe hierzu Stebel, ebenda, Seite 179 f.)?

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass dies technisch möglich war.

Hat die Beklagte – in der kurzen Zeit – das Scal-up-Problem gelöst? Und wie hat die Beklagte das Scal-up-Problem gelöst? (Siehe hierzu Stebel, ebenda, Seite 180).

Das wird mit Nichtwissen bestritten.

Weiter wird mit Nichtwissen bestritten, dass der Validierung des Produktionsprozesses und die Validierung der bei der Produktion eingesetzten Analysemethoden abgeschlossen waren, bevor Comirnaty ausgeliefert wurde (siehe hierzu Stebel, ebenda, S. 182 f.-

Unstreitig dürfte sein, dass die FDA bei der Fa. Rentschler, die für BioNTech einen Aufreinigungsschritt erledigt hat, neun Mängel vorgehalten hat, die von Oktober 2020 bis Februar 2022 bestanden haben (siehe hierzu Stebel, ebenda, S. 185).

Weiter ist sicherlich unstreitig, dass die Nanolipide ALC-0315 und ALC-0159 (das spezielle PEGylierte Nanolipid) von der EMA als neue Hilfsstoffe eingestuft wurden und nie zuvor in einem Arzneimittel in Europa verwendet wurden und auch nicht in der EU-Pharmacopeia registriert oder im Einstufungs- und Kennzeichnungsverzeichnis (C & L Inventory) gemeldet sind (siehe hierzu Stebel, ebenda, S. 189 ff. m.w.N.).

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Nanolipide ALC-0315 und ALC-0159 pharmazeutische Qualität und – als Einzelsubstanz oder überhaupt - eine Zulassung einer Arzneimittelaufsichtsbehörde für die Anwendung am bzw. Verabreichung an Menschen haben.

Weiter wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte Sicherheitsdatenblätter der Hersteller dieser Substanzen vorlegen kann, die eine pharmazeutische Qualität dieser Substanzen bestätigen (siehe hierzu Stebel, ebenda, S. 221).

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Produktionsanlagen vor der Produktion ordentlich gereinigt wurden (siehe hierzu Stebel, ebenda, S. 189).

Es wird jedenfalls mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte in der kurzen Phase von der Entwicklung bis zum Beginn des weltweiten Vertriebs von Comirnaty einen Herstellungsprozess entwickeln konnte, der eine gleichmäßig hohe Qualität und Sicherheit des Produkts gewährleisten konnte.

Es ist jedenfalls bezeichnend, wenn die Beklagte - nach eigener Darstellung in dem Buch „Projekt Lightspeed“ - „bis zum Einzug in die neue Anlage in Marburg ...nicht einmal gewusst (hat), welche Ausstattung man für die Produktion benötigen würde.“ (siehe Stebel, ebenda, Seite 255 m.w.N.).

Denn nach Überzeugung namhafter Experten wie Dr. Michael Yeadon dauert es genauso lange herauszufinden, wie man ein kompliziertes Produkt konsistent herstellen kann, wie es (normalerweise) dauert, seine Wirksamkeit und Sicherheit am Menschen zu testen.

Der Experte Dr. Michael Yeadon ist Doktor der Pharmakologie, Mitbegründer eines Biotech-Unternehmens, Forscher und ehem. Vice-President bei Pfizer. Er hat sein vernichtendes Fazit zur Produktion der Corona-Injektionen u.a. auch Mitte 2023 in einem Podcast dargelegt, das in einem tkp.at-Artikel vom 29.6.2023 unter der Überschrift „Mike Yeadon über die Produktion der Corona-Impfstoffe“ veröffentlicht worden ist, siehe:

<https://tkp.at/2023/06/29/mike-yeadon-ueber-die-produktion-der-corona-impfstoffe/>

Nach seiner Einschätzung können die Umstände, unter denen die Produktion von Corona-Injektionen wie Comirnaty stattgefunden hat, nur als „rücksichtslos, ja kriminell“ bezeichnet werden, weil „alle ordnungsgemäßen Test- und Herstellungsprotokolle in den Wind geschlagen“ wurden.

In dem vorgenannten Artikel wird er u.a. wie folgt wiedergegeben (**Zitat, Fettdruck hinzugefügt**):

„Als ich dann feststellte, dass die Nebenwirkungen zwischen den einzelnen Chargen stark variierten, wurde [howbad.info](https://www.howbad.info) von einem Mann ins Leben gerufen, der zu einem Freund geworden ist, und ein paar Leute entdeckten dies als Erste, und ich schloss mich diesem Team an, um zu kritisieren und herauszufinden, was die Auswirkungen waren.

Als wir feststellten, dass einige dieser Chargen tausendmal gefährlicher waren als andere, dachten wir: „Oh mein Gott“, denn es dauerte bestenfalls ein paar Monate von der Entscheidung „Das ist der richtige Kandidat“ bis zur Einführung der ersten Impfungen. **Sie hatten nicht genug Zeit, um auch nur die grundlegenden Tests zu entwickeln, die erforderlich sind, um die Spezifikation festzulegen und zu zeigen, wie groß der jeweilige Bereich ist. Es dauert Jahre und Jahre und Jahre, dies zu tun.** Jedes Mal, wenn man die Skala vergrößert, z. B. von 100 Gramm über ein Kilogramm zu zehn Kilogramm, muss man wieder von vorne anfangen, weil chemische Reaktionen oft anders ablaufen, wenn man zu einer höheren und höheren Skala übergeht. Das, und dann muss man auf der Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse iterieren. Was sind die Tests? Wo liegen die Grenzen? Und so weiter. Und Sie wissen ja, wie man produziert, um die Zeitvorgaben einzuhalten, das dauert ewig.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

Die Benennung eines sachverständigen Zeugen bleibt vorbehalten.

Jedenfalls wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte bei der (Massen-)Produktion von Comirnaty auch nur ansatzweise die geltenden Standards eingehalten hat.

V. Vertrieb / Erkenntnisse nach der Zulassung

Zur Arzneimittelüberwachungspflicht der Beklagten wird nachfolgend zur Rechtslage weiter ausgeführt.

Zur Einführung in die Qualität und Zusammensetzung der genbasierten Covid-19-Injektionen sei auf Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 286 – 357 verwiesen.

Es ist von grundlegender Bedeutung zu wissen, dass die Beklagten die für die klinischen Studien verwendeten Chargen und die für den kommerziellen Vertrieb verwendeten Chargen nach unterschiedlichen Herstellungsprozessen produziert hat, was dramatische Auswirkungen auf die Qualität und Sicherheit der weltweit vertriebenen Comirnaty-Chargen hatte.

„Die klinischen Chargen wurden mittels eines teuren und sauberen Herstellungsprozesses produziert: Es wurden synthetische DNA-Matrizen im PCR-Verfahren hergestellt und anschließend mit Magnetperlen gereinigt.

Bei der Produktion der kommerziellen Chargen dagegen wurden DNA-Matrizen verwendet, die aus Plasmiden genetisch manipulierter Escherichia-coli-Bakterien stammen. Diese Plasmide werden in einem enzymatischen Prozess aufgereinigt.

Unter Punkt 17 fordern die Prüfer engere Grenzwerte für die Reinheit und herstellungsbedingten DNA-Verunreinigungen der DNA-Vorlage (DNA-Template) (S. 33 des Prüfberichts). Aufgrund der Verwendung von E.-coli Bakterien zur Herstellung der DNA-Vorlage und Gewinnung der RNA ist dieser Herstellungsvorgang per se einem wesentlich größeren Verunreinigungsrisiko ausgesetzt. Wird der Aufreinigungsprozess nicht gründlich genug ausgeführt, besteht die Gefahr, dass sich Plasmid-DNA im Ergebnis auch in der Injektion befindet.

Dieser bereits im Prüfbericht der BWP aufgeführte Punkt verdient insofern besondere Beachtung, als (Anmerkung: der bereits o.g.) Kevin Mc Kernan in ...2023 in Untersuchungen von Comirnaty und Spikevax eine erhebliche Verunreinigung der mRNA-Injektionen mit doppelsträngiger DNA und Plasmiden entdeckt hat. Die Menge der Verunreinigungen liegt über den von der EMA festgelegten Höchstwerten (330 µg DNA /mg RNA). Die beinhaltet eine erhebliche Gefährdung im Hinblick auf Integration der Plasmid-DNA in die menschliche DNA einschließlich der Entstehung von Krebs und kann auch Auswirkungen auf die Dauer der Herstellung des Spike-Proteins im Körper haben...

Darüber hinaus wurde bei der Sequenzierung der Plasmid-DNA festgestellt, dass diese Abschnitte, die unter anderem für Neomycin- beziehungsweise Kanamycinresistenz (Antibiotika) kodieren, enthält.

Weiterhin wurde eine Sequenz ermittelt, die für den sogenannten Simian Virus 40 (SV 40) Promoter kodiert. Dieser SV40 kann bei Menschen möglicherweise zur Krebsentstehung führen...“(Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 323 f. m.w.N.).

Dass die mRNA-Spritzen DNA-Verunreinigungen wie die Krebsförderer des Affenvirus 40 enthalten, war mittlerweile Gegenstand einer Vielzahl von Beiträgen, siehe stellvertretend für alle:

Tkp.at-Artikel vom 12.6.2023 mit dem Titel **„Die mRNA-Spritzen enthalten DNA-Verunreinigungen wie die Krebsförderer des Affenvirus 40“**

Quelle:

<https://tkp.at/2023/06/12/die-mrna-spritzen-enthalten-dna-verunreinigungen-wie-die-krebsfoerderer-des-affenvirus-40/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, wie vor

Sachverständiges Zeugnis von Kevin Mc Kernan, wie vor

Die Beweisfragen zur möglichen Integration von Rest-DNA in den Zellkern werden nachfolgend unter Bezugnahme auf Analysen von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer noch weiter vertieft werden.

2.

Duldung der Abgabe an Schwangere und Stillende

Prof. Dr. Sönnichsen hat sich alle Risiko-Management-Pläne (RMP) aller Hersteller von Covid-19-Injektionen angesehen und dabei festgestellt, dass alle (!) Hersteller bis zu ihrem letzten RMP u.a. (!) offen eingeräumt haben, dass für die Anwendung ihrer jeweiligen Covid-19-Injektion in der Schwangerschaft und Stillzeit bis heute keine ausreichenden Daten vorliegen, um die Sicherheit des „Impfstoffs“ zu gewährleisten.

Weitere Ausführungen und alle einschlägigen Quellen hierzu finden sich in dem Prof. Sönnichsens Buch „Die Angst- und Lügenpandemie“ auf den Seiten 196 bis 204.

Dennoch haben die Verantwortlichen von BioNTech geduldet, dass Comirnaty gerade auch an Schwangere und Stillende abgegeben wird.

3.

Bereits die o.g. **Strafanzeige der schweizer Rechtsanwälte Kruse Law vom 14.7.2022** konnte jeden hinreichend darüber aufklären, dass und – spätestens – ab wann und warum den für die Arzneimittelsicherheit Verantwortlichen bekannt sein musste, dass diese Covid-19-Injektionen **bedenkliche Arzneimittel im Sinne des § 5 AMG** sind, so dass sie kraft ihres Amtes dazu verpflichtet waren zu verhindern, dass diese Arzneimittel – überhaupt jemals und weiter – bei Menschen angewendet werden.

In dieser Strafanzeige von Kruse Law vom 14.7.2022 heißt es auf Seite 82 u.a. (**Zitat**):

„2.1.2. Comirnaty: 42'086 Nebenwirkungen und 1200 Todesfälle bis Februar 2021

Pfizer/BioNTech reichte mutmasslich im April/Mai 2021 den Zulassungsbehörden einen **«Post Marketing Pharmacovigilance-Report»** ein. Der Bericht, welcher die Daten vom Zeitpunkt der Marktzulassung bis zum 28. Februar 2021 – also von gerade einmal 2 1/2 Monaten – zusammenfasste, enthielt bereits die schiere Anzahl von **Verdachtsmeldungen über 42'086 Nebenwirkungen und 1'200 Todesfällen** im Zusammenhang mit der «Impfung». Diese Zahlen allein waren schon höchst alarmierend und hätten – was hinten N 239 ff. und N 243 f. aufgezeigt wird – in früheren Zeiten zum **umgehenden Zulassungsstopp** geführt...“ (**Zitat Ende**)

Hierzu weiter präzisierend hat die Expertin Dr. Sabine C. Stebel festgestellt (**Zitat**):

„... über Nebenwirkungsfälle

Es wurden Pfizer in den ersten 3 Monaten seit Beginn der weltweiten Impfkampagne im Dezember 2020 (also von Dezember 2020 bis Ende Februar 2021) 42.086 Fallberichte gemeldet, davon starben 1.223 Menschen. Bei weiteren 9.400 Menschen weiß man nicht, ob sie noch leben, 520 behielten bleibende Schädenvii. Es starben mehr Versuchspersonen, die mit dem Produkt geimpft wurden, als in der Placebo-Gruppe, vor allem an Herzinfarkt. Insgesamt starben viermal mehr Personen in der Gruppe mit der „echten“ zu testenden mRNA-Impfung an einem Herzinfarkt als in der PlaceboGruppeviii.

Bereits im Dezember 2020 war Pfizer bekannt, dass die Impfungen nicht wirken, weil eine der häufigsten Nebenwirkungen COVID warix. Und nicht nur das! Schon am Jahresanfang, nämlich Ende Februar 2021, wusste Pfizer, dass von den gemeldeten 42.086 Fällen bei 1.625 Fällen das Produkt nicht die gewünschte Immunreaktion auslöste. Hinzu kommen 3.067 COVID-19-Fälle durch Impfversagen, 2.585 Fälle schwere Nebenwirkungen und 1365 Todesfällex. Ob Todesfälle unter den Impfversagensfällen waren oder ob zwischen diesen Fällen Beziehungen bestehen, wurde im Dokument nicht aufgeschlüsselt. Im selben Dokumentxi gibt Pfizer zu, dass die Dunkelziffer ungemeldeter Impfversagensfälle unbekannt ist.

Es war bekannt, dass die natürlich erworbene Immunität genauso gut bzw. stärker ist als, die durch das Produkt erworbene Immunitätxii xiii, und dass junge Menschen häufiger und schwerere Nebenwirkungen haben, obwohl sie praktisch nicht durch COVID-19 gefährdet warenxiv.

Ebenso war es kein Geheimnis, dass das Produkt bei immunsupprimierten Menschen nicht funktioniertxv, obwohl gerade diese Gruppe später zu den vulnerablen Gruppen zählte, die zum Beginn der Impfkampagne mit als Erste geimpft wurden.

In einem neunseitigen Fließtext im Post-Marketing-Bericht wurden über 1.000 verschiedene Nebenwirkungenxvi beschrieben, daher wurden mehr als 1.800 Vollzeitmitarbeiter von Pfizer nur für die Aufnahme und Bearbeitung der Nebenwirkungen neu eingestelltxvii. Da es nicht das erste Medikament ist, das Pfizer seit seinem Bestehen auf den Markt gebracht hat, hätte Pfizer auffallen müssen, dass etwas nicht stimmt, vor allem, weil so viele Nebenwirkungen in so kurzer Zeit gemeldet wurden. Es stellt sich somit die Frage, warum vor diesem Hintergrund überhaupt ein Antrag auf vorläufige Zulassung gestellt wurde und warum die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA trotz Vorabkenntnis dieser Nebenwirkungen und der hohen Anzahl an Impfversagensfällen die vorläufige Zulassung genehmigt hatxviii...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

4.

In dem bereits o.g. tkp.at-Artikel „Was Pfizer wusste“ heißt es weiter (**Zitat**):

„Die amerikanische Seuchenschutzbehörde CDC hat am **15. Juli 2022**, ohne Presseresonanz, den Passus, dass das Spike-Protein nicht lange im Körper verbleibt, gestricheniv. Damit scheint sich zu bestätigen, wovor schon seit Beginn der Anwendung

der modRNA-Präparate gewarnt wurde, nämlich eine lange Verweildauer des SpikeProteins im menschlichen Organismus und das in vollkommen unbekannter, unkontrollierbarer Konzentration.

Aus den das Spike-Protein betreffenden Patenten^y geht zweifelsfrei hervor, dass das Spike-Protein und somit COVID-19 nicht neu sind. COVID-19 ist ein Krankheitsbild, welches sich als Wirkung der Anwendung eines vielfach genetisch modifizierten und mindestens hundertfach patentierten Proteins^{vi} ergibt. Das Spike-Protein hätte nie als Zielprotein verwendet werden dürfen, denn bereits im Jahre 2016 steht im Virologielehrbuch „Fenner and White’s Medical Virology 5th Edition“, dass das SpikeProtein bekannt sei, aber sein Einsatz als Impfstoff keine langfristige Immunität bewirken kann, weil die Viren und vor allem ihre Spike-Proteine viel zu schnell mutieren.

Das Spike-Protein kann durch seine Toxizität zu massiven Zellschädigungen, Zellverschmelzungen, Apoptose (durch Signalwege gesteuerter „Selbstmord“ einer Zelle aufgrund einer Zellschädigung) bis zum kompletten Organversagen und Tod führen. Das Spike-Protein des Pfizer- Produktes (und auch des Moderna Produktes) ist angeblich genau wie das Spike Protein des original Wuhan-Virus aufgebaut und muss daher jede bisher bekannte Schädigung der Organe durch das Wuhan-Virus verursachen.

Wichtig: Während das Wuhan-Virus bei asymptomatischen und leichten Krankheitsverläufen bereits auf den Schleimhäuten der Atemwege neutralisiert und damit unschädlich wird, beruhen die symptomatischen und schweren Covid-19Krankheitsverläufe gerade auf der Überwindung dieser Barriere, also auf dem Eindringen des Virus einschließlich seiner toxischen Spike-Proteine in die inneren Organe³. Diese stark diskutierte Toxizität der Spike-Proteine wird somit durch die mRNA-Produkte in unkontrollierbarer Weise im gesamten Organismus denkbar und möglich. Die „Impfung“ kann somit ein Worst-Case-Szenario stimulieren, welches einer Sepsis (Blutvergiftung) ähnelt, einem SIRS⁴....“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

5.

Weiter heißt es in dem vorgenannten tkp.at-Artikel **(Zitat, Hervorhebungen teilweise hinzugefügt)**:

„... über die Verteilung der Injektion im Körper

Bekannt war auch, dass die Injektion nicht im Muskel verbleibt, sondern sich vor allem in Eierstöcken, Leber, Milz, den männlichen Fortpflanzungsorganen (Gonaden) und anderen lebenswichtigen Organen binnen 48 Stunden ansammelt, so dass in der Folge die schädlichen Spike-Proteine eben in diesen Organen produziert werden. Von Zellschädigungen durch die Spike-Proteine und durch Reaktionen des Immunsystems gegen die Spikes produzierenden Körperzellen in den entsprechenden Organen musste daher ausgegangen werden. Die Messung wurde jedoch bereits nach 48 Stunden beendet

und über eine langfristige Verteilung der Nanolipide liegen daher keine Daten vor^{xxv}, obwohl das für die Risikobewertung wichtig gewesen wäre.

Bereits seit 2013, lange vor der politisch erklärten COVID-19-Pandemie, war festgestellt worden, dass die Lipidnanopartikel (LNP), welche die Aufgabe besitzen, die mRNA in die Zellen zu transportieren, in die Eierstöcke gelangen und diese ebenfalls schädigen^{xxvi}.

Weil LNPs für die Behandlung von Hirntumoren entwickelt wurden^{xxvii}, ist es nur logisch, dass die COVID-19-mRNA-Impfstoffe nicht nur die Blut-Hirn-Schranke überwinden, sondern auch die Plazentaschranke überschreiten.

Des Weiteren liegen keine Sicherheitsdatenblätter der verwendeten Nanolipide (ALC0315, SM-102) für den pharmazeutischen Reinheitsgrad von den Herstellern (Merck, Evonik, Acuitas, Polynum) vor, weder auf der Webseite der herstellenden Firmen noch reagieren diese Firmen auf entsprechende Anfragen. Bei den bekannten

Sicherheitsdatenblättern für den biotechnologischen Reinheitsgrad wurde die LD50 (die Dosis, bei der die Hälfte der Versuchstiere stirbt) für die Injektion der Nanolipide nicht bestimmt. Es liegen nur LD50-Informationen vor, wenn man die Substanzen auf die Haut bekommt, verschluckt oder einatmet^{xxviii}. Die tödliche Dosis dieser Nanolipide bei Injektion ist also unbekannt und man weiß nicht, ob der Effekt kumulativ ist, falls die Nanolipide vom Organismus nicht oder nur langsam abgebaut werden. Diese Informationen wären jedoch überlebenswichtig, wenn weitere Impfungen auf diese Technologieplattform umgestellt werden sollten. Eine Bestimmung der Konzentration der Nanolipide im menschlichen Blut ist aktuell nicht möglich, da die Firmen keinen Wert darauf gelegt haben, entsprechende Nachweisverfahren zu entwickeln, und diese Messungen somit auch nicht durchgeführt haben. Es liegen auch keine Aussagen über die Zerfallsprodukte der LNPs vor, bzw. deren LD50 Werte.

Es erfolgten des Weiteren keine Genotoxizitätsstudien, keine pharmakokinetischen Studien, keine Studien zur Carcinogenität, keine Studien zur Immunotoxizität, keine Studien zur Übertragung des Produktes oder Teile dessen durch die Muttermilch auf die Babys^{xxix}. Des Weiteren erfolgten keine Studien bezüglich männlicher Fruchtbarkeit^{xxx} und Spermien^{xxxi}. Dabei wusste Pfizer, dass bei dieser Art Impfung Antikörper gegen Spermien gebildet werden können, die Spermien als Invasoren erkennen und vernichten können^{xxxii}.“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

6.

Und weiter heißt es ebenda **(Zitat)**:

„... über Shedding

Shedding ist die Übertragung von Bestandteilen des Produktes von Geimpften auf Ungeimpfte. Auch bezüglich Shedding wusste Pfizer darüber Bescheid, dass ein geimpfter Mann seine Sexualpartnerin durch Körperflüssigkeiten oder Hautkontakt

Bestandteilen des Produktes aussetzen kann. Über das Risiko von Shedding zweiten Grades hatte Pfizer ebenfalls Kenntnis, denn wenn eine Person, die Kontakt zu einer geimpften Person hatte und anschließend Kontakt zu einer Schwangeren, musste das im Rahmen der Studie gemeldet werden^{xxxiii}...“ (Zitat Ende) Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

In diesem Kontext ist zu beachten, dass in § 21 S. 1 IfSG eine Regelung enthalten ist, die ein solches Shedding dennotwendig voraussetzt und unter den dort genannten Voraussetzungen für legal erklärt (**Zitat**):

„Bei einer auf Grund dieses Gesetzes angeordneten oder einer von der obersten Landesgesundheitsbehörde öffentlich empfohlenen Schutzimpfung oder einer Impfung nach § 17a Absatz 2 des Soldatengesetzes dürfen Impfstoffe verwendet werden, die Mikroorganismen enthalten, **welche von den Geimpften ausgeschieden und von anderen Personen aufgenommen werden können.**“

Zu der Frage des Shedding soll hier aber kein Beweis erhoben werden, damit nicht über Nebenkriegsschauplätze vom Wesentlichen abgelenkt werden.

Bei Shedding müsste man zwischen Giften und infektiösen Agentien unterscheiden. Solange sich die mRNA-Impfstoffe nicht im Körper des Shedding-Empfängers vermehren können, wie es bei den gegenwärtig angewandten und hier streitgegenständlich Geninjektionen wohl der Fall ist, müsste schon die gesamte toxische Dosis übertragen werden. Im Gegensatz dazu reicht natürlich bei einem infektiösen Agens die Übertragung einer sehr geringen Menge aus.

Nach der Ansicht zahlreicher Experten – wie Dr. Michael Palmer – ist die durch Comirnaty ausgelöste Immunreaktion für die Injektionsschäden hauptverantwortlich. Hierzu sei besonders auf das Kapitel „Immunologische Mechanismen der Schädigung durch mRNA-Impfstoffe“ im o.g. Buch von Dr. Michael Palmer et al. (**Anlage 2 A**, dort ab Seite 48) verwiesen.

Vor dem Hintergrund dieser immunologischen Schädigungs-Mechanismen der modRNA-Injektionen können diese schlicht nicht sicherer gemacht werden, selbst wenn die DNA beseitigt, das Methyl-Pseudouridin weggelassen, bessere Lipide gebastelt oder weniger giftige und "besser designte" Impfantigene als Spike verwendet werden.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Michael Palmer, 364 Anatolin Place, Waterloo N2L 5G8, Ontario, Kanada, Mail: mpalmer@posteo.net

In diesem Kontext wird wegen des Wohnsitzes des Zeugen Dr. Michael Palmer in Kanada gem. § 128 a Abs. 2 ZPO beantragt zu gestatten, dass sich Herr Dr. Michael Palmer während seiner Einvernahme an einem anderen Ort aufhält und die Vernehmung zeitgleich in Bild und Ton an diesen Ort und in das Sitzungszimmer zu übertragen.

7.

Und weiter **(Zitat)**:

„... über Versuche an Kindern

Die Studien zur Kinderzulassung wurden in 65 Versuchszentren durchgeführt. Von den 4.526 rekrutierten Kindern brachen 3.000 Kinder die Studie aus nicht veröffentlichten Gründen ab. Das sind rund 66 %. Wie viele dieser Kinder noch leben und gesund sind, ist unbekannt^{xxxiv}. Die UK Regierung hat das Impfprogramm für Kinder unter 11 Jahren zu Ende August eingestellt. Ausgenommen sind Kinder mit Vorerkrankungen ^{xxxv}.

Am 19.10.2022 genehmigte ein CDC Gremium einstimmig diese experimentelle Behandlung mit dem bivalenten Produkt für die routinemäßige Behandlung von Kleinkindern, obwohl die entsprechende klinische Studie NCT05543161 erst am 23.09.2022 startete und frühestens am 18.02.2025 beendet sein wird und somit noch keinerlei Daten zum Sicherheitsprofil des Produktes vorliegen können ^{xxxvi xxxvii}. Die EMA empfahl am selben Tag das alte Produkt für das mittlerweile ausgestorbene Original-Wuhan-Virus für Kinder ab 6 Monaten freizugeben ^{xxxviii}.

Die Folge der Freigabe dieses Produktes durch die CDC für den routinemäßigen Impfplan für Kinder ist, dass durch diesen Beschluss die Hersteller in den USA langfristig von jeder Haftung für Schäden durch ihr Produkt sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen befreit werden^{xxxix}. Dabei war zum Zeitpunkt der Genehmigung durch die CDC die Studie zu diesem nun genehmigten bzw. empfohlenen Produkt noch in der Phase der Rekrutierung der Probanden. Kinder in den USA erhalten das bivalente Produkt somit möglicherweise vor den Teilnehmern der Studie aber ohne die damit einhergehende Beobachtung und Betreuung.“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

8.

Und schließlich heißt es ebenda noch **(Zitat)**:

„Einige weitere sicherheitsrelevante Fragen, die sich stellen ...

Es stellt sich auch die Frage, wie es kommt, dass vier Firmen (AstraZeneca, Johnson & Johnson, Moderna, Pfizer/BioNTech) das identische modRNA-Konstrukt bzw. Protein verwenden, wenn sie es doch angeblich alle eigenständig entwickelt haben und die natürliche Immunreaktion des Menschen deutlich breiter aufgestellt ist und auch Antikörper gegen das Kapsid, d.h. auch gegen die Virushülle, bildet, was man sogar im BioNTech-Rundschreiben vom **13.09.2021** lesen kann, Zitat:

“Während sich bei Geimpften nur Antikörper gegen das Spike-Protein detektieren lassen, sind im Serum von Genesenen auch Antikörper gegen andere Proteine des SARS-CoV2-Virus zu finden”^{xl}.

Warum haben alle vier Firmen den gleichen offensichtlichen Fehler begangen, ein bekanntermaßen für den Organismus schädliches Protein, bzw. in Bezug auf die angestrebte Immunität untaugliches Protein zu verwenden? **Sowohl den beteiligten Firmen als auch den nationalen Regierungen war von Anfang an klar, dass es sich bei dieser Produktgruppe um Gentherapien handelt und die Umdefinition in Impfungen rein juristischer Natur war, denn 1999 galten „Impfungen“ mit Adenoviren noch als klassische Gentherapie. Der heutige Chef des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI), Klaus Cichutek, war damals mit an der Aufklärung eines spektakulären Todesfalls durch Zytokinsturm wegen Gentherapie mit Adenoviren beteiligt^{xli}. Die Bundesregierung hingegen bewarb noch 2012 ein Forschungsprojekt zur Gentherapie mit mRNA-„Impfstoffen“ in ihrem Forschungsnewsletter. In diesem Newsletter kann man klar nachlesen, dass diese Art der Gentherapie auch über Monate und Jahre im Körper aktiv bleiben kann, was bei der beworbenen Gentherapie von Mukoviszidose auch gewollt war. Das war bereits 2012 bekannt und wird nun bezüglich der Corona-„Impfungen“ geleugnet^{xlii}. An dieser Stelle fragt man sich auch, was aus diesen mRNA-Experimenten von 2012 wurde und warum diese Mukoviszidose-Therapie bis heute nicht erhältlich ist, wenn es doch bei den Corona-„Impfungen“ binnen eines Jahres möglich war, sie zumindest vorläufig bedingt zuzulassen.**

Einige Passagen des Sicherheitsdatenblattes^{xliii} der Firma Pfizer zu Comirnaty lassen aufhorchen. Warum muss jemand, der das Produkt aus Versehen einatmet, Zitat:

„ ... an die frische Luft gebracht werden und sofort ärztliche Hilfe herbeigezogen werden.“
Warum steht im Sicherheitsblatt, Zitat:

„Für alle Tätigkeiten, bei denen dieses Material verwendet wird, müssen Maßnahmen zur Verhinderung von Freisetzen und zum Schutz vor Exposition festgelegt werden.“ Es wird doch injiziert, ist denn eine höhere Exposition denkbar als bei einer Injektion?

Was impliziert der Satz, Zitat:

„Wenn die Betriebs- und Handhabungsbedingungen zu einer Freisetzung in die Luft führen, ist ein geeignetes Atemschutzgerät mit einem Schutzfaktor zu tragen, der ausreicht, um die Exposition zu kontrollieren.“

Diese Anweisungen bei einem Produkt, welches Menschen wiederholt injiziert wird, sind mehr als beunruhigend...“ (**Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

9.

Dass DNA kein Spielzeug ist, das hat Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer in ihrer bereits o.g., am 23.1.2024 veröffentlichten Analyse (Anlage 5) eindrucksvoll unter Beweis gestellt.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, wie vor

10.

Seit langem ist bekannt, dass wiederholte Impfungen Toleranz gegen das geimpfte Pathogen verursachen und damit längere Krankheiten und häufigere Infektionen.

Nachgewiesen wurde das durch das Auftreten der IgG4 Antikörper bei wiederholten Grippe Impfungen. Solche Effekte wurden mittlerweile auch bei Impfung mit den mRNA-Präparaten nach zwei oder drei Dosen bestätigt. Eine neue Studie belegt wieder, dass das Problem spezifisch für die gentechnische mRNA Technologie ist und wahrscheinlich durch die unbegrenzte Verweildauer der Spikes im Körper gefördert wird.

<https://tkp.at/2024/01/23/negative-auswirkungen-von-mrna-praeparaten-durch-erzeugung-von-igg4-antikoerpern-bestaetigt-durch-neue-studie/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von N.N. (Experte wird bei Bedarf benannt)

VI. Das systematische Versagen der Arzneimittelaufsichtsbehörden

Wo waren die STIKO, das PEI, das RKI und die EMA? – Warum die Stellen, die die Arzneimittelsicherheit gewährleisten soll(t)en, systematisch versagt haben

Bereits in den Vorbemerkungen einige Artikel genannt, die ein bezeichnendes Licht auf die systematische Vertuschungsarbeit gerade des PEI und des RKI werfen.

Im Hinblick auf die Außerkraftsetzung von für die Arzneimittelsicherheit wesentlichen Vorschriften des AMG durch die Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung – MedBVSV und die Ermächtigung zuständiger Behörden zum Verzicht auf wesentliche Vorschriften zur Qualitätssicherung gemäß Arzneimittel- und Wirkstoffherstellerverordnung (AMWHV), die die Kollegin Dr. Brigitte Röhrig in ihrem Buch „Die Corona-Verschörung“ ab Seite 155 ausführlich behandelt, gelangt auch sie zu der Schlussfolgerung (Zitat):

„Wie kommen Politik, PEI, RKI sowie STIKO bei dieser Gesetzeslage zu der Aussage, es handle sich bei den Arzneimitteln (Anmerkung: in diesem Kontext sind die Covid-19-Injektionen gemeint) um sichere Arzneimittel von überprüfter Qualität?“

Das systematische Versagen von RKI und PEI hat auch dadurch einen besonders unrühmlichen Höhepunkt gefunden, dass Vertreter des RKI und des PEI im dringenden Verdacht stehen, in den beiden schließlich verbundenen Wehrbeschwerdeverfahren vor 1. Wehrdienstsenat des BVerwG zu BVerwG 1 WB 2.22 und BVerwG 1 W-VR 1.22 sowie BVerwG 1 WB 5.22 und 1 W-VR 3.22 wider besseres Wissen und damit vorsätzlich falsche Aussagen getätigt zu haben, was dann in der Folge zur Zurückweisung der unter diesen Aktenzeichen anhängigen Wehrbeschwerden beigetragen hat, die sich gegen die Covid-19-Duldungs- bzw. Injektionspflicht der Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr richteten.

Das Scheitern dieser Wehrbeschwerdeverfahren, das direkte Konsequenzen für ca. 200.000 Soldaten und Reservisten hatte, war offensichtlich auch das Ziel, das mit diesen Falschaussagen verfolgt worden ist.

Zur Vermeidung von Wiederholungen möchte ich insofern im Übrigen verweisen auf

meine Strafanzeige an die StA Leipzig vom 19.2.2024, die ich hier

Anlage K 8

überreiche, sowie

meinen Schriftsatz an das BVerwG vom 16.1.2024, den ich hier als

Anlage K 9

überreiche.

Das völlige Versagen der staatlichen Aufsicht über die Industrie ist von allen kritischen Portalen erkannt und auch entsprechend gewürdigt worden, siehe u.a.:

<https://tkp.at/2023/01/20/corona-impfstoffe-zeigen-das-voellige-versagen-staatlicher-aufsicht-ueber-die-industrie/>

<https://tkp.at/2024/02/21/ema-zu-dna-verunreinigungen-glaubt-uns-einfach-nicht-relevant-evidenz-unnoetig/>

<https://tkp.at/2023/10/06/c-impfungen-betrug-oder-inkompetenz/>

Zum Beweis der Behauptung, dass

sich das PEI, die EMA und die Fa. BioNTech seit Monaten weigern, die Anfragen von fünf Chemieprofessoren zu grundlegenden Fragen der Sicherheit der Covid-19-Injektionen zu beantworten, insbesondere dazu, wie die Inhalte der Covid-19-Injektionen untersucht wurden und werden,

wird die Ladung des sachverständigen Zeugen

**Prof. Dr. Jörg Matysik,
zu laden über die Universität Leipzig, Linnéstraße 3, 04103 Leipzig**

beantragt.

Zum Profil von Prof. Matysik:

Jörg Matysik studierte Chemie an der Univ. Essen, wo er sein Chemie-Diplom (1992) in der Gruppe von Prof. B. Schrader erhielt. Für seine Promotion (1995) untersuchte er Photorezeptoren mit Raman-Spektroskopie am MPI Strahlenchemie in Mülheim in der Gruppe von Prof. P. Hildebrandt. Als JSPS- und Humboldt-Stipendiat arbeitete er mit Raman-Spektroskopie an Häm-Proteinen in der Gruppe von Prof. T. Kitagawa am Institut für Molekühlwissenschaften in Okazaki. Von 1997 bis 2012 war er an der Univ. Leiden. Zunächst arbeitete er in der Festkörper-NMR-Gruppe von Prof. H. de Groot, später wurde er Assistenzprofessor. Seit 2013 ist er Professor für Analytische Chemie an der Univ. Leipzig.

Matysik ist Träger der Jonge Chemici (2001) & Vidi Preise (2003). Er ist Mitglied des International Spin-Chemistry Committee und Mitherausgeber der Zeitschrift "Applied Magnetic Resonance". Er war Vorsitzender der COST-Aktion TD1103 und ist seit 2021 Vorsitzender der Fachgruppe Magnetische Resonanz der GDCh.

Quelle:

<https://www.uni-leipzig.de/personenprofil/mitarbeiter/prof-dr-joerg-matysik>

Begründung:

Die Erfahrungen, die mehrere Chemieprofessoren in den letzten Monaten im Zusammenhang mit ihren Anfragen an das PEI, die EMA und die Fa. BioNTech zu sicherheitsrelevanten Aspekten der Covid-19-Injektionen gemacht haben, hat Prof. Matysik in seinem „Blog“, abrufbar unter

<https://www.cidnp.net/blog>

zusammengefasst, wobei die angegebenen Bezugsquellen im Blogtext verlinkt sind.

Vor diesem Hintergrund erlaube mir ein paar weitere Anmerkungen zur EMA, zum PEI und zum RKI:

1.

Die EMA

1.1

Zunächst sei nochmals auf das Schreiben der EMA vom 18. Oktober 2023 hingewiesen, mit welchem diese auf Anfrage einer Gruppe von EU-Parlamentariern bestätigt, **dass die sog. COVID-19-„Impfstoffe“ niemals für die Verhinderung der Übertragung des Virus von Mensch zu Mensch zugelassen worden sind.**

Mit anderen Worten: Die so lange Zeit mit so großem Nachdruck verbreitete Behauptung, die Covid-19-Injektionen würden einen Fremdschutz bewirken, war von allem Anfang an eine vorsätzliche Lüge, da sie nie für diesen Zweck zugelassen worden sind.

In dem vorgenannten Schreiben vom 18.10.2023 heißt es unter 1. (Zitat):

„1. Die zugelassenen Indikationen

Sie stellen fest, dass die Impfstoffe aufgrund der zugelassenen Indikationen "nur Personen verabreicht werden sollten, die einen persönlichen Schutz suchen, und dass sie nicht zur Verringerung der Übertragung oder der Infektionsraten (Übertragungskontrolle) zugelassen sind". Sie stellen auch fest, dass die zugelassene Indikation nicht mit den Verwendungszwecken übereinstimmt, die von "Pharmaunternehmen, Politikern und Angehörigen der Gesundheitsberufe" propagiert werden.

Sie haben in der Tat Recht, wenn Sie darauf hinweisen, dass COVID-19-Impfstoffe nicht zur Verhinderung der Übertragung von einer Person auf eine andere zugelassen sind. Die Indikationen dienen nur dem Schutz der geimpften Personen.

Aus der Produktinformation für COVID-19-Impfstoffe geht eindeutig hervor, dass die Impfstoffe für eine aktive Immunisierung zur Verhinderung von COVID-19 bestimmt sind. Darüber hinaus wird in den Bewertungsberichten der EMA über die Zulassung der Impfstoffe darauf hingewiesen, dass keine Daten zur Übertragbarkeit vorliegen.“ (Zitat Ende, übersetzt mit www.DeepL.com/Translator)

Quelle:

<https://t.me/renateholzeisen/16017>

Die Pressekonferenz einiger EU-Parlamentarier zu diesem Skandal kann in dem YouTube-Video mit dem Titel „**press conference on the letter from EMA, by Forum for Democracy in the European Parliament**“ abgerufen werden, siehe:

<https://www.youtube.com/watch?v=9L3xxE8AGqE>

Damit bestätigt die EMA faktisch, dass die Covid-19-„Impfpflicht“ ein illegaler off-label use war und – bezogen auf die Covid-19-Duldungspflicht der Soldaten – immer noch ist.

Warum sind die Verantwortlichen der EMA dennoch nie dagegen vorgegangen?

1.2

Die Löschung von Daten zu „Impf“-Nebenwirkungen aus der EMA-Datenbank EudraVigilance:

So heißt es in einem Artikel auf transparenztest.de vom 27.3.2023 mit dem Titel „**EMA löscht auffallend viele Reports zu schweren Covid Impfnebenwirkungen**“ u.a. (Zitat):

Die Europäische Arzneimittel Agentur EMA hat nach Auswertung der Gruppe Impfnebenwirkungen bisher eine hohe Zahl an Verdachtsfall-Reports zu Covid Impfnebenwirkungen offensichtlich gelöscht. Anzahl und auch Anteil der gelöschten Reports liegen hoch.

Aktuell - am 20.03.23 - liegt der Anteil gelöschter Reports in Prozent wie folgt:

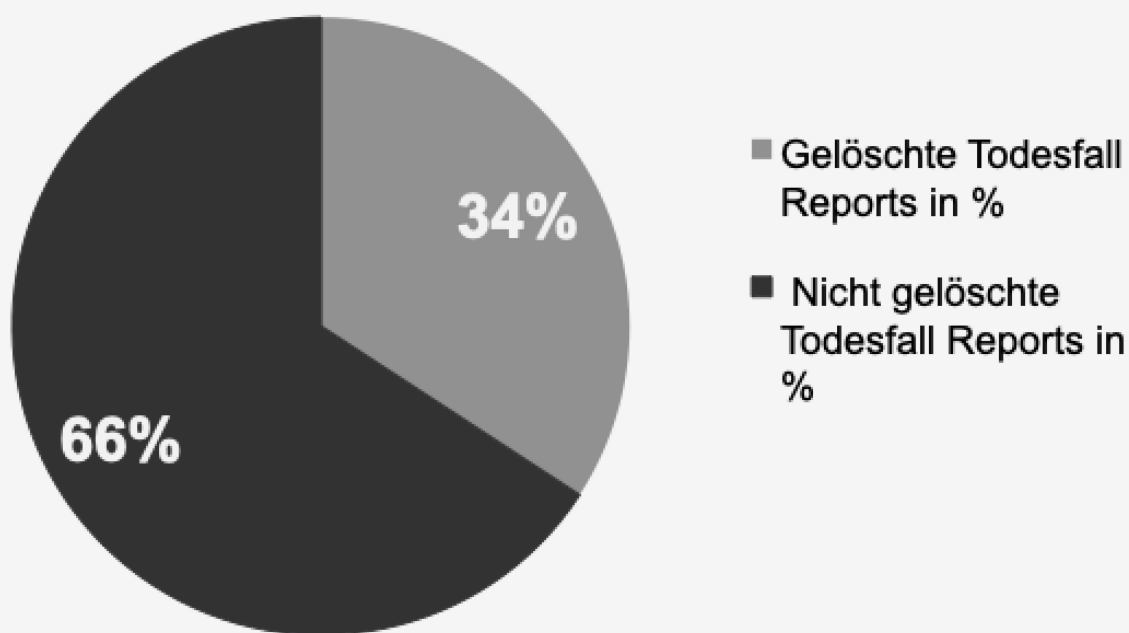
- 34% Todesfälle
- 30% Lebensbedrohliche Fälle
- 23% Andauernde Folgeleiden
- 25% Krankenhausaufenthalt

Bei den einzelnen Krankheiten liegt der Anteil an gelöschten Reports noch höher. Hier der Anteil der Löschungen für ausgewählte Erkrankungskategorien in den EWR Ländern:

- 45% Myokarditis
- 33% Blutgerinnungsstörungen
- 32% Infarkte

Anteil gelöschter EMA Verdachtsfall-Reports zu Todesfällen

EMA - Anteil gelöschter Reports Todesfälle Covid Impfung



Transparenztest.de, Rohdaten: EMA ADR Reports Covid Impfung lt. Corona Datenanalyse, Anteil gelöschter ADR Reports Todesfälle in EWR Ländern 20.03.23

Von insgesamt ursprünglich 17.951 EMA Verdachtsfall-Reports zu Todesfällen sind derzeit nur noch 11.819 Reports in der EudraVigilance Datenbank gelistet. Offensichtlich wurden 6.132 Reports zu Todesfällen gelöscht. Dies entspricht einem Anteil von 34%.

Hoher Lösungsanteil widerspricht bisherigen EMA Vorgaben zur Löschung

Nach den Angaben der EMA werden Fälle gelöscht, wenn diese als Duplikate erkannt oder vom ursprünglichen Melder, der übermittelnden Behörde oder dem meldenden Hersteller als ungültig zurückgezogen wurden.

EMA EudraVigilance Datenbank Webseite:

"Die auf dieser Internetseite enthaltenen Daten spiegeln die von den zuständigen nationalen Behörden und pharmazeutischen Unternehmen vorgelegten Berichte wider. Diese können duplizierte Informationen enthalten. Die EMA prüft die Berichte im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Bewertung und dazu gehört auch die Identifizierung von Duplikaten."

Auffällig: Die große Anzahl und die ungleiche Verteilung der gelöschten Fälle steht jedoch im Widerspruch zu der Deutung als zufällige Fehler. Es ist zudem kaum glaubwürdig, dass es so viele Duplikate gibt. Auch zurückgezogene Reports durch meldende Einrichtungen werden nur selten vorkommen.

Hohe Anzahl gelöschter EMA Reports zu Covid Impfnebenwirkungen

Am 20.03.23 fehlen in der EMA Datenbank insgesamt 205.773 gelöschte Reports zu Covid Impfnebenwirkungen. Davon sind 92.900 Löschungen zu schweren Nebenwirkungen, 8.497 zu lebensbedrohlichen Zuständen und 6.132 zu Todesfällen. Die Löschungen beziehen sich auf die EWR Länder.

Diese Zahlen gehen aus den Datensätzen vom 20.03.23 der Gruppe Impfnutzenwirkungen.net hervor. Diese Gruppe wertet seit Beginn der Covid Impfung systematisch die an die EMA gemeldeten Verdachtsfälle auf Grundlage der EMA Rohdaten und ADR Reports aus.

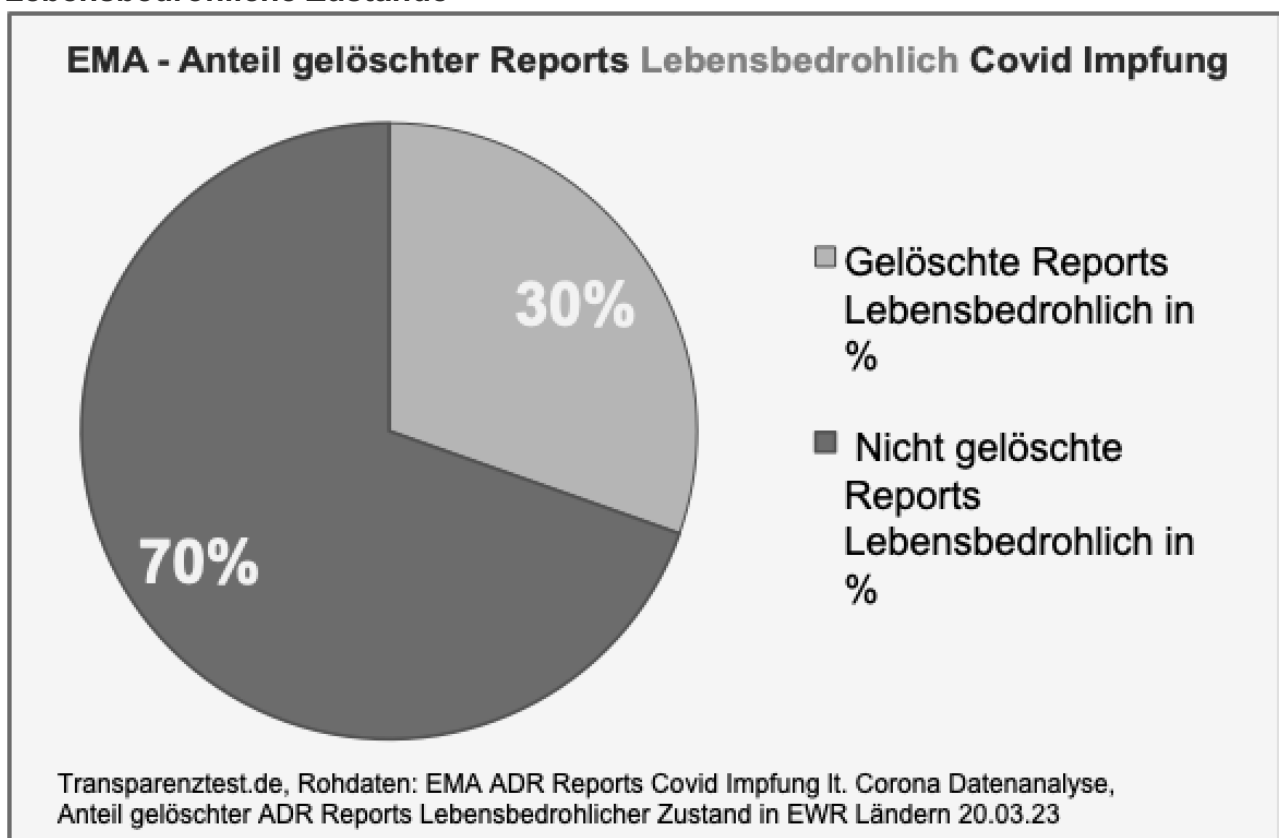
EudraVigilance ist die Datenbank für Arzneimittelnebenwirkungen der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA). Anders als in den Sicherheitsberichten der nationalen Arzneimittelbehörden besteht in diesem Webinterface die Möglichkeit, die einzelnen Nebenwirkungsfälle in einer Tabelle, dem Line Listing Report, herunterzuladen. Die gelöschten Reports ergeben sich aus der Differenz aller ursprünglich bei der EMA gelisteten Reports und der noch gelisteten Reports.

Die in diesem Artikel genannten Zahlen beziehen sich nur auf die EWR Länder.

Im folgenden stellt **Tt** für ausgewählte Kategorien die Anteile der gelöschten zu allen Nebenwirkungsreports der EWR Länder grafisch dar. Datenstand ist der 20.03.23. Rohdaten bzw. herunter geladene Reports kommen von der EMA. Die Auswertung erfolgte durch die Gruppe Impfnutzenwirkungen bzw. Corona Datenanalyse.

Anteil gelöschter Verdachtsfall-Reports für schwere Covid Impfnutzenwirkungen

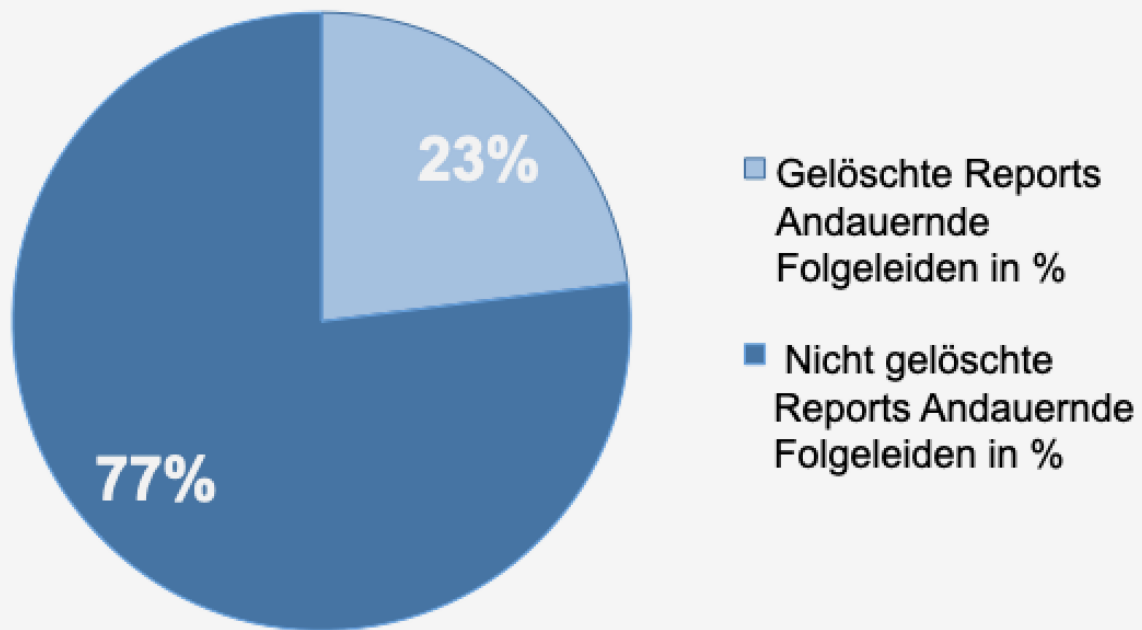
Lebensbedrohliche Zustände



Von insgesamt ursprünglich 27.931 EMA Verdachtsfall-Reports zu lebensbedrohlichen Zuständen sind derzeit nur noch 19.434 Reports in der EudraVigilance Datenbank gelistet. Offensichtlich wurden 8.497 Reports zu lebensbedrohlichen Zuständen gelöscht. Dies entspricht einem Anteil von 30%.

Andauernde Folgeleiden

EMA - Anteil gelöschter Reports **Andauernde Folgeleiden** Covid Impfung

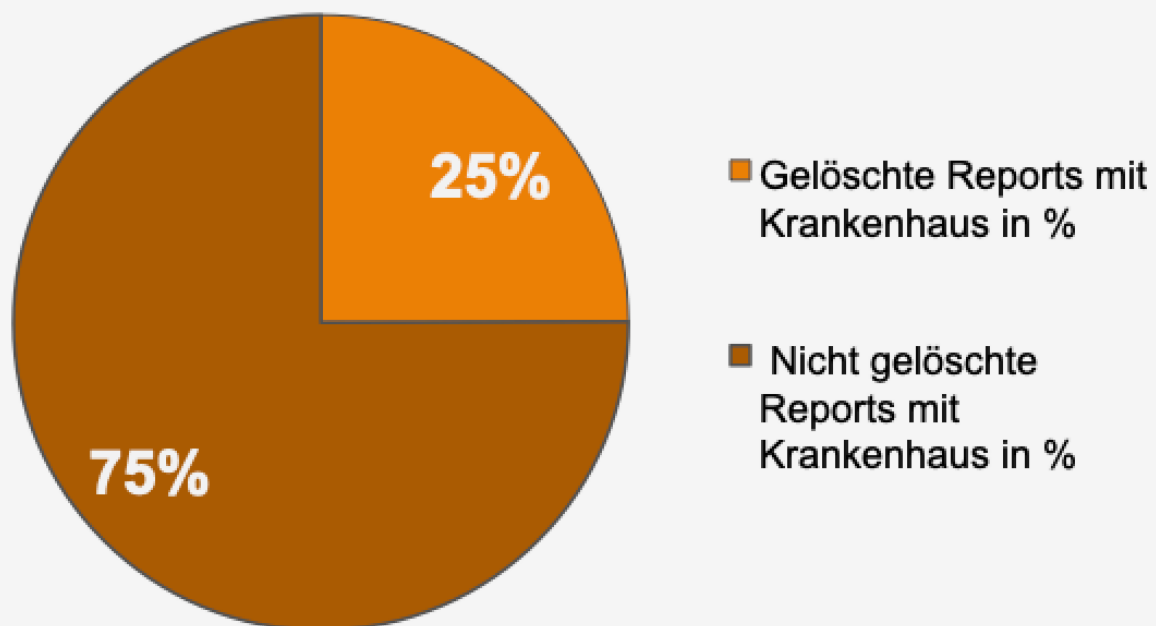


Transparenztest.de, Rohdaten: EMA ADR Reports Covid Impfung lt. Corona Datenanalyse, Anteil gelöschter ADR Reports Andauernde Folgeleiden in EWR Ländern 20.03.23

Der Anteil gelöschter Verdachtsfall-Reports zu "Andauernde Folgeleiden" nach Covid Impfung entspricht 23% an allen Reports hierzu.

Krankenhaus

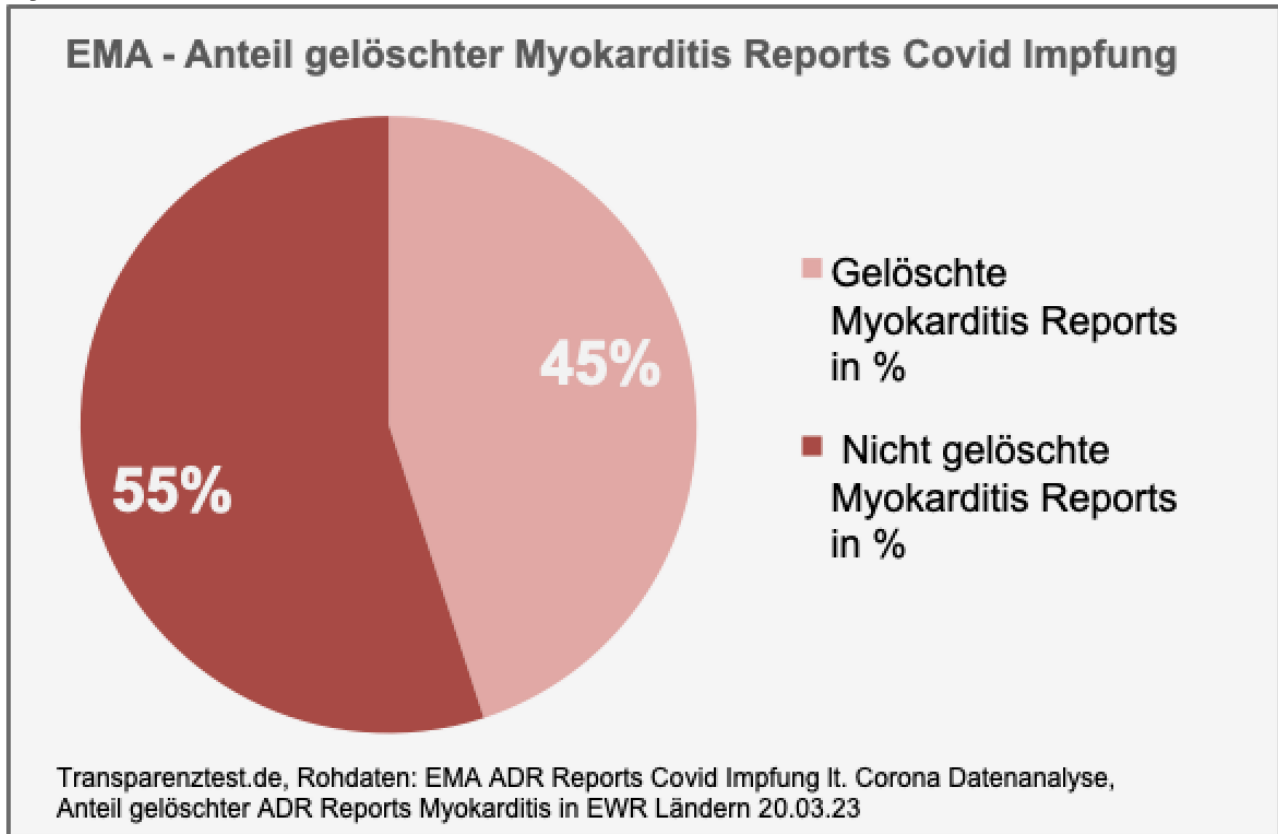
EMA - Anteil gelöschter Reports Krankenhaus Covid Impfung



Transparenztest.de, Rohdaten: EMA ADR Reports Covid Impfung lt. Corona Datenanalyse, Anteil gelöschter ADR Reports Krankenhausaufenthalt in EWR Ländern 20.03.23

Von insgesamt ursprünglich 120.846 EMA Verdachtsfall-Reports zu Nebenwirkungen, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten, sind derzeit nur noch 90.951 Reports in der EudraVigilance Datenbank gelistet. Offensichtlich wurden 29.895 Reports zu lebensbedrohlichen Zuständen gelöscht. Dies entspricht einem Anteil von 25%.

Myokarditis



Von insgesamt ursprünglich 11.447 EMA Verdachtsfall-Reports zu Myokarditis sind derzeit nur noch 6.217 Reports in der EudraVigilance Datenbank gelistet. Offensichtlich wurden 5.230 Reports zu lebensbedrohlichen Zuständen gelöscht. Dies entspricht einem Anteil von 45%.

Die EMA Meldungen zu Myokarditis liegen zudem weit unter den Meldungen der US VAERS Impfdatenbank, die derzeit 26.636 Myokarditis Fälle aufzeichnet. Auch bei US VAERS wurden jedoch massiv vorher Reports zu Myokarditis gelöscht. Dennoch weist VAERS vielfach mehr Myokarditis Fälle auf als die große EMA Datenbank.

Im folgenden ist die Übersicht der Anteil der gelöschten Reports über alle wichtigen Kategorien zu finden.

Anteil der von der EMA gelöschten Reports zu Covid Impfnebenwirkungen in Prozent für die EWR Länder

Kategorie/Reaktionskomplex	BioNTech	AstraZeneca	Moderna	Janssen	Novavax	gesamt
Alle Fälle	11,4	11,2	8,8	10,3	8,9	10,9
Ernst	18,7	20,6	19,3	13,5	18,7	18,9
Führte zum Tode	32,7	37,8	37,1	40,2	0,0	34,2
Lebensbedrohlich	29,4	33,9	30,2	28,4	29,6	30,4
Hospitalisierung	24,5	26,1	24,1	25,7	25,7	24,7
Behindernd	24,4	22,4	19,9	16,4	21,2	23,0
Impfstoff-Allergie	26,5	25,5	18,5	18,1	14,3	25,1
Amputation	26,5	28,0	16,7	0,0	0,0	25,6
Herzrhythmusstörungen	14,1	12,5	10,8	9,6	10,9	13,2
Autoimmunerkrankung	20,5	25,3	18,3	11,4	37,5	20,6
Erblindung	29,0	30,7	30,3	31,2	0,0	29,6
Störung der Blutgerinnung	29,2	38,1	23,5	39,5	25,0	32,7
Störung des Blutsauerstoffs	28,0	14,8	22,9	21,3	25,0	24,3
Gehirnerkrankung	19,7	20,7	17,0	20,0	14,6	19,5
COVID-19	6,1	11,1	2,4	5,9	9,1	6,8
Krebs	27,2	29,9	19,1	38,7	50,0	26,8
Herzinsuffizienz	22,1	0,0	0,0	14,3	0,0	16,9
Herz-Kreislauf-Störung	16,9	15,4	13,3	14,9	10,5	16,1
Bewusstseinsstörung	11,2	11,5	8,1	10,7	9,5	10,7
Nervensystem-Funktionsstörung	15,9	16,3	13,1	14,5	12,4	15,5
Lähmung	23,9	30,1	21,0	28,2	30,0	24,5
Koronare Herzkrankheit	26,7	30,4	22,4	31,8	0,0	27,0
Gehörverlust	24,2	23,0	29,1	34,1	0,0	25,1
Diarrhöe	11,4	10,9	8,3	11,1	10,8	10,9
Dysphagie	21,6	23,7	16,0	25,3	22,2	21,3
Atemnot	17,5	15,6	13,9	14,8	8,5	16,5
Embolie	26,5	32,6	23,3	29,5	37,5	27,7
Enzephalitis	32,6	28,8	23,8	27,3	0,0	30,7
Epilepsie	27,0	28,1	25,8	22,6	0,0	26,9
Hämorrhagie	18,7	21,6	14,0	24,7	10,0	19,0
Herpes zoster	9,1	8,1	7,7	7,8	0,0	8,8
Infarkt (ohne Herzinfarkt)	30,8	34,7	32,9	31,7	0,0	31,9
Influenza	2,6	1,9	1,1	1,3	2,9	2,0
Grippeähnliche Erkrankung	11,0	9,2	7,8	9,8	7,3	9,7
Ischämie	31,7	32,5	28,0	44,4	0,0	32,0
Bewusstseinsverlust	20,9	20,4	19,0	13,1	25,7	20,0
Lungenerkrankung	19,7	18,9	18,0	19,8	15,0	19,3
Lupus erythematosus	26,2	32,1	16,3	10,0	50,0	25,7
Borreliose	27,8	15,4	30,9	23,5	0,0	26,0
Meningitis	21,6	16,2	19,8	23,8	0,0	20,4
Menstruationsstörung	7,3	12,3	5,6	9,9	7,1	7,3
Migräne	14,0	14,3	11,6	13,5	19,4	13,7
Syndrom der multiplen Organdysfunktion	34,3	45,7	31,7	55,2	0,0	37,2
Multiple Sklerose	20,4	18,1	14,7	20,0	0,0	19,4
Mykobakterielle Infektion	35,0	0,0	100,0	0,0	0,0	33,3
Myelitis	32,3	36,8	29,6	37,6	0,0	33,8
Myokarditis	44,8	49,0	44,9	46,6	66,7	45,0
Nekrose	32,3	32,6	29,8	33,3	0,0	32,0
Neuritis	23,6	24,2	27,3	22,0	0,0	24,1
Andere Herzkrankheit	23,1	21,9	19,4	24,2	7,5	22,4
Herpes-assoziierte Erkrankung (außer Zoster)	11,2	11,3	11,3	12,8	5,9	11,2
Perikarditis	32,6	35,3	28,6	28,2	38,9	31,9
Pneumonie	28,4	27,2	25,5	35,5	0,0	28,1
Schwangerschaftsunterbrechung	24,8	32,2	20,8	10,0	0,0	24,5
Nierenschaden	22,2	23,1	18,3	23,4	10,0	21,8
Skrotale Affektion	9,1	33,3	0,0	0,0	0,0	11,3
Beeinträchtigung des Spermas	11,4	33,3	7,7	0,0	0,0	16,2
Hoden-Affektion	14,7	11,6	17,0	25,0	0,0	15,4
Sepsis	34,1	37,1	41,5	31,8	0,0	35,5
Krampfleiden	18,8	17,3	16,5	14,2	0,0	17,9
Staphylokokken-Infektion	22,2	44,4	0,0	0,0	0,0	22,5
Streptokokken-Infektion	23,1	16,7	11,1	40,0	0,0	22,4
Schlaganfall	26,3	32,6	25,0	33,3	50,0	27,7
Syphilis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Thrombose	26,7	32,9	21,6	38,2	18,2	28,7
Zittern	18,9	13,5	13,7	12,8	22,2	16,2
Unerwarteter Tod	34,7	37,9	39,9	43,8	0,0	36,1
Beeinträchtigung der weiblichen Geschlechtsorgane	11,6	14,7	9,2	11,2	0,0	11,3
Gefäßkrankheit	21,1	15,2	22,2	21,1	0,0	19,8
Gefäßverschluss	26,6	28,6	31,4	31,0	0,0	27,9
Kammerflimmern	21,7	24,5	20,5	27,8	40,0	22,0
Erbrechen	12,2	11,5	9,7	9,9	10,0	11,5
Sehstörungen	18,9	18,9	15,8	16,7	21,4	18,4

Geringe EMA Erfassungsrate: Nur ein Teil der nationalen Meldungen kommt bei der EMA tatsächlich an

Die EMA kann nur Reporte löschen die bei der EMA auch ankommen.

Die Reporte zu Covid Impfnebenwirkungen werden jedoch von den nationalen Behörden offensichtlich schon vorsortiert bevor sie an die EMA gemeldet werden. Die Gruppe Impfnebenwirkungen berichtet, dass die weitergeleiteten Reports nur 45% aller in den nationalen Datenbanken gelisteten Reports entspricht.

"EWR-weit ergab sich eine Erfassungsrate von 45%, d.h. nur 45% der in den nationalen Behörden berichteten Fällen stehen auch bei der EMA zur Verfügung. Die EudraVigilance enthält also keinen vollständigen Eindruck aller erfassten Nebenwirkungen."

Untererfassung der Nebenwirkungen ist bereits ein großes Problem

Von Haus aus leiden die Arzneimitteldatenbanken vor allem an starker Untererfassung. Neben den bisher bekannten Gründen, können folgende zusätzliche Gründe für eine Untererfassung speziell bei Covid Impfungen vorliegen:

- Autoimmunerkrankungen, Störungen der Blutgerinnung und Nervenschäden entwickeln sich erst im Lauf der Zeit und werden oft nicht mit der Impfung in Zusammenhang gebracht.
- Im derzeitigen gesellschaftlichen Klima, das von Impfpropaganda und Corona-Angst geprägt ist, kann die Meldung aus der Befürchtung vor Stigmatisierung unterbleiben.
- Die Meldungen eines Todesfalls kann unterbleiben, wenn die Angehörigen nicht die Kraft dafür aufbringen, und es den Betroffenen auch nicht mehr lebendig macht.
- Meldungen werden aufgrund von formalen Fehlern gelöscht.
- Durch die enge Verflechtung von EMA und Pharmaunternehmen und Lobbyorganisationen ist die Unabhängigkeit der Datenhaltung nicht gesichert.

Es gibt zahlreiche weitere Beiträge zur [Untererfassung](#). Die Dunkelziffer ist folglich als hoch einzuschätzen: Nach diesen Studien würden rund 95% nicht gemeldete oder nicht erkannte Nebenwirkungen noch hinzukommen.

Leichte Nebenwirkungen sind selten in der EMA-Datenbank

In der Meldepflicht von Impfnebenwirkungen des Paul-Ehrlich-Instituts werden viele Nebenwirkungen wie Rötung, Schwellung und Schmerzen an der Einstichstelle, Fieber, Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe und Lymphknotenschwellungen **von der Meldepflicht ausgeschlossen** (nachstehend blau gekennzeichnet).

Bericht über Verdachtsfälle einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Verdacht auf Impfkomplication) nach IfSG

(Die Meldeverpflichtung an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft bleibt unberührt)

Definition des Verdachts einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (§6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG):

Eine namentliche Meldepflicht an das Gesundheitsamt besteht nach §6 Abs. 1, Nr. 3 IfSG dann, wenn nach einer Impfung auftretende Krankheitserscheinungen in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung stehen könnten und über die nachfolgenden Impfreaktionen hinausgehen.

Nicht meldepflichtig sind das übliche Ausmaß nicht überschreitende, kurzzeitig vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, die als Ausdruck der Auseinandersetzung des Organismus mit dem Impfstoff anzusehen sind: z.B.

- für die Dauer von 1-3 Tagen (gelegentlich länger) anhaltende Rötung, Schwellung oder Schmerzhaftigkeit an der Injektionsstelle
- Fieber unter 39,5°C (bei rektaler Messung), Kopf- und Gliederschmerzen, Mattigkeit, Unwohlsein, Übelkeit, Unruhe, Schwellung der regionären Lymphknoten
- oder im gleichen Sinne zu deutende Symptome einer „Impfkrankheit“ (1-3 Wochen nach der Impfung), z.B. leichte Parotisschwellung oder ein Masern- bzw. Varizellen ähnliches Exanthem oder kurzzeitige Arthralgien nach der Verabreichung von auf der Basis abgeschwächter Lebendviren hergestellten Impfstoffen gegen Mumps, Masern, Röteln oder Varizellen.

Ausgenommen von der Meldepflicht sind auch Krankheitserscheinungen, denen offensichtlich eine andere Ursache als die Impfung zugrunde liegt.

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/ifs-g-meldebogen-verdacht-impfkomplication.pdf?__blob=publicationFile&v=2

Diese Aufstellung gilt als Richtlinie auch für Selbst-Meldungen und Meldungen von Angehörigen, die nicht der Meldepflicht unterliegen. Auch andere Länder haben ähnliche Regelwerke. Deswegen sind leichte Nebenwirkungen nur selten auch in der EMA Datenbank zu finden.

Transparenztest Resümee

Die Arzneimitteldatenbanken wie EudraVigilance (EMA), VigiAccess (WHO) oder die Impfdatenbank VAERS (USA) leiden von Haus aus an starker Untererfassung der Impfnebenwirkungen.

Jetzt kommt noch das exzessive Nicht-Weiterleiten und Löschen von Reports zu schweren Nebenwirkungen und Todesfällen hinzu.

Nach Angaben der Gruppe Impfnebenwirkungen gelangen nur 45% der ursprünglich in den nationalen Datenbanken gelisteten Reports in die EMA Datenbank. Damit nicht genug: Die EMA löscht nun gerade bei den schweren Nebenwirkungen und Todesfällen munter weiter:

34% gelöschte Reports zu Todesfällen und 45% zu schweren Nebenwirkungen wie Myokarditis lassen aufhorchen.

Auffällig ist dabei, dass weniger die leichten Nebenwirkungen gelöscht werden. Vielmehr trifft dies die schweren Nebenwirkungen und Todesfälle. Dies ist kein Wunder: Bei der schieren Flut an Nebenwirkungen kann die EMA rein aus zeitlichen Gründen nur bei den schweren Fällen noch "korrigieren".

Nach welchen Kriterien löscht die EMA?

Die Frage stellt sich nun: Warum löscht die EMA so viele? Nach welchen Vorgaben oder Kriterien erfolgt die Löschung? Bis vor Corona beschränkte sich dies auf das Aussortieren von Duplikaten oder starken Auffälligkeiten. Wenn dies etwa nur nach zeitlichen Aspekten erfolgt wäre dies ein fragwürdiger Eingriff. Denn in diesen Fällen würde man systematisch mittel- oder gar langfristige Nebenwirkungen ausschließen und nicht erfassen.

Beispielsweise Myokarditis, autoimmune Erkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen können voraussichtlich auch noch nach vielen Wochen und Monaten auffällig werden.

Alles in allem wird man den Eindruck nicht los, dass die Löschungen womöglich der Beschönigung der Daten dienen sollen. Diesen Verdacht wird die EMA nur durch transparente und vollständige Angabe der Kriterien zur Löschung sowie durch Veröffentlichung aller gelöschten Reports ausräumen können.

Wir sind uns sicher: Ohne starken Druck von außen wird das nicht passieren.

Unsere **Tt** Fragen:

- Warum löscht die EMA viel mehr Reports als in der Zeit vor der Covid Impfung?
- Nach welchen Kriterien löscht die EMA? Wo ist der vollständige Handlungsleitfaden für Löschungen?
- Welche externen und unabhängigen Kontrollinstanzen für die Überprüfung der Löschungen gibt es?
- Wo können die gelöschten Reports transparent eingesehen werden?
- Wo sind die Sicherheitssignal-Analysen der EMA?
- Warum werden vom PEI keine Sicherheitssignal-Analysen mittels Proportional-Reporting-Ratio PRR Verfahren veröffentlicht?“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://www.transparenztest.de/post/ema-loescht-auffallend-viele-reports-zu-schweren-covid-impfnebenwirkungen>

Schon zuvor wurde auf kritischen Portalen wiederholt über die umfangreiche Löschung von Datensätzen zu Nebenwirkungen in der EMA-Datenbank EudraVigilance berichtet, siehe u.a.:

Report 24 am 14.3.2023:

<https://report24.news/ema-laesst-1-7-millionen-nebenwirkungen-und-22-000-tote-aus-eudravigilance->

tkp.at am 20.9.2022:

<https://tkp.at/2022/09/20/datenbank-ueber-nebenwirkungen-der-c19-impfstoffe-der-eu-medizinagentur-ema-kompromittiert/>

corona-blog-net am 30.7.2021:

<https://corona-blog.net/2021/07/30/loeschung-von-daten-zu-impfnebenwirkungen-aus-der-ema-datenbank/>

1.3

Die EMA-Chefin Emer Cooke und die Pharmaindustrie:

Mit der Berufung von Emer Cooke zur Direktorin der EMA wurde auch dort der Bock zum Gärtner gemacht.

In einem Beitrag auf dem Web-Portal „Deutsche Wirtschaftsnachrichten“ vom 3.4.2021 mit dem Titel **„EU-Direktorin für Impfstoff-Zulassung war Pharma-Lobbyistin – unter anderem für AstraZeneca“** heißt es hierzu u.a. (Zitat):

„Die aktuelle Direktorin der Europäischen Arzneimittelagentur, die für die Impfstoffzulassung verantwortlich ist, war zuvor für den europäischen Dachverband der Pharmalobby tätig. Zu den Mitgliedern des Dachverbands gehören unter anderem AstraZeneca und Johnson & Johnson.

Aus der Webseite der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) geht hervor, dass der AstraZeneca-Impfstoff in Vaxzevria umbenannt wird. Der Handelsname des Vakzins wurde am 25. März 2021 geändert. Diese Nachricht hat für eine große Verunsicherung innerhalb der Bevölkerung geführt (**HIER**).

Deshalb sollte ein Blick auf die EMA, die innerhalb der EU für die Impfstoffzulassung zuständig ist. Die Direktorin der EMA ist Emer Cooke. Die **WHO** teilt über sie mit: „In der Zeit von 1985 bis 1988 war sie in verschiedenen Positionen in der irischen Pharmaindustrie tätig, bevor sie 1988 als pharmazeutische Gutachterin zur irischen Arzneimittelregulierungsbehörde wechselte. 1991 wechselte sie als Managerin für Wissenschaft und Forschung zu EFPIA, dem europäischen Verband der pharmazeutischen Industrie Regulierungsangelegenheiten in Brüssel.“ Zuvor war Cooke als Direktorin der Abteilung für Regulierung und Präqualifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) tätig. **„Politico“** bestätigt: „Sie hat auch bei der europäischen Pharma-Lobby EFPIA gearbeitet.“

Über die **EFPIA** schreibt „Lobbypedia“: „Die European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations (EFPIA) ist der europäische Dachverband der pharmazeutischen Industrie, dessen Mitglieder 33 nationale Verbände und 40 führende europäische Arzneimittelhersteller sind. Hinzu kommen die beiden europäischen Fachverbände für Impfstoffe und Biopharmazeutika, Vaccines Europe (VE) und European Bio-Pharmaceutical Enterprises (EBE). Die EFPIA ist die wichtigste Lobbyorganisation der europäischen Pharmabranche mit den höchsten Lobbyausgaben, den meisten Kontakten zur EU und mehreren eingeschalteten Lobby-Agenturen.“

Zu den Vollmitgliedern von EFPIA gehören unter anderem AstraZeneca und Johnson & Johnson (**HIER**). Es gibt auch enge Verbindungen zwischen dem Weltwirtschaftsforum und der EFPIA. Das WEF führt auf ihrer Webseite über **Susanne Schaffert, Präsidentin von „Novartis Oncology“**, die als Autorin geführt wird, aus: „Dr. Susanne Schaffert ist seit Januar 2019 Präsidentin von Novartis Oncology. Sie ist Mitglied des Executive Committee von Novartis und sitzt derzeit im Vorstand des Europäischen Verbandes der pharmazeutischen Industrie und Verbände (EFPIA)...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/510959/eu-direktorin-fuer-impfstoff-zulassung-war-pharma-lobbyistin-unter-anderem-fuer-astrazeneca>

1.4

All das müssen erkennende Gericht beachten, bevor sie blind auf irgendwelche Äußerungen, Bewertungen oder Empfehlungen der EMA vertrauen.

Die Glaubwürdigkeit von Ministerien und Arzneimittelaufsichtsbehörden ist von vornherein suspendiert, solange sie in führenden Positionen mit Lobbyisten der Pharmaindustrie besetzt werden können.

2.

Das RKI:

Der 1. Wehrdienstsenat des BVerwG ist am 2. Verhandlungstag am 7.6.23 aber insbesondere auch durch die Aussagen des RKI-Vertreter Dr. Ole Wichmann zur angeblich relevanten Wirksamkeit der Covid-19-Injektionen getäuscht worden, wonach „...die Impfung gegenüber der nunmehr vorherrschenden Omikron-Variante eine noch relevante Schutzwirkung im Sinne einer Verringerung der Infektion und Transmission“ habe. „Außerdem reduziert sie vor allem nach einer Auffrischungsimpfung das Risiko eines schweren Verlaufs über längere Zeiträume, so dass der positive Effekt der Impfung das mit ihr verbundene Risiko weiter deutlich überwiegt(e)...“

Dass Dr. Ole Wichmann das schon am 7.6.22 besser gewusst haben muss, das kann mittlerweile durch Dokumente belegt werden.

Was wusste das RKI nachweislich schon am **23.3.2022** über die fehlende Wirksamkeit der Covid-19-Injektionen?

2.1

Dazu heißt es in einem Beitrag des Vereins MWGFD vom 18.5.2023 (**Zitat**):

„Wider besseres Wissen“ heißt es inflationär in den Anklageschriften gegen maßnahmenkritische Ärzte, die ihre Patienten vor den sogenannten Corona-„Schutzmaßnahmen“ bewahren wollten und dafür auf der Anklagebank sitzen. Dass sie gerade wegen besseren Wissens gehandelt haben, beweist nicht nur die inzwischen erdrückende wissenschaftliche Faktenlage und die Impfschäden entblößenden Datenbanken, sondern bestätigt nun auch eine RKI-interne E-Mail. Spätestens jetzt sollte das Glaubengebäude derer zusammenfallen, die bis dato an dem Schutzgott namens RKI verkrampft festhielten.

Am 8. Mai 2023 gelangte auf Anfrage eines Bürgers (Twittername „Fearlessly authentic“) über das Portal für Bürgerinformation „FragdenStaat“ eine Email vom 23. März 2022 an die Öffentlichkeit, **die vom RKI-Lagezentrum an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gerichtet war** (siehe Anhang unten). In dieser gab das RKI höchstpersönlich dem für Gesundheitssicherheit und Krisenmanagement zuständigen Referat 611 zu bedenken, **dass die „Impfungen“ weder vor Infektion noch vor Übertragung schützen. Das zwei Wochen vor der Abstimmung zur Einführung der Impfpflicht!**

Im genauen Wortlaut der E-Mail, deren Echtheit Reitschuster gegenüber bestätigt wurde, heißt es (Zitat):

„zum übersandten Referentenentwurf für die Neufassung der Verordnung zum Anspruch auf Testung in Bezug auf einen direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 (TestV) nehmen wir wie folgt Stellung:

Im Hinblick auf die geplante Befristung des Anspruchs [...] geben wir **zu bedenken, dass die Impfung eine Infektion und Ausscheidung von SARS-CoV-2 nach erfolgter Exposition nicht grundsätzlich verhindern kann**. Im nosokomialen Bereich (etwa Krankenhaus, Pflegeheim etc.) kann somit weiter ein Eintrag in die Einrichtungen durch das pflegende bzw. ärztliche Personal bzw. die Aufnahme von Patientinnen und Patienten erfolgen [...]"

Spätestens seit dem 23. März 2022 hätten die Bundestagsabgeordneten also von der Nutzlosigkeit der „Impfung“ Bescheid wissen müssen. Doch warum predigte der Gesundheitsminister Karl Lauterbach wider besseren Wissens weiter vom Schutz und Nutzen dieser genbasierten „Impfstoffe“?...“(Zitat Ende)

Quelle:

<https://www.mwgf.d.org/2023/05/rki-wissen-wieder-aufgetaucht/>

2.2

Überdies belegen die eigenen Zahlen des RKI, dass Dr. Ole Wichmann schon am 7.6.22 von der Wirkungslosigkeit der Covid-19-Injektionen gewusst haben muss.

So habe ich hierzu bereits in einem Schriftsatz gegenüber dem BVerwG vom 3.1.2023 hierzu ausgeführt (Zitat):

„...dass das RKI die Einschätzung des Sachverständigen ...in seinem wöchentlichen Lagebericht vom **28.4.2022** (dort ab Seite 30, letzter Absatz) – und damit noch vor den denkwürdigen Aussagen des RKI-Vertreters Dr. Ole Wichmann vor dem erkennenden Senat am 7.6.2022 – bestätigt hat, indem es dort ausführte (Zitat):

„**Auffallend ist das deutliche Absinken** der berechneten Impfeffektivität sowohl der Grundimmunisierung als auch der Auffrischimpfung gegenüber einer symptomatischen Infektion in allen Altersgruppen seit Anfang 2022, **also mit Dominanz der Omikron-**

Variante. Diese Entwicklung zeigen auch die Inzidenzen symptomatischer COVID-19-Fälle nach Impfstatus. Seit Jahresbeginn sinkt auch die berechnete Impfeffektivität gegen Hospitalisierung: **diese Entwicklung zeigt sich am deutlichsten für die Grundimmunisierung und in den Altersgruppen <60 Jahre** und weniger ausgeprägt für die Auffrischimpfung und in der Altersgruppe ab 60 Jahre. Auch in anderen Ländern wurde mit Vorherrschen der Omikron-Variante eine im Vergleich zur Delta-Variante verminderte und mit der Zeit weiter nachlassende Effektivität der COVID-19-Impfung hauptsächlich gegen eine symptomatische Infektion beobachtet.“ (Zitat Ende, **Fettdruck hinzugefügt**)

Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-04-28.pdf?__blob=publicationFile

Und entgegen dem, was der RKI-Vertreter Dr. Ole Wichmann am 2. Verhandlungstag vor Gericht bekundete, ergibt sich aus den diesbezüglichen Grafiken dieses RKI-Berichts vom

28.4.2022, die dort auf Seite 30 als „Abbildung 22“ wiedergegeben sind, eindeutig, dass die Impfeffektivität in der hier interessierenden Altersgruppe „**18-59 Jahre**“ mit dem Status „Aufrischung“ bzw. Booster-Injektion seit spätestens März 2022 **bei Null** liegt.

Trotz dieser Tatsache sollen die Covid-19-Injektionen vor schweren Verläufen, also vor Hospitalisierung, Intensivstation und Tod schützen? Eine solche Behauptung ist schlicht absurd, ganz gleich, wie man die Daten zu den schweren Verläufen dann ggf. noch manipuliert und schönt, und das muss auch Dr. Ole Wichmann bewusst gewesen sein.

Wie hat das RKI auf diese Fakten reagiert? Hat es die Öffentlichkeit und die Politik sofort über die nicht vorhandene „Impf“-effektivität informiert?

Nein, hat es nicht. In seinem nächsten Wöchentlichen Lagebericht vom **5.5.2022** stellt es die diesbezügliche Berichterstattung sogar einfach ein, ohne Angabe von nachvollziehbaren Gründen. Während der „Wirksamkeit der Covid-19-Impfung“ in dem RKI-Lagebericht vom **28.4.2022** noch auf 8 Seiten (den Seiten 24 – 31) nachgegangen wird, findet sich in dem Wöchentlichen Lagebericht des RKI vom **5.5.2022** (auf Seite 24 im letzten Absatz) nur noch folgende Aussage:

„Ab dem heutigen Donnerstag sind im COVID-19-Wochenbericht des RKI keine regelmäßigen Informationen zur Wirksamkeit der COVID-19-Impfung mehr vorgesehen. Ebenso werden die zugrundeliegenden Tabellen unter

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfeffektivitaet.html und https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfeffektivitaet.html

diese Woche nicht aktualisiert. Stattdessen ist vorgesehen, dass das RKI in regelmäßigen Abständen separate Auswertungen zum Themenkomplex COVID-19-Impfung/Impfeffektivität veröffentlicht, die eine detailliertere Betrachtung einzelner Aspekte erlauben als im Rahmen des Wochenberichts möglich.“ (Zitat Ende)

Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-05-05.pdf?__blob=publicationFile

War der Grund für die vorübergehende Einstellung der Berichterstattung des RKI zur Wirksamkeit der Covid-19-Injektionen ab dem **5.5.2022** etwa der, dass der erkennende Senat im 1. Termin am **2.5.2022** entschieden hatte, dass sich im 2. Verhandlungstermin ein Vertreter des RKI den Fragen der Verfahrensbeteiligten stellen soll, die sodann auf Fragen zur Wirksamkeit der Covid-19-Injektionen eingegrenzt wurden?

Nun, für diese Annahme spricht insbesondere, dass der erste „Monatsbericht“ der Monatsberichte des RKI zum „Monitoring des Covid-19-Impfgeschehens in Deutschland“, die allesamt unter dem Link

<https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsbericht-Impfung.html>

abrufbar sind, **ausgerechnet erstmalig am 7.7.2022**, dem Tag der Verkündung des Beschlusses des erkennenden Senats in diesen Wehrbeschwerdeverfahren, veröffentlicht worden ist.

In diesem Monatsbericht vom 7.7.2022 finden sich dann in der „Abbildung 7“ auf Seite 15 zwei Grafiken zu **„Intensivstation aufgrund Covid-19 (Erwachsene)“** und **„Tod „Erwachsene“**, die spätestens ab Mai 2022 eine (zumindest vorübergehende) **Impfeffektivität von Null** belegen. Nur bei den „Hospitalisierungen aufgrund COVID-19“ soll es (angeblich) etwas besser ausgesehen haben.

Siehe:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Monatsberichte/2022-07-07.pdf?__blob=publicationFile

Kam es in den Krankenhäusern etwa zu groben Verzerrungen bei der korrekten Erfassung der Geimpften und Ungeimpften, weil es in § 2 Nr. 2 der SchAusnahmV lautet: „Im Sinne dieser Verordnung ist eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises...ist.“

Wie praktisch für die Statistiker, die den der Covid-19-„Impf“-Agenda dienlichen Politikern erfreuliche Zahlen liefern sollen, auch zur Impfeffektivität: Eine geimpfte Person, die Symptome hat, ist gem. dieser SchAusnahmV als „ungeimpft“ zu erfassen, so dass ein Krankenhaus, in dem sich – hier mal theoretisch unterstellt – nur geimpfte Personen mit Covid-19-Symptomen befinden würden, letztlich nur Ungeimpfte als Hospitalisierungsfälle erfassen könnte.

Manipulation in Reinkultur, sogar gefördert durch eine Verordnung.

Damit haben wir eine totale Intransparenz des RKI, das die Bevölkerung von Gesetzes wegen vollumfänglich nicht nur über alle Risiken, sondern gerade auch über die Nichtwirkung der experimentellen modRNA-Injektionen informieren müsste.

Angesichts der gewaltigen Risiken würde sich doch kein Mensch mehr auf ein solch gefährliches Experiment einlassen, wenn er von der fehlenden oder sogar negativen Wirksamkeit dieser Covid-19-Injektionen wüsste. Diese Wahrheit ist für jedermann offensichtlich, sicherlich auch und gerade für die Statistiker des RKI, weshalb sie – wohl auf Geheiß des Bundesgesundheitsministeriums – ihre Berichte wiederholt so intransparent gestaltet und erhobene Daten bewusst so irreführend interpretiert haben, dass faktisch die gesamte Öffentlichkeit fortgesetzt unzureichend informiert und getäuscht worden ist. Eine andere mögliche Motivation für diese Datenpfuscherei ist nicht ersichtlich und fernliegend.

Somit liefern gerade auch die Daten des RKI den „empirischen Nachweis“ für die behauptete Unwirksamkeit der Covid-19-Injektionen. Auf diese Unwirksamkeit hat Prof. Bhakdi hingewiesen...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2023/01/3.1.23-Weitere-Begrueundung-Anhoerungsruege-anonymisiert-2.pdf>

2.3

Zudem:



Bundesministerium
für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit, 11055 Berlin



Prof. Dr. Edgar Franke

Parlamentarischer Staatssekretär

Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT
POSTANSCHRIFT

TEL
FAX
E-MAIL



Berlin, 4. August 2023

Schriftliche Frage im Monat Juli 2023
Arbeitsnummer 7/456

Sehr geehrter Herr Kollege,

Ihre Frage beantworte ich wie folgt:

Frage Nr. 7/456:

Liegen der Bundesregierung Zahlen aus placebokontrollierten, randomisierten und verblindeten wissenschaftlichen Studien vor, die statistisch signifikant belegen, dass mit der Substanz BNT162b2 (sog. „Comirnaty-COVID-19-Impfstoff“ von „BioNTech/Pfizer“) behandelte Probanden insgesamt unter weniger medizinisch unerwünschten Ereignissen litten als Probanden, die das Placebo (Kochsalzlösung) erhalten haben, und wenn ja, welche sind das und welchen Datums ist die neuste Auswertung der Zahlen, wobei zu diesem Zeitpunkt die Kriterien placebokontrolliert, randomisiert und verblindet noch erfüllt waren?

Antwort:

Nein, derartige Zahlen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Mit freundlichen Grüßen

Das muss auch das RKI gewusst haben. Das spricht für sich und muss nicht weiter kommentiert werden.

3.

Das PEI

Oben wurde bereits aufgezeigt, welche unrühmliche Rolle das PEI bei der „Nicht-Prüfung“ der Chargen und PEI-Mitarbeiter wie Dr. Rolf Wagner in den o.g. Wehrbeschwerdeverfahren vor dem BVerwG gespielt hat. Mit seinen verharmlosenden Aussagen hat er offenkundig lediglich das eklatante Versagen seiner Behörde vertuschen wollen.

Überdies wurden hierzu schon weiterführende Ausführungen bei den Autoren Dr. Röhrig und Dr. Stebel benannt.

Auch habe ich oben bereits ausgeführt, dass das PEI von der Toxizität der Spikes nachweislich schon März 2021 wusste, aber dennoch nichts unternommen hat.

Eine Analyse zum 18. Sicherheitsbericht des PEI:

<https://corona-blog.net/2022/05/08/18-sicherheitsbericht-des-pe-296-233nebenwirkungen-2-810-todesfaelle-und-weniger-informationen-denn-je/>

Auf corona-blog.net finden sich auch noch weitere eingehende Analysen zu anderen Sicherheitsberichten des PEI.

Das PEI hat sich in den letzten Jahren im Kontext mit den Covid-19-Injektionen den Ruf erworben, ein Datenmanipulateur und Vertuscher im Staatsauftrag zu sein, weil es seiner gesetzlichen Aufgabe der transparenten Überwachung der Covid-19-Injektionen nicht nachgekommen ist, siehe u.a.:

<https://www.rubikon.news/artikel/vertuscher-im-staatsauftrag>

<https://www.rubikon.news/artikel/die-impf-marchenstunde>

<https://www.rubikon.news/artikel/die-datenmanipulateure>

<https://www.rubikon.news/artikel/die-datenmanipulateure-2>

<https://www.rubikon.news/artikel/die-grosse-tauschung>

4.

Die STIKO:

In einem Beitrag auf dem Portal multipolar vom 11.3.2024 mit dem Titel „**Wem ist die neue STIKO verpflichtet**“, in dem auch die von dem Beschwerdegegner so hoch gelobte Ludwig-Maximilians-Universität München Erwähnung findet, heißt es zur STIKO u.a. (Zitat):

In dieser Woche kommt die neue Ständige Impfkommission zu ihrer ersten konstituierenden Sitzung zusammen. Mehr als zwei Drittel der Stellen wurden vom Gesundheitsministerium überraschend und gegen den Willen des Gremiums neu besetzt – in intransparenter Weise und mit Personen, die zum Teil der Pharmaindustrie oder der Bundesregierung nahestehen. Impfeempfehlungen sollen künftig zügiger beschlossen werden. Nachfragen blockt das Ministerium ab.

„Die Ständige Impfkommission (STIKO) ist ein unabhängiges, ehrenamtliches Expertengremium, das Impfeempfehlungen für die Bevölkerung in Deutschland entwickelt. Dabei orientiert sie sich an den Kriterien der evidenzbasierten Medizin und berücksichtigt sowohl den individuellen Nutzen für geimpfte Personen als auch den Nutzen für die gesamte Bevölkerung.“

So erklärt es das Robert Koch-Institut (RKI), dem die Impfkommission organisatorisch zugeordnet ist. Für die Zulassung von Impfstoffen ist die STIKO zwar nicht zuständig – darüber entscheidet die EU-Kommission nach einer Bewertung durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) sowie auf nationaler Ebene das Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte. Die Empfehlungen der Kommission haben dennoch zwei wesentliche Konsequenzen für die Verabreichung von Impfungen in Deutschland.

Erstens sind sie Voraussetzung für die Aufnahme einer Schutzimpfung in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Beahlt wird nur, was die STIKO empfiehlt. Zweitens sind die obersten Landesgesundheitsbehörden gemäß Infektionsschutzgesetz verpflichtet, „öffentliche Empfehlungen für Schutzimpfungen oder andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe auf der Grundlage der jeweiligen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission“ auszusprechen. So gut wie alle Ärzte in Deutschland orientieren sich daher an den STIKO-Empfehlungen.

Die STIKO untersteht, ebenso wie das RKI, dem Bundesgesundheitsministerium (BMG), das auch über die Zusammensetzung des Gremiums bestimmt. Im November 2023 wurde eher nebenbei bekannt, dass Gesundheitsminister Karl Lauterbach einen radikalen Umbau der Kommission plane. Eine öffentliche Debatte dazu vermied das Ministerium. Im Februar dieses Jahres gab es stattdessen den fertigen Beschluss bekannt. Die Anzahl der jeweils dreijährigen Berufungsperioden der Mitglieder soll auf maximal drei beschränkt, das Gremium zudem von 17 auf 19 Angehörige aufgestockt werden. Die Folge: Es verbleiben nur fünf der bisherigen Mitglieder, 14 hat das BMG neu benannt.

STIKO ist mit Umbau nicht einverstanden

Die von Lauterbach im BMG installierte Abteilungsleiterin für öffentliche Gesundheit Ute Teichert eröffnete auf der letzten STIKO-Sitzung im November den Mitgliedern die radikalen Umbaupläne des Ministers. „Gründe für dieses Vorgehen seien eine Anpassung an internationale Standards und eine Steigerung der Transparenz“, heißt es im internen Protokoll. Zudem solle „das Expertise-Portfolio der STIKO um die Bereiche Modellierung und Kommunikation erweitert werden“. Mit anderen Worten, die Impfkommission, eigentlich für wissenschaftliche Bewertung zuständig, soll nun auch selbst professionelle PR machen sowie Gefahren, die der Öffentlichkeit nicht augenfällig sind, geeignet „modellieren“, wie es in der Corona-Zeit üblich wurde.

Die Teilnehmer der Sitzung reagierten ungehalten auf diese Ankündigung. Eine „rückwirkende Einführung zu diesem Zeitpunkt“ halte man „für fragwürdig“. Das Protokoll vermerkt:

„Die STIKO-Mitglieder äußern sich besorgt über den Wissens- und Expertiseverlust durch mangelnde Übergabemöglichkeiten bei gleichzeitigem Austausch von 13 STIKO-Mitgliedern und regen an, den Austausch stufenweise vorzunehmen. Die STIKO hinterfragt den Nutzen der abrupten Umsetzung dieser Neuregelung und weist auf das Risiko hin, dass es zu Zeitverzug bei neuen Impfeempfehlungen kommen wird, da sich neue STIKO-Mitglieder zunächst in die komplexe Arbeitsweise der STIKO und in die neuen Themen einarbeiten müssen, Arbeitsgruppen neu gebildet und Sprecher der Arbeitsgruppen identifiziert werden müssen sowie begonnene Entscheidungsprozesse nur mit erheblichem Mehraufwand weitergeführt werden können. Es besteht das Risiko, dass zu dem Rückstand aus der Pandemie weitere Rückstände durch die Neuorganisation und die notwendige Einarbeitungsphase der neuen Mitglieder kommen.“

Das BMG wischte die Einwände der eigenen Fachleute jedoch beiseite und teilte der Kommission stattdessen abschließend mit, wer demnächst Lauterbachs Vorstellungen übermitteln soll:

„Als letzten Punkt wird durch das BMG angekündigt, dass Frau Dr. Gerit Korr künftig die STIKO von Seiten des BMG begleiten wird.“

Frau Korr ist Referatsleiterin für Impfungen im BMG und erhielt ihre Ausbildung an der London School of Hygiene and Tropical Medicine, die zu großen Teilen von der Gates Foundation finanziert wird und deren Absolventen beziehungsweise Mitarbeiter auch an andere Schlüsselpositionen im „Global Health“-Pandemiemanagement gelangt sind.

Interessenkonflikte: Nähe zur Pharmaindustrie und zur Regierung

Die Liste mit den Namen der zukünftigen STIKO-Mitglieder wurde im Februar vom BMG veröffentlicht. Wie eine Überprüfung zeigt, liegen bei mehreren der Neuzugänge teils gravierende Interessenkonflikte vor. Dies trifft insbesondere auf Stefan Flasche, Alexander Dalpke, Reinhard Berner und Stefan Brockmann zu.

Das Hauptfeld der Forschungstätigkeit von **Prof. Flasche** an der London School of Hygiene and Tropical Medicine wird vom Wellcome Trust finanziert. Das Treuhandunternehmen hält nach einer Untersuchung des Fachmagazins „British Medical Journal“ Anteile in jeweils dreistelliger Millionenhöhe an den Pharmakonzernen Novartis und Roche. Die Studien, an denen Flasche mitgewirkt hat, wurden unter anderem finanziert von der Gates Foundation, der Impfallianz Gavi, zu deren Sponsoren unter anderem auch Pharma- und Investmentunternehmen gehören, sowie vom Impfstoffhersteller Sanofi Pasteur. Inhalte dieser Untersuchungen waren beispielsweise die Modellierung von Lockdown-Strategien oder die positiven Auswirkungen der Isolation von Mitgliedern eines Haushalts bei einem positiven Test auf SARS-CoV-2.

Die Forschung von **Prof. Dalpke** vom Zentrum für Infektiologie am Universitätsklinikum Heidelberg wird unter anderem vom Pharma- und Biotechnologieunternehmen Gilead Sciences und der Medizintechnik-Firma Becton Dickinson, einem Zulieferer der Pharmaindustrie, finanziert.

Prof. Berner, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum in Dresden, war seit 2021 Mitglied des Expertenrats der Bundesregierung zu COVID-19 und des Expertenbeirats pandemische Atemwegsinfektionen am Robert Koch-Institut. Als von der Bundesregierung bestellter Experte hat er den Empfehlungen des Gremiums zur Intensivierung der Boosterimpfungen, der Kontaktbeschränkungen und des Tragens von FFP2-Masken noch während der Omikron-Welle zugestimmt. Er empfahl 2022, die Bevölkerung „durch eine stringente Kommunikationsstrategie über die Gesundheitsrisiken einer Infektion, die kollateralen Effekte einer eingeschränkten Versorgung sowie den Nutzen der Impfung zu informieren und auf die zu erwartende Belastung vorzubereiten“.

Karl Lauterbach hatte gegenüber der STIKO noch vor einem Jahr betont, dass „alle Entscheidungen von der STIKO unabhängig getroffen“ worden seien und „die Unabhängigkeit der STIKO unbedingt gewahrt bleiben“ solle. Dieser Anspruch dürfte mit den Neubesetzungen hinfällig sein. Fachleute wie Reinhard Berner sind in der Vergangenheit vor allem dadurch aufgefallen, kontroverse und zweifelhafte Regierungsbeschlüsse kritiklos abzunicken.

Mit **Stefan Brockmann**, Leiter des Referats für Gesundheitsschutz und Epidemiologie im Landesministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Stuttgart, der während der Corona-Krise Ratgeber der baden-württembergischen Landesregierung in Sachen Infektionsschutz und Mitglied des Beratergremiums von Ministerpräsident Winfried

Kretschmann war, wird ein weiterer Vertreter der restriktiven Vorgehensweise von Bund und Ländern in die „unabhängige“ Impfkommision einziehen.
Eine PR-Expertin, die über Impfempfehlungen abstimmt

Die Forschungsschwerpunkte von **Prof. Constanze Rossmann** vom Institut für Kommunikationswissenschaft und Medienforschung der **Ludwig-Maximilians-Universität in München** liegen laut ihres Profils „in den Bereichen Gesundheitskommunikation (insbesondere Strategische Gesundheitskommunikation, eHealth und mHealth, Krisenkommunikation) sowie Rezeptions- und Wirkungsforschung“. 2021 hat sie an einer Studie mitgewirkt, die zu dem Ergebnis kommt, dass Angstrhetorik bei jüngeren Altersgruppen unter 30 Jahren die Bereitschaft zu einer COVID-19-Impfung im Vergleich zu Menschen über 60 erhöht. Sie plädiert daher für eine altersabhängige Kommunikation von Impfempfehlungen.

...

In einem Interview mit der Ärzte Zeitung äußerte das scheidende STIKO-Mitglied Martin Terhardt sein Unverständnis, dass zukünftig die Kommunikationswissenschaften in der Impfkommision vertreten sein sollen. Diese würden zur Vermittlung von STIKO-Empfehlungen gebraucht und nicht zu deren Entwicklung, so Terhardt.

Ein Blick auf die Webseiten des RKI bestätigt, dass die Geschäftsstelle der STIKO am Robert Koch-Institut die Anfragen von Journalisten koordiniert, Fragen von Ärzten und Apothekern zu den Empfehlungen beantwortet sowie die Publikation der Empfehlungen veranlasst. Anders gesagt: Wenn man die Kommunikation verbessern wollte, könnte man einfach die Geschäftsstelle personell aufstocken. Eine PR-Expertin allerdings selbst über Impfempfehlungen abstimmen zu lassen, erscheint fachlich unsinnig und ethisch fragwürdig.

Prof. Rossmann hat weiterhin zusammen mit Prof. Dr. Cornelia Betsch bis 2019 das Projekt „Impfen 60+“ geleitet, das Strategien und Maßnahmen der Gesundheitskommunikation entwickelt hat, um der sinkenden Impfquote in der Altersgruppe über 60 Jahren entgegen zu wirken. Das Vorhaben war Teil der vom BMG geförderten Forschungsinitiative InfectControl 2020, in dem auch Unternehmen der Pharmaindustrie Partner waren.

Mehr Impfstoffe, beschleunigte Impfempfehlungen, höhere Impfbereitschaft

Rossmanns Kollegin Betsch, mit der sie auch einen Masterstudiengang zur Gesundheitskommunikation an der Uni Erfurt entwickelt hat, war, wie der schon erwähnte Reinhard Berner, Teil des Corona-Expertenrats der Bundesregierung. Als Sachverständige in einer Sitzung des Gesundheitsausschusses des Bundestages gab sie im Februar 2023 zum Tagesordnungspunkt „Fachgespräch zur Arbeitsweise und geplanten Neuausrichtung der STIKO“ Einblicke in ihre Denkweise.

Bis 2019 habe sich die Impfakzeptanz positiv entwickelt, so Betsch, sei jedoch während der Corona-Krise von 60 auf 40 Prozent zurückgegangen. Der Anteil der Unsicheren habe sich verdoppelt. (Zur Einordnung: Die von Betsch genannten Zahlen werden von einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, auf die sich die Psychologin offenbar bezieht, nicht bestätigt. Demnach ist nur in Ostdeutschland die allgemeine Befürwortung von Impfungen von 70 Prozent in 2018 auf 51 Prozent in 2022 zurückgegangen. In Westdeutschland stieg sie im gleichen Zeitraum hingegen von 56 auf 57 Prozent an.) Im Protokoll der Ausschusssitzung wird ihre Begründung für die gesunkene Akzeptanz wie folgt wiedergegeben:

„Wenn die STIKO zum Beispiel keine Empfehlung ausspreche, dann könne man noch so oft betonen, dass man sich dennoch impfen lassen könne und die Impfung nicht schädlich sei – in der Bevölkerung komme trotzdem an, dass abgeraten werde. Insbesondere mRNA-basierte Impfungen stellten hier in Bezug auf Mythen in der Bevölkerung eine Herausforderung dar.“

Die Argumentation macht deutlich, mit welchen Widersprüchen die Politikgestaltung zu kämpfen hat, solange es an einer kritischen Aufarbeitung der Corona-Krise mangelt. Pointiert ausgedrückt: Nicht die Falschaussagen von Politikern (Lauterbachs „nebenwirkungsfreie“ Impfung), nicht das Nötigen zur Impfung durch 2G- und 3G-Regelungen, nicht die öffentliche Diffamierung von kritischen Stimmen und nicht die unwahren Behauptungen im Zusammenhang mit der Forderung einer Impfpflicht sollen Grund für die gesunkene Akzeptanz sein, sondern ein zu langsamer Prozess bei der Entwicklung von Empfehlungen durch die STIKO und eine mangelhafte Kommunikation gegenüber der Bevölkerung.

Warum erhöhte PR-Anstrengungen nun insbesondere aus Sicht der Pharmaindustrie notwendig erscheinen, erläuterte Benedikt Fabian vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller in derselben Sitzung des Gesundheitsausschusses. Die Impfstoffhersteller, so ihr Sprecher in den Räumen des Bundestages, bereiten „in den nächsten Jahren 100 Impfstoffe für die Zulassung vor“.

...

Die Vorstandsvorsitzenden der Pharmakonzerne Gilead, Merck, Sanofi, Pfizer, Novartis und Eisai bei einem Treffen mit afrikanischen Gesundheitsministern 2017 in Genf (ganz rechts: Bill Gates) | Bild: picture alliance / Keystone / Salvatore Di Nolfi

Das wäre ein Vielfaches von dem, womit sich die STIKO in der Vergangenheit auseinandersetzen musste. Der Pharmalobbyist forderte daher eine personelle Aufstockung der STIKO. Die Pharmaindustrie solle schon „während des laufenden Verfahrens Einblicke“ in den STIKO-Diskussionsprozess erhalten. Eine „Einbindung in das Stimmnahmeverfahren der STIKO“ sei zu prüfen...

Kontext: Ein größerer Plan

Dass die Neubesetzung der STIKO mit Mitgliedern, die teils der Pharmaindustrie und der Regierung nahe stehen, die Beschleunigung von Impfeempfehlungen zum Ziel hat, wird auch in einem erweiterten Kontext deutlich. So plant die Ampelkoalition die Verabschiedung eines neuen Medizinforschungsgesetzes, das auch die Bildung einer neuen Bundesethikkommission beinhaltet. Das Deutsche Ärzteblatt hat gleich drei Beiträge mit kritischen Einwänden gegen das Gesetzesvorhaben in den vergangenen Monaten veröffentlicht.

Laut dem vom BMG und dem Umweltministerium vorgelegten Gesetzesentwurf soll die vollkommen neu einzuberufende Bundesethikkommission unter anderem zuständig für klinische Prüfungen sein, die in der Notfalleinsatzgruppe der Europäischen Arzneimittelagentur behandelt werden. Dies würde laut der entsprechenden EU-Verordnung für Arzneimittel gelten, die „das Potenzial zur Bekämpfung von Notlagen im Bereich der öffentlichen Gesundheit haben“. Ebenso betroffen wären klinische Prüfungen, bei denen neue Arzneimittel erstmalig am Menschen geprüft werden sowie klinische Prüfungen von Arzneimitteln für neuartige Therapien – also etwa für Gentherapeutika, somatische Zelltherapeutika oder biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte, so das Deutsche Ärzteblatt.

Der größte von der Bundesärztekammer (BÄK) und den Landesärztekammern (LÄK) geäußerte Kritikpunkt betrifft die Abhängigkeit der neuen Kommission vom BMG. So sollen die Mitglieder vom Ministerium bestimmt werden. Das Gremium soll sich danach eine eigene Geschäftsordnung geben, die jedoch der Zustimmung des BMG bedarf. Zudem würde die neue Bundesethikkommission zu den bestehenden unabhängigen Ethikkommissionen auf Länderebene in Konkurrenz treten. Das Ärzteblatt zitiert hierzu den BÄK-Präsidenten Klaus Reinhardt mit den mahnenden Worten:

„Die unabhängige ethische Bewertung der Forschung am Menschen stellt gerade im Lichte der Erfahrungen aus der NS-Zeit einen wesentlichen Eckpfeiler des Patienten- und Probandenschutzes dar.“

Nach den Plänen der Ampelregierung soll das neue Medizinforschungsgesetz noch in diesem Jahr vom Bundestag beschlossen werden und die neue Bundesethikkommission bereits ab Januar 2025 ihre Arbeit aufnehmen. Die Neubesetzung der STIKO zum jetzigen Zeitpunkt dürfte kein Zufall, sondern Teil einer umfassenden Planung sein, Arzneimittel in Zukunft schneller und ohne unabhängige Prüfung zuzulassen...“(Zitat Ende)

Quelle:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/neue-stiko>

Siehe auch:

https://report24.news/unfassbar-macht-lauterbach-aus-der-stiko-eine-neue-impf-und-klimapropaganda-behoerde/?feed_id=36626

VII. Datenbanken und das Versagen der Ärzte

1.

Zu den Nebenwirkungen der Covid-19-Injektionen, insbesondere Comirnaty:

Zur Einführung seien die diesbezüglichen Ausführungen in dem Sachbuch „Die Corona-Verschörung“ von Kollegin Dr. Brigitte Röhrig, Kapitel „Erkenntnisse über Nebenwirkungen“ (S. 433- 470) empfohlen.

1.1

Deutschland: Sicherheitsberichte PEI

Abrufbar unter dem Link:

<https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arzneimittelsicherheit.html>

1.2

Europa: European Union Drug Event Regulation Authorities Pharmacovigilance: **(EudraVigilance)**

Abrufbar unter dem Link:

<https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/research-and-development/pharmacovigilance-research-and-development/eudravigilance>

1.3

USA: Vaccine Adverse Event Reporting System **(VAERS)**

Abrufbar unter dem Link:

<https://vaers.hhs.gov>

1.4

WHO: VigiAccess:

Abrufbar unter dem Link:

<https://www.vigiaccess.org>

2.

Zum Thema Übersterblichkeit:

Es gibt eine signifikante Korrelation zwischen dem Beginn der Verabreichung der Covid-19-Injektionen und einem deutlichen Anstieg der Übersterblichkeit in Deutschland und in anderen Ländern dieser Welt.

Zur Wahrung der Übersichtlichkeit dieses Schriftsatzes und zur Vermeidung von Wiederholungen möchte ich insofern auf die Feststellungen des Datenanalysten Raimund Hagemann in seiner Stellungnahme für das BVerwG vom 28.11.2023 verweisen, die hier als

Anlage K 10

überreicht wird.

3.

Zu der Rolle der „Impfärzte“, die entgegen ihren Berufspflichten faktisch bedenkenlos Geninjektionen verabreicht haben, sei auch der kürzlich verstorbene **Prof. Dr. Arne Burkhardt** zitiert, der in seinem **April 2022** veröffentlichten Beitrag mit dem Titel **„Kriminelle, unprofessionelle Impftreibjagd“**, der hier als

Anlage K 11

Überreicht wird, auch zur Rolle der Ärzte Stellung bezogen hat.

In Kapitel Nr. 14 heißt es dort (**Zitat**):

„14. Die Rolle der Ärzte

Alle derzeit praktizierenden Ärzte wurden in ihrer Ausbildung über die Prinzipien und Gefahren von Manipulationen am Genom aufgeklärt.

Schon im Jahre 1980 schrieb der international renommierte Pathologe Hans Cottier / seinerzeit Universität Bern) hellseherisch in seinem Standardwerk „Pathogenese“ unter dem Kapitel „Möglichkeit und Gefahren der experimentellen Genetik“: „Es ist unschwer zu erkennen, dass diese Technik sowohl therapeutische Möglichkeiten als auch große Gefahren mit sich bringen kann. Es besteht das Risiko, krankmachende Nukleinsäuren oder gar Viren zu produzieren, die sich kaum ausreichend kontrollieren ließen“. Ein solches Risiko wäre ärztlich nur vertretbar bei schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. mit Sicherheit tödlichen Krebserkrankungen. Hier aber wurde eine pandemische Therapie mit unklaren Risiken an **Gesunden** (!) angestrebt.

Fast die gesamte derzeit praktizierende Ärzteschaft hat sich – in geschichtlich hier leider nicht einmaliger Art – trotz der seit über 40 Jahren bekannten Gefahren einer Gen-Manipulation unqualifizierten und kriminellen Empfehlungen, Weisungen und Propaganda kritiklos ergeben, und sich wieder einmal „staatstragend“ verhalten.

Dabei ging der Druck nicht nur von Politik und No-COVID-MaßnahmeFanatikern, sondern in verächtlicher Weise auch und gerade von den eigenen „Fachvertretern“, d.h. Ärztekammer, sogenannten Fachgesellschaften bis hin zum „Weltärztepräsident“ aus.

Alle Impfärzte, die diese Gesinnungsmanipulation mitmachen/mitmachten sind schuldig des Verstoßes gegen Ihre ärztliche Verpflichtung, ihre Handlungen am

Patienten stets selber und *unabhängig* zu prüfen und Schaden vom Patienten abzuwenden.

Zu dieser erforderlichen unabhängigen Prüfung sind und waren alle Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung fähig. Ein Verlass auf Empfehlungen und Anweisungen oder gar Propaganda ist kriminell. „Die Impfung ist sicher, Langzeitfolgen sind auszuschließen“, allein diese mantraartig wiederholten, selbst für den Laien erkennbar pseudologischen Aussagen, hätte alle Ärzte zur Verweigerung der „Impfung“ veranlassen müssen.

Noch schlimmer ist es, wenn von Ärzten auch die verpflichtende Aspiration unterlassen wurde und die Injektion durch Nicht-Ärzte veranlasst wurde. Die Vermutung einer unterlassenen und damit kunstfehlerhaften „Impfung“ liegt dann nahe, wenn in ca. 6 Wochen nach der letzten Injektion bei einem Arzt mehr als 2 Patienten verstorben sind.

Dies sollte ähnliche ~~ordnungsrechtliche~~ Ermittlungen zur Folge haben, wie sie bei den angeblich falschen Masken- und Impfbescheinigungen zur Anwendung kommen.

Bei Pathologen und Rechtmedizinern ist anzumerken, dass sie methodisch bedingt die möglichen „Impf“folgen meist nicht erkennen und abklären konnten. Anders ist es bei deren Fachverbänden, die durch Verleumdung von kritischen Kollegen die zeitnahe Aufklärung behinderten.“ **(Zitat Ende)**

Zur Wahrung der Übersichtlichkeit dieses Schriftsatzes und zur Vermeidung von Wiederholungen sei auch darauf verweisen.

Der Freiburger Mediziner **Prof. Dr. Klaus-Dieter Rückauer** hat es März / April 2023 in seinem Beitrag „Corona Legenden und Wahrheit“ wie folgt auf den Punkt gebracht **(Zitat)**:

„Es ist eine bittere Einsicht: Die Kenntnisse der Mehrzahl der Ärzte im Zusammenhang mit Corona über Tests, Schutzmaßnahmen, Therapie- Möglichkeiten, Impfungen, Komplikationen bewegen sich auf Tagesschau- Niveau, weil unabhängige Quellen von der großen Mehrheit nicht genutzt werden. Die uniforme, völlig einseitige Darstellung in den sogenannten Qualitätsmedien lässt, wie wir in bedrückender Deutlichkeit erlebt haben, keine anderen Vorstellungen zu als die veröffentlichten, politisch vorgegebenen. Bei nur mäßig eigenständigem und kritischem Denken wären die Diskrepanzen und Unwahrheiten mühelos für jeden sofort erkennbar.

In einem akademischen Beruf hat man eine Holschuld für Wissen. **Das Verhalten des großen Teils der Ärzteschaft muss als schweres kollektives Versagen eines ganzen Berufsstandes gesehen werden.**“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://www.zusammenstehen.info/corona-legenden-und-wahrheit/>

C) Begründung der Klageanträge

Nach diesen grundsätzlichen einleitenden Hinweisen begründe ich nunmehr die Klageanträge:

C1)

Sachverhalt:

I.

Krankengeschichte:

1.

Zustand Gesundheit bis zum Erhalt der Covid-19-Injektionen:

2.

Zustand Gesundheit ab dem Erhalt der Covid-19-Injektionen:

2.1

Welche Impfungen?

Meiner Mandantin sind im „Impfzentrum“ des Gesundheitsamtes des ...-Kreises folgende Injektionen mit Comirnaty verabreicht worden (Termin und Chargen-Nr.):

1. Termin: ..., Charge: ...

Diese Charge ist gem. Auskunft des Portals „How Bad is My Batch“, siehe:

<https://knollfrank.github.io/HowBadIsMyBatch/HowBadIsMyBatch.html>

als besonders schädlich bekannt.

2. Termin: ..., Charge:

Die Verabreichung dieser Geninjektionen an meine Mandantin wird durch ihren Impfausweis belegt, der auszugsweise mit den relevanten Daten in Kopie/als Scan als

Anlagenkonvolut K 12

überreicht wird.

2.2

Symptome nach Erhalt der Covid-19-Injektionen / Körperschäden

Jeweils unmittelbar nach diesen Injektions-Terminen sind bei meiner Mandantin, die die Mutter von 3 minderjährigen Kindern ist und bis dahin gesund war, schwere Injektions-Nebenwirkungen aufgetreten und auch dokumentiert worden, die als typische Nebenwirkung von Comirnaty bekannt sind.

Hierzu verweise ich auf folgende ärztliche Berichte und sonstigen Dokumente, die hier – mit den neuesten Berichten beginnend chronologisch geordnet – unter Verwahrung gegen die Beweislast als

Anlagenkonvolut K 13

überreicht werden.

In diesem Anlagenkonvolut K 13 befinden sich folgende Dokumente:

2.2.1

Vorläufiger Arztbrief Uni-Klinikum ... vom in Kopie.

Hier wird auf Seite 3 unter der Überschrift MR LWS vom 10.04.2024 eine „Spondylarthritis DD post-vaccination“ bestätigt.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis der ..., zu laden über ...

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

2.2.2

Ärztlicher Bericht mit der Überschrift ... von ... vom 11.4.24 in Kopie, in dem u.a. folgende Diagnosen ausgewiesen werden (**Zitat**):

„(G93.3) Fatigue-Syndrom)
(M79.09) Autoimmunerkrankung – Rheumatismus
(T881.) Impfkomplication (gegen SARS-CoV-2)
(B27.9) Z.n. Mononukleose (Epstein-Barr-Virus-Infektion)“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis von Herrn ..., zu laden über

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

2.2.3

Ärztliche Bescheinigung des Arztes ... vom ... in Kopie, der am Ende zusammenfassend entnommen werden kann (**Zitat**):

„Nach meiner Einschätzung und der bestehenden wissenschaftlichen Datenlage besteht kein Zweifel daran, dass es sei bei den og. Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit um unmittelbare Folgen der Impfung handelt. Demzufolge befürworte ich die Anerkennung als Impfschaden.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis des Arztes ...

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

Die mittlerweile allgemein bekannte Weigerung von vielen Ärzten, eindeutige Post-Vac-Schäden auch eindeutig zu diagnostizieren, die in einem Pressesymposium des Vereins MWGFD vom 16.3.2024 unter Mitwirkung von Covid-19-Injektionsgeschädigten ausführlich thematisiert worden ist, siehe:

https://www.youtube.com/watch?v=ZSsNzW_CKgQ

wird von Ärzten wie ... nicht mitgetragen.

.... kann bestätigen, dass und warum er nach Auswertung aller ärztlichen Berichte und auf Grund seiner eigenen Feststellungen keinen Zweifel daran hat, dass nur die streitgegenständlichen Covid-19-Injektionen für die oben dargelegten Gesundheitsschäden der Klägerin / des Klägers ursächlich sind.

Diagnosen wie Post- oder Long-Covid sind regelmäßig nur dem Bemühen geschuldet, um eigentlich undementierbare Injektionsschäden vertuschen zu können.

2.2.4

Entlassungsbericht der

Dort finden sich folgende Diagnosen (Zitat):

1. Komplexes Beschwerdebild im Sinne eines Postviralen Chronic-Fatigue-, Multiple-Chemical-Sensitivity- und Fibromyalgie-Syndroms
2. Chronische Viruslasten bei persistierender Epstein-Barr-, humanes Herpes-Typ-6- und Varizella-Zoster-Virusinfektionen
3. Serologisch nachgewiesener Zustand nach Covid-19-Impfung
4. Grenzwertig erhöhter Lipase-Wert im Serum
5. LDL-Hypercholesterinämie
6. Histaminintoleranz bedingt durch verminderte Aktivität der Diaminoxidase DAO
7. Störung der neuroendokrinen Stressachse

8. Grenzwertig erhöhte Methyldhistaminausscheidung 9. Darmdysbiose
10. Vorbekannte Varikoseerkrankung
11. Bekanntes Raynaud-Syndrom
12. Hinweis auf Post-Vac-Syndrom
13. Bekannte Lymphadenopathie inguinal
14. Bekannte Typ-I-IgE-vermittelte Hausstaubmilbenallergie im CAP-Test “(Zitat Ende)

Weiter heißt es dort (Zitat):

„Spezialanamnese / aktuelle Beschwerden:

Die Patientin klagt bei der Aufnahme über Leistungsabfall, chronische Müdigkeit, Schwächegefühl, Schlaf-, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Antriebsarmut und erhöhte Infektanfälligkeit.

Darüber hinaus habe sie e i n gestörtes Schlafmuster, insbesondere Durchschlafstörungen, nach dem Schlaf fühlte sie sich erschöpft.

Herzrasen, Herzstolpern, Nachtschweiß, Husten mit Auswurf ergänzen das Beschwerdebild.

Des weiteren berichtet die Patientin über Muskel- und Gelenkschmerzen,

Muskelschwäche, Lymphknotenschwellungen.

Des weiteren berichtet die Patientin über chronische funktionelle Bauchbeschwerden mit Bauchkrämpfen, Bauchblähungen, Neigung zu Verstopfungen und Verfärbung des Stuhles.

Des weiteren bestehen bei der Patientin bekannte Varikosis der Beine, bekannte Hypercholesterinämie sowie Hinweis auf Post-Vac-Syndrom.

Laut Aussage der Patientin verschlechtert sich der Krankheitszustand in Abhängigkeit von Wetterlage, körperlicher Belastung, Kontakt mit Schadstoffen und dem Genuss von Nahrungsmitteln.

Das oben genannte Beschwerdebild habe laut Aussage der Patientin in der letzten Zeit zu einer erheblichen Leistungs- und Lebensqualitätsminderung geführt.

Wegen zunehmender Beschwerden und ambulanter Therapieresistenz, war eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig geworden und es erfolgte Ihrerseits die stationäre Einweisung.“ (Zitat)

Zur Vermeidung von Wiederholungen sei im Übrigen auf den Inhalt dieses Berichts verwiesen.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis von

2.2.5

Ärztlicher Befundbericht des IMD Labor Berlin vom ... in Kopie

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auf den Inhalt dieses Berichts verwiesen.

Dieser Befundbericht wird für nicht ergiebig und deshalb für irrelevant gehalten. Beweisantritt hierzu bleibt aber vorbehalten.

2.2.6

Die Erklärung meiner Mandantin an das Sozialgericht ... vom ... zu ... in Kopie, die erkennen lässt, welche ärztliche Hilfe wegen der Comirnaty-bedingten Schäden in Anspruch genommen werden mussten.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin

Zur Vermeidung von Wiederholungen sei im Übrigen auf den Inhalt dieser Erklärung verwiesen.

2.2.7

Bericht der ... in Kopie, Ärztlicher Direktor

Dort sind folgende „unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung“ von Comirnaty diagnostiziert worden (Zitat):

Varikose
Reaktive EBV-Infektion
Raynaud Syndrom
Hypothyreose
Chronisches Fatigue-Syndrom
Dyslipidämie
Sakroileitis
Reaktive Lymphadenitis
Schleimhautcandidose
HHV-6 “(Zitat Ende)

Die nach der Erst- und Zweit-„Impfung“ aufgetretenen Symptome werden dort im Detail beschrieben.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis von ...

Angesichts der eindeutigen Symptomatik hätte in der Zusammenfassung dieses Berichts auch ein Post-Vac-Schaden und nicht ein „Post-Covid-19 Syndrom als Diagnose angegeben werden müssen.

Zur Vermeidung von Wiederholungen sei im Übrigen auf den Inhalt dieses Berichts verwiesen.

2.2.8

„Aktualisierte Eingangsbestätigung“ des Paul-Ehrlich-Instituts vom ... zur „Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen“ durch die Klägerin mit einer sehr langen Liste an Symptomen unter „Gemeldete unerwünschte Arzneimittelwirkung“ in Kopie, u.a.:

Rezidivierende Epstein-Barr-Virus-Infektion,
Lymphadenopathie,
Chronische Müdigkeit,
Sensibilität gestört,
Raynaud Syndrom
Vaskulitis
Gewichtsverlust
Tinnitus
Fibromyalgie
Darmdysbiose

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Zur Vermeidung von Wiederholungen sei im Übrigen auf den Inhalt dieser Eingangsbestätigung verwiesen, womit sie zum Vortrag erhoben werden soll.

2.2.9

Bescheid des Versorgungsamts der Stadt ... vom über die Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) von 50 einschließlich der Feststellung des Merkmals G (Erhebliche Gehbehinderung) in Kopie.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Zur Vermeidung von Wiederholungen sei im Übrigen auf den Inhalt dieses Bescheides verwiesen, womit er zum Vortrag erhoben werden soll.

2.2.10

„Abschließende Stellungnahme nach Aktenlage“ der Fachärztin ... vom ... in Kopie, die in den Hauptdiagnosen u.a. eine „Spondylarthritis, am ehesten im Rahmen eines Post-Fac-Syndroms“ ausweist.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis der ...

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

2.2.11

„Vorläufiger“ und „Endgültiger“ Entlassungsbericht des ... in Kopie, jeweils datiert auf den 2.9.2023, wo jeweils unter „Diagnosen“ ein „Chronic Fatigue-Syndrom“ „seit den CoVid-Impfungen 2021“ bestätigt wird.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis von ...

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

2.2.12

Gutachten des Medizinischen Dienstes ... vom ... zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI in Kopie, das im Ergebnis einen Pflegegrad 3 seit dem ... ausweist.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis des Gutachters

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieses Gutachtens verwiesen, womit es ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

2.2.13

Bescheinigung einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung gem. § 62 SGB V der ... vom ... in Kopie, die als „behandlungsbedürftige Dauerdiagnosen“ die ICD-10-Codes G93.3 G (= Chronisches Müdigkeitssyndrom), M46.1 G (Sakroiliitis) und U 12.9 G (Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet) ausweist.

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis des ...

2.2.14

Bericht des ...vom ... in Kopie, die unter „Diagnosen“ u.a. eine „Spondylarthritis a.e. im Rahmen eines Post-Vac-Syndroms“ ausweist.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis des

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

2.2.15

Bericht der Klinik ...vom in Kopie, das unter „Diagnosen und Therapieverlauf“ „Unklare Lymphadenopathie und B-Symptome“ (anamnestisch nach Corona-Impfung“ ausweist.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis ...

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

2.2.16

Ärztliche Bescheinigung von ... vom ... in Kopie, wonach „zur Zeit“ eine Impfung gegen Covid-19 aus gesundheitlichen Gründen kontraindiziert sei.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis von ...

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den Inhalt dieser ärztlichen Bescheinigung verwiesen, womit sie ebenfalls zum Inhalt des Vortrags der Klägerin / des Klägers erhoben werden soll.

3.

Abschließend sei noch bemerkt, dass in den Fällen, wo der begründete Verdacht besteht, dass ärztliche Berichte in der Absicht verfasst worden sind, um offenkundige Covid-19-

Injektionsschäden zu vertuschen, die Stellung einer Strafanzeige gegen die beteiligten Ärzte wegen des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse gem. § 278 StGB vorbehalten bleibt.

In diesen Fällen dürfte Betrug i.S. von § 263 StGB Tateinheitlich verwirklicht worden sein, da die Geschädigten durch solche inhaltlich falschen ärztlichen Berichte zu Gunsten von BioNTech etc. bzw. dem Bund (der die Haftung übernommen hat) und der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung etc. ihrer Ansprüche auf korrekte ärztliche Behandlung und auf Entschädigung (Schadenersatz- und Schmerzensgeld) beraubt werden sollen und auch beraubt werden.

Es gibt auch Berichte, dass (Krankenhaus-)Ärzte durch Vorgesetzte gezielt zur Ausstellung solcher unrichtigen Gesundheitszeugnisse genötigt und angestiftet werden.

Solche kriminellen Machenschaften dürften auch dem Zweck dienen, das katastrophale Ausmaß dieser Covid-19-Geninjektionen zu vertuschen.

In solchen Fällen bleibt ebenfalls die Strafanzeige wegen Anstiftung zum Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse gem. §§. 278, 26 StGB vorbehalten.

II. Nachweise und Indizien für die Kausalität der Covid-Injektionen für die streitgegenständlichen Impfschäden

1.

Grundsätzlich:

Als Vorbemerkung sei erwähnt, dass es in der Medizin fast nie eine direkte Kausalität zwischen Laborwerten und Erkrankungen gibt. Grund ist die fehlende Eins-zu-Eins-Beziehung zwischen Laborbefunden und Diagnosen. Denn es gibt kaum einen Laborwerte, der genau dann und nur dann im pathologischen Bereich ist, wenn eine bestimmte Erkrankung vorliegt.

Eine von Ärzten getroffene Diagnose gleicht daher mehr einem Indizienprozess.

Liegen bestimmte erkrankungstypische Beschwerden vor, und sprechen genügend Untersuchungsbefunde, wie z. B. Laborwerte für eine bestimmte Erkrankung, stellt der Arzt aufgrund seines Wissens und seiner Erfahrung eine Diagnose. Diese wird in den meisten Fällen richtig sein, in Einzelfällen aber auch nicht.

Welche Laborwerte sprechen nun für einen Impfschaden?

Aus meiner Sicht am wichtigsten sind hier Befunde, durch die das Spikeprotein oder gar Impf-mRNA nachgewiesen werden kann. Beides lässt sich seriös bei Prof. König in Magdeburg bestimmen. Spike- Proteine kann man im Gewebe auch nach den Methoden von Prof. Burghardt nachweisen. Nach seinem Tod ist das möglich bei Dr. Mörz in Dresden.

An zweiter Stelle seien Antikörper zu erwähnen, wenn sie in der folgenden Konstellation vorliegen: positiver Nachweise von Antikörpern gegen das Spike-Protein und gleichzeitig negativer Nachweis von AK gegen das Nukleocapsid, da letzteres nur bei einer Corona-

Infektion nachweisbar ist. Diese Untersuchung ist sowohl im Blut wie auch im Gewebe möglich.

Die bisher genannten Befunde haben aus meiner Sicht die höchste argumentative Kraft für einen Impfschaden, wenn gleichzeitig entsprechende Beschwerden und dazu passende weitere Befunde vorliegen.

Bei allen weiteren Laborwerten wird es schwieriger, zum einen aus den eingangs erwähnten Anmerkungen, zum anderen aber auch, weil die bei Geimpften häufig auftretenden Erkrankungen (inkl. der passenden Laborbefunde) in einem kleinen Prozentsatz auch nur nach Infektion bei Ungeimpften, ja sogar in Einzelfällen völlig ohne Zusammenhang zwischen Erkrankung und Infektion/Impfung auftreten können. Als verdeutlichendes Beispiel sei das Chronic Fatigue Syndrom (CFS/ME) genannt, welches

1. a) Nach Impfung sehr häufig
2. b) Nach Infektion selten auftritt, aber
3. c) Ohne Impfung und Infektion auch vorkommen kann.

Laborchemisch lässt sich dieses CFS sicher einkreisen, jedoch lässt sich alleine mit diesen Werten der gesicherte Zusammenhang zur Impfung nicht zu 100% belegen.

Gleiches gilt für andere Erkrankungen als Folge der Impfung und deren Laborwerte, wie z. B. Neuroinflammation, Small-Fiber-Neuropathie, Vaskulitis bzw. Endotheliitis und mehr.

2.

Konkrete Nachweise in Form von Blutwerten / Antikörpern / Gewebeproben / zeitlicher Zusammenhang

2.1

Fragmente der Covid-19-modRNA im Blut

In einer im Januar 2023 publizierten dänischen Studie heißt es:

„Wir fanden überraschenderweise Fragmente der COVID-19-Impfstoff-mRNA bis zu 28 Tage nach der Impfung im Blut von chronischen HCV-Patienten, die mit mRNA-Impfstoffen von Pfizer-BioNTech und Moderna geimpft worden waren.

Die Studie mit dem Titel „SARS-CoV-2 spike mRNA vaccine sequences circulate in blood up to 28 days after COVID-19 vaccination“ (SARS-CoV-2-Spike-mRNA-Impfstoffsequenzen zirkulieren im Blut bis zu 28 Tage nach der COVID-19-Impfung) hatte zunächst nichts mit Corona und den Impf-Präparaten zu tun, sondern sollte auftretende Hepatitis C Infektionen nach der mRNA-Impfung überwachen. Die Erkenntnisse über den Verbleib von Impfstoff im Blut, sind offenbar ein unerwarteter Fund.

Zur Überwachung der HCV-Infektion wurde RNA aus Patientenplasma extrahiert und die RNA-Sequenzierung auf der Illumina-Plattform durchgeführt. Bei 10 von 108 HCV-Patientenproben wurden im Blut bis zu 28 Tage nach der COVID-19-Impfung

vollständige oder Spuren von SARS-CoV-2-Spike-mRNA-Impfstoffsequenzen gefunden.“

Quelle mit Link zu der vorgenannten Studie:

<https://tkp.at/2023/02/20/studie-aus-daenemark-spike-mrna-im-blut-noch-nach-28-tagen-nachweisbar/>

2.2

Sonstige Blutwerte:

Dazu wird ggf. noch nachgetragen.

2.3

Antikörper

„Der Unterschied zwischen den durch die Injektion hervorgerufenen Spike-Proteinen und dem Spike-Protein des Virus besteht darin, dass im Falle einer Infektion zusätzlich zum Spike-Protein ein zweites Antigen des Virus vorhanden sein muss, das sogenannte Nukleokapsid. Wenn das Nukleokapsid-Protein fehlt, kann die sichere Aussage getroffen werden, dass das festgestellte Spike-Protein aufgrund der Injektion gebildet wurde.“ (Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, Seite 206, 2. Absatz m.w.N.).

Das dürfte unstrittig sein, da jedes einschlägig qualifizierte Labor diese Aussage bestätigen würde.

Dazu wird ggf. noch nachgetragen.

3.4

Gewebeproben

Spike-Proteine können auch im Gewebe nachgewiesen werden.

„Namhafte Pathologen der Pathologie-Konferenz um Prof. Arne Burkhardt schreiben am 16.3.2022 einen dringenden Brief an das PEI mit der Information, es bestehe eine erhebliche Gefahr für die öffentliche Gesundheit ... Sie führen aus, sei hätten anlässlich zahlreicher Obduktionen gravierende entzündliche Gefäßreaktionen in allen Organgeweben festgestellt, die durch das aufgrund der Injektion gebildete Spike-Protein verursacht seien.... Sie schreiben wörtlich „Unsere pathologischen Untersuchungen ergaben unzweifelhaft, dass die impf-induzierte „Spike-Produktion“ im menschlichen Körper nicht ausschließlich an der Injektionsstelle im Muskel stattfindet, sondern die Spike-Produktion in sämtlichen Zellen und Organen stattfinden kann, selbst im Gehirn. Die Expression des Spike-Proteins führt zu gravierenden Entzündungsreaktionen in den betroffenen Organgeweben bis hin zum Tod. Es besteht unmittelbares Todesrisiko...“ (Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 467 f. m.w.N.).

Schäden sind eindeutig nachweisbar, insbes. die in den Kapillaren. Spike-Proteine in den Läsionen/Gewebeschäden sind leicht nachweisbar

Weiterer Vortrag dazu bleibt vorbehalten.

4.

Zeitlicher Zusammenhang

Siehe oben.

5.

Sonstige Umstände

Siehe oben.

III. Typische Nebenwirkungen von Comirnaty

1.

Warum diese Nebenwirkungen zu den typischen Nebenwirkungen von Comirnaty gehören

1.1.

Schädigung des Immunsystems

Bei allen Impfgeschädigten wird das Immunsystem zerstört. Zu diesem Thema sind schon sehr frühzeitig Studien veröffentlicht worden.

1.1.1

In einem Beitrag auf tkp.at vom 21.4.2022 mit dem Titel „Seneff/Nigh/McCullough: Unterdrückung des angeborenen Immunsystems durch mRNA-Impfungen“ heißt es (**Zitat**):

„Immer mehr Daten und Studien zeigen abnehmende oder sogar negative Wirksamkeit der mRNA-Präparate. Und selbst Mainstream Medien kommen immer weniger darum herum über schwere Nebenwirkungen und Langzeitschäden zu berichten. **Es wird immer klarer, dass das Immunsystem durch diese Art der Impfung schwer geschädigt und damit anderen Krankheiten Tür und Tor geöffnet wird.**

Die Autoren Stephanie Seneff, Greg Nigh Anthony, M. Kyriakopoulos und Peter A. McCullough haben dieses Thema in einer umfangreichen Arbeit aufgegriffen und systematisch dargestellt. Die Studie wurde in ScienceDirect unter dem Titel „Innate immune suppression by SARS-CoV-2 mRNA vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes, and MicroRNAs“ (Unterdrückung des angeborenen Immunsystems durch SARS-CoV-2 mRNA-Impfungen: Die Rolle von G-Quadruplexen, Exosomen und MicroRNAs) veröffentlicht. Es sollte eine interessante Lektüre für Virologen sein, um zumindest ansatzweise eine Ahnung über die Funktion des Immunsystems zu bekommen. Der Tunnelblick auf die Antikörper und deren Zahl ist überhaupt nicht geeignet um eine Aussage über Immunität zu treffen.

Die wichtigsten Punkte sind

- mRNA-Impfstoffe fördern die anhaltende Produktion des SARS-CoV-2-Spike-Proteins.
- Das Spike-Protein ist neurotoxisch und beeinträchtigt die DNA-Reparaturmechanismen.
- Die Unterdrückung der Typ-I-Interferon-Reaktion führt zu einer Beeinträchtigung der angeborenen Immunität.
- Die mRNA-Impfstoffe verursachen möglicherweise ein erhöhtes Risiko für Infektionskrankheiten und Krebs.
- Die Codon-Optimierung führt zu G-reicher mRNA, die unvorhersehbare komplexe Wirkungen hat.

Im Abstract wird auf die wesentlichsten Punkte hingewiesen:

„Die Verwendung von mRNA-Impfstoffen im Zusammenhang mit Infektionskrankheiten ist ohne Beispiel. Die vielen Veränderungen in der mRNA des Impfstoffs verbergen die mRNA vor der zellulären Abwehr und fördern eine längere biologische Halbwertszeit und eine hohe Produktion von Spike-Protein. Die Immunreaktion auf den Impfstoff unterscheidet sich stark von der auf eine SARS-CoV-2-Infektion.“

Und weiter geht es um das komplexe Zusammenspiel der vielen Komponenten und Signalwege im Immunsystem:

„In diesem Beitrag präsentieren wir Beweise dafür, dass die Impfung eine tiefgreifende Beeinträchtigung der Typ-I-Interferon-Signalisierung hervorruft, die verschiedene negative Folgen für die menschliche Gesundheit hat. Immunzellen, die die Nanopartikel des Impfstoffs aufgenommen haben, geben eine große Anzahl von Exosomen in den Blutkreislauf ab, die Spike-Protein zusammen mit kritischen microRNAs enthalten, die eine Signalreaktion in Empfängerzellen an entfernten Stellen auslösen. Wir stellen außerdem fest, dass die regulatorische Kontrolle der Proteinsynthese und die Krebsüberwachung möglicherweise tiefgreifend gestört sind. Diese Störungen stehen möglicherweise in kausalem Zusammenhang mit neurodegenerativen Erkrankungen, Myokarditis, Immunthrombozytopenie, Gesichts-Lähmung, Lebererkrankungen, gestörter adaptiver Immunität, gestörter DNA-Schadensreaktion und Tumorentstehung. Wir zeigen Beweise aus der VAERS-Datenbank, die unsere Hypothese unterstützen. Wir sind der Ansicht, dass eine umfassende Risiko-Nutzen-Bewertung der mRNA-Impfstoffe diese als positiven Beitrag zur öffentlichen Gesundheit in Frage stellt.“

Im Kapitel Einführung weisen die vier Spitzen-Wissenschaftler darauf hin, dass die Regierungen weltweit die Gefahren und Schäden der Impfkampagne nicht wahrnehmen wollen. Die erzeugten Antikörper verschwinden binnen 3 bis 10 Wochen nach der zweiten Dosis, weshalb der Booster empfohlen wird. Die Varianten wie Delta und Omicron werden dank Mutationen im Spike Protein immer weniger erkannt. Die Impfung verhindert keine Übertragung des Virus und die Behauptung, dass die Schwere der Erkrankung reduziert wird, kann auch nicht mehr aufrechterhalten werden.

Eine Studie, in der Anfang September 2021 die Impfraten mit den COVID-19-Infektionsraten in 68 Ländern und 2947 Bezirken in den Vereinigten Staaten verglichen wurden, ergab keine Korrelation zwischen den beiden, was darauf hindeutet, dass diese Impfstoffe nicht vor der Verbreitung der Krankheit schützen.

Die Funktion von Interferonen

Im zweiten Abschnitt geben die Autoren einen kurzen Überblick über die Funktion der Interferone mit Hinsicht auf ihre Wirkungen bei der Verhinderung von Krebs. Hier zwei kurze Ausschnitte um die Komplexität und Vielfalt der Funktionen und Wechselwirkungen von Interferonen (IFN) zu illustrieren:

„IFN wird heute als eine sehr große Familie immunmodulierender Proteine verstanden, die in drei Typen unterteilt werden, die als Typ I, II und III bezeichnet werden, je nachdem, mit welchen Rezeptoren jedes IFN interagiert. Zum Typ I IFN gehören sowohl IFN- α als auch IFN- β , und dieser Typ ist der vielfältigste und wird in siebzehn Subtypen unterteilt. Allein für IFN- α sind derzeit dreizehn Subtypen identifiziert worden, und jeder dieser Subtypen ist wiederum in mehrere Kategorien unterteilt (Wang et al., 2017a). IFNs vom Typ I spielen eine wichtige Rolle bei der Immunantwort auf verschiedene Stressoren. In der Tat haben sie einen klinischen therapeutischen Wert als Behandlungsoption für eine Vielzahl von Krankheiten und Zuständen, einschließlich Virusinfektionen, solider Tumore, myeloproliferativer Störungen, hämatopoetischer Neoplasmen und Autoimmunerkrankungen wie Multiple Sklerose (Passegu und Ernst, 2009).“

Und hier ein kurzer Blick auf Folgen der Störung der Funktion von Interferonen:

„Eine gestörte Typ-I-IFN-Signalübertragung wird mit vielen Krankheitsrisiken in Verbindung gebracht, insbesondere mit Krebs, da die Typ-I-IFN-Signalübertragung die Vermehrung sowohl von Viren als auch von Krebszellen unterdrückt, indem sie den Zellzyklus zum Teil durch die Hochregulierung von p53, einem Tumorsuppressorgen, und verschiedener zyklinabhängiger Kinase-Inhibitoren unterbricht (Musella et al., 2017; Matsuoka et al., 1998). IFN- α induziert auch die Präsentation von Antigenen der Haupthistokompatibilitätsklasse (MHC) 1 durch Tumorzellen, wodurch diese leichter vom Krebsüberwachungssystem erkannt werden können (Heise et al., 2016; Sundstedt et al., 2008). Die Bandbreite der krebsbekämpfenden Wirkungen, die durch die IFN- α -Expression ausgelöst werden, ist erstaunlich und erfolgt sowohl über direkte als auch indirekte Mechanismen. Zu den direkten Wirkungen gehören die Hemmung des Zellzyklus, die Induktion der Zelldifferenzierung, die Einleitung der Apoptose, die Aktivierung natürlicher Killer- und CD8+ T-Zellen und andere (Schneider et al., 2014).“

Das Problem bei den mRNA-Präparaten ist nun allerdings, dass sie Teile des Immunsystems unterdrücken um die Verarbeitung der mRNA im ganzen Körper zu ermöglichen. Die RNA wird in Exosomen, mikroskopischen Transportbläschen, verbreitet aber auch monatelang in den Lymphknoten aufgehoben. Dadurch kommt es zu wiederkehrenden und lange andauernden Schädigungen essenzieller Teile des Immunsystems:

„Die Transfektion von Zellen mit dem Gen des Spike-Proteins und die anschließende Produktion von SARS-CoV-2-Spike-Proteinen führt dazu, dass diese Zellen Exosomen erzeugen, die microRNAs enthalten, die die IRF9-Produktion unterdrücken und gleichzeitig eine Reihe von entzündungsfördernden Gentranskripten aktivieren (Mishra und Banerjea, 2021). Da diese Impfstoffe speziell darauf ausgelegt sind, eine hohe und anhaltende Produktion von SARS-CoV-2-Spike-Glykoproteinen zu induzieren, sind die Auswirkungen unheilvoll. Wie oben beschrieben, unterdrückt die Hemmung von IRF9 TRAIL und alle seine regulatorischen und nachgeschalteten Apoptose-induzierenden Effekte. Es ist zu erwarten, dass die Unterdrückung von IRF9 durch exosomale microRNA auch die krebsschützenden Wirkungen der BRCA2-Genaktivität beeinträchtigt, die, wie oben beschrieben, für ihre Aktivität von diesem Molekül abhängig ist. Zu den BRCA2-assoziierten Krebsarten gehören Brust-, Eileiter- und Eierstockkrebs bei Frauen, Prostata- und Brustkrebs bei Männern, akute myeloische Leukämie bei Kindern und andere (National Cancer Institute, 2021).“

Das sind in der Zwischenzeit wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse, die gewonnen hätten werden sollen, bevor die Präparate milliardenfach in Oberarme gespritzt wurden. Eben eine normale toxikologische umfassende Überprüfung, die jedoch wegen angeblich fehlender Behandlungsmöglichkeiten von Covid ausgelassen wurde.

Es geht aber noch weiter:

„Es wurde auch nachgewiesen, dass die Impfung sowohl IRF7 als auch STAT2 unterdrückt (Liu et al., 2021). Es ist zu erwarten, dass dies die oben beschriebenen krebsschützenden Wirkungen von BRCA1 beeinträchtigt. Zu den Krebsarten, die mit einer verminderten BRCA1-Aktivität in Verbindung gebracht werden, gehören Brust-, Gebärmutter- und Eierstockkrebs bei Frauen, Prostata- und Brustkrebs bei Männern sowie ein leichter Anstieg von Bauchspeicheldrüsenkrebs sowohl bei Männern als auch bei Frauen (Cancer risk and BRCA1 gene, 2021).“

Aber nicht nur Krebs ist die Folge der Impfung mit den mRNA-Präparaten, sondern auch eine ganze Palette von neurologischen und neurodegenerativen Erkrankungen:

„Eine verminderte BRCA1-Expression wird sowohl mit Krebs als auch mit Neurodegeneration in Verbindung gebracht. BRCA1 ist ein bekanntes Gen für die Anfälligkeit für Brustkrebs. BRCA1 hemmt die Proliferation von Brustkrebszellen durch Aktivierung von SIRT1 und anschließende Unterdrückung des Androgenrezeptors (Zhang et al., 2016). In einer von Suberbielle et al. (2015) durchgeführten Studie wurden in den Gehirnen von Alzheimer-Patienten verringerte BRCA1-Spiegel festgestellt. Darüber hinaus zeigten Experimente, bei denen BRCA1 im Gyrus dentatus von Mäusen ausgeschaltet wurde, dass es vermehrt zu DNA-Doppelstrangbrüchen kam, zusammen mit neuronaler Schrumpfung und Beeinträchtigungen der synaptischen Plastizität, des Lernens und des Gedächtnisses.“

Weitere Kapitel

Im nächsten Abschnitt über das Design der mRNA Präparate erläutern die Autoren nochmals, dass die RNA des Spike-Proteins modifiziert werden musste, um nicht sofort vom Immunsystem zerlegt zu werden. Und das sind die Folgen für die Reaktion auf Mutationen:

„Angesichts der zahlreichen Mutationen, die SARS-CoV-2 entwickelt, wie z. B. bei den Ausbrüchen in Brasilien (Timmers et al., 2021), erfordert eine wirksame Immunreaktion, die die Ausbreitung von SARS-CoV2-Mutanten verhindert, die Entwicklung einer robusten IFN-I-Reaktion als Teil des angeborenen Immunsystems. Diese Reaktion erfordert auch die Beteiligung einer funktionierenden NF-κB-Reaktion. Leider wird durch die Überexpression von Spike-Glykoproteinen die NF-κB-Antwort abgebaut, und dieses molekulare Ereignis kann durch Spike-Protein-kodierende mRNAs verstärkt werden (Kyriakopoulos und McCullough, 2021; Jiang und Mei, 2021).“

In allen Statistiken werden Geimpfte die ersten zwei Wochen nach der Impfung als ungeimpft gezählt. Das hat einen guten Grund:

„Wenn, wie oben argumentiert, die mRNA-Impfstoffe die Typ-I-IFN-Signalisierung beeinträchtigen, könnte dies zu einer erhöhten Anfälligkeit für COVID-19 in den zwei Wochen nach der ersten Impfung führen, bevor eine Antikörperreaktion eingesetzt hat.“ Tatsächlich haben schon sehr früh Studien für die ersten beiden Wochen nach der Impfung wie die in Dänemark gezeigt, dass in den Pflegeheimen die Geimpften um 40% häufiger infiziert waren als Ungeimpfte, bei den Spitalsbediensteten waren es sogar um 105% mehr. Es ist also die beeinträchtigte Interferon-Signalisierung, die durch das Design des Impfstoffes verursacht wird, dass es durch die Impfung zu stark erhöhten Infektionen kommt. Die Geimpften werden in den Statistiken aber weltweit in den ersten beiden Wochen zu den Ungeimpften gezählt, obwohl die Infektion durch Impfung gefördert wird. Das ist eine bewusste Fälschung von Daten.

Aber diese Schädigung des Interferon-Signalwegs führt auch zu schwereren Covid-Verläufen:

„Eine von mehreren Autoren durchgeführte Studie von Forschern in Paris, Frankreich, die eine Kohorte von 50 COVID-19-Patienten mit unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung umfasste, ergab, dass Patienten mit schwerer Erkrankung durch eine stark beeinträchtigte Typ-I-IFN-Reaktion gekennzeichnet waren (Hadjadj et al., 2020). Diese Patienten hatten im Wesentlichen kein IFN-β und eine geringe IFN-α-Produktion und -Aktivität. Dies ging mit einer anhaltenden Viruslast im Blut und einer verstärkten Entzündungsreaktion einher, die durch hohe Werte von Tumornekrosefaktor α (TNF-α) und IL-6 gekennzeichnet war.“

Dazu kommt, dass die Impfung Antikörper just gegen diese Typ I Interferone erzeugt, die wie wir gesehen haben essenzielle Bestandteile des Immunsystems bei der Bekämpfung

von Krebs und Infektionen sind. Die INF werden dadurch reduziert, was wieder Krebs, Infektionen und andere Erkrankungen fördert.

Aber es geht noch weiter:

„Wenn die Typ-I-IFN-Signalisierung beeinträchtigt ist, wie es nach einer Impfung, nicht aber nach einer natürlichen Infektion mit SARS-CoV-2 der Fall ist, wäre auch die Fähigkeit der CD8+ T-Zellen, Herpes in Schach zu halten, beeinträchtigt.“

Tatsächlich ist zum Beispiel Gürtelrose eine immer häufiger auftretende Erkrankung, die durch die Reaktivierung latenter Herpes-Zoster-Viren (HZV) verursacht wird, die in der Kindheit auch Windpocken verursachen. Es werden immer mehr solcher Fälle kurz nach der Impfung bekannt. Auch Hepatitis C Reinfektionen sind bekannt und dokumentiert.

Als weitere Krankheiten, die in Zusammenhang mit der mRNA Impfung auftreten werden Immunthrombozytopenie, Lebererkrankungen, Gesichtslähmung und neurologische Verletzungen oder Herzmuskelentzündungen detailliert behandelt.

Weiter wird gezeigt, dass die Daten über Nebenwirkungen, die in VAERS gesammelt werden zwar unvollständig sind aber doch eindeutige und klare Beweise liefern, dass die Covid-Impfungen ein noch nie dagewesenes Ausmaß an Verletzungen und Krankheiten verursachen.

Hier eine der Tabellen für Erkrankungen der Herzens:

Symptom	Covid-19 Vaccines	All Vaccines	Percent COVID-19
Myocarditis	2,322	2,361	98.3
Arrest	1,319	1,371	96.2
Arrhythmia	1,069	1,087	98.3
Myocardial infarction	2,224	2,272	97.9
Cardiac failure	1,156	1,190	97.1
TOTAL	8,090	8,281	97.7

Wir sehen, dass zwischen 96,2 und 98,3 Prozent der dokumentierten Erkrankungen der letzten 30 Jahre von den Covid-Impfungen verursacht wurden. Ähnliche Ergebnisse zeigen neurologische Verletzungen, Erkrankungen der Leber, Thrombosen, Krebs und andere Symptomkreise.

Fazit

In dem Beitrag machen die Autoren auf drei sehr wichtige Aspekte des Sicherheitsprofils dieser Impfungen aufmerksam.

Der erste ist die umfassend dokumentierte Unterdrückung der angeborenen Immunität, vor allem durch Unterdrückung von IFN- α und der damit verbundenen Signalkaskade. Diese Unterdrückung hat eine ganze Reihe von Folgen, zu denen nicht zuletzt die Reaktivierung latenter Virusinfektionen und die verminderte Fähigkeit zur wirksamen Bekämpfung künftiger Infektionen gehören.

Zweitens wird das System zur Verhinderung und Erkennung genetisch bedingter bösartiger Veränderungen in Zellen gestört, was dazu führen kann, dass Impfungen diese Veränderungen fördern.

Drittens stört die mRNA-Impfung möglicherweise die intrazelluläre Kommunikation durch Exosomen und veranlasst Zellen, die Spike-Glykoprotein-mRNA aufnehmen, hohe Mengen an Spike-Glykoprotein-tragenden Exosomen zu produzieren, was möglicherweise schwerwiegende entzündliche Folgen hat.

Sollte eines dieser Potenziale voll ausgeschöpft werden, könnte dies enorme Auswirkungen auf Milliarden von Menschen auf der ganzen Welt haben und sowohl kurz- als auch langfristig zur Belastung unseres Gesundheitssystems durch Krankheiten beitragen.

Die Autoren schließen mit einem Aufruf:

Angesichts der großen Zahl von Personen, denen die SARS-CoV-2-mRNA-Impfstoffe injiziert wurden, und der breiten Palette der von uns beschriebenen unerwünschten Wirkungen sind letztlich Milliarden von Menschenleben potenziell gefährdet. Wir fordern die Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens auf, mit Beweisen zu belegen, warum die in diesem Papier erörterten Fragen für die öffentliche Gesundheit nicht relevant sind, oder anzuerkennen, dass sie es sind, und entsprechend zu handeln. Darüber hinaus ermutigen wir alle Menschen, ihre eigenen Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung zu treffen und dabei diese Informationen als einen wichtigen Faktor zu berücksichtigen.“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2022/04/21/seneff-nigh-mccullough-unterdrueckung-des-angeborenen-immunsystems-durch-mrna-impfungen/>

Es gibt zahlreiche weitere Beiträge, die das Phänomen der Schädigung des Immunsystems beschreiben, z.B.:

1.1.2

Tkp.at-Artikel vom 1.12.2023 mit dem Titel „**Nächste Gefahr für ein funktionierendes Immunsystem: Selbstverstärkende saRNA-Präparate**“, in dem es u.a. heißt **(Zitat)**:

„Da Impfstoffe auf RNA-Basis jedoch nur ein einziges Antigen produzieren, ist unser Immunsystem der Möglichkeit beraubt, eine Kreuzimmunität gegen Virusvarianten zu entwickeln. Dies gilt insbesondere für Atemwegsviren, die eine hohe Mutationsrate aufweisen. Wir können jetzt schon beobachten wie dies dazu führt, dass sowohl die Häufigkeit als auch der Schweregrad von Infektionskrankheiten zunehmen –

insbesondere bei den Geimpften. Politiker, die die Bevölkerung vor zukünftigen Infektionen schützen wollen, wären daher gut beraten, Gesundheitsprogramme anzubieten, die das Immunsystem gegen saisonale Infektionen stärken.

Die nächste Generation von RNA-basierten Injektionen wird selbstverstärkende RNA (self-amplifying RNA – saRNA) enthalten.

Wie auf TKP immer wieder erläutert, werden „mRNA-Impfstoffe“ nicht mit Boten-RNA, sondern mit modifizierter RNA (modRNA) hergestellt. Diese so genannten Impfstoffe sind in Wirklichkeit Gentherapieprodukte, da die modRNA die Software unserer Zellen kapert. Wir haben keinerlei Möglichkeit, auf modRNA (oder saRNA) Einfluss zu nehmen, nachdem sie injiziert wurde.

Was unterscheidet saRNA von modRNA?

Der Begriff „selbst-amplifizierend“ ist selbsterklärend: saRNA repliziert sich selbst wiederholt, was nicht natürlich ist, da natürliche mRNA immer (ohne Ausnahme) von der DNA abgeschrieben wird (dies wird als das „zentrale Dogma der Molekularbiologie“ bezeichnet). Im Vergleich zu modRNA führt eine kleine Menge saRNA zu einer größeren Menge an produziertem Antigen; eine einzige Injektion mit saRNA kann ausreichen, um genügend Antikörper gegen ein Virus zu erzeugen.

Sowohl saRNA als auch modRNA stellen den Bauplan für ein virales Protein dar, das nach dem Eindringen in unsere Zellen von unserer Zellmaschinerie (d. h. den Ribosomen) produziert wird.

Die Wissenschaftler schufen die gentechnisch veränderte modRNA-Sequenz, indem sie natürliche Uridine durch synthetische N1-Methyl-Pseudouridine ersetzen, um eine maximale Menge an viralen Antigenen zu erzeugen. Diese Modifikation ist die Grundlage der COVID-19-Spritzen von Pfizer-BioNTech und Moderna.

Im Gegensatz zur modRNA enthält die saRNA keine Methylpseudouridine, sondern Uridine. Und warum? Da saRNA sich selbst repliziert und synthetische Methylpseudouridine in unseren Zellen nicht verfügbar sind, muss saRNA auf natürliche Uridine zurückgreifen, die in unseren Zellen vorhanden sind. Unsere Zellen werden fremde Proteine mit Hilfe ihrer eigenen Zellmaschinerie und ihrer eigenen natürlichen Ressourcen herstellen – der Hauptgrund, warum diese Zellen schließlich erschöpft sind.

Anders als modRNA enthält saRNA eine zusätzliche Sequenz für die Replikase, da zerstörte saRNA (durch RNasen) durch neue saRNA ersetzt werden muss. Da sich natürliche mRNA niemals selbst replizieren kann, handelt es sich bei saRNA eindeutig um eine genetisch veränderte RNA (modRNA). Oder anders gesagt, ist saRNA nur eine weitere Art von modRNA.

Warum der Wechsel zu saRNA?

Die saRNA ist die politische Lösung, so ein Artikel in der Epoch Times: die gleiche Menge (oder sogar mehr) Antigen in nur einer Spritze! ...

Wie wir bei modRNA festgestellt haben, ist das Spike-Protein für unseren Körper giftig. Wir wissen, dass modRNA zur Produktion von mehr Spike-Protein führt, als bei einer natürlichen Infektion vorhanden wäre, und wir wissen, dass wiederholte Injektionen eine Immuntoleranz durch den IgG4-Subtyp der Antikörper verursachen.

Im Vergleich zu modRNA führt eine kleine Menge saRNA zu einer erhöhten Menge an produziertem Antigen. Das wird auch wie ab der dritten Spritze nachgewiesen zu erhöhten Konzentrationen von IgG4-Antikörpern führen. Dies kann COVID-19-

Durchbruchsinfektionen, eine verminderte Immunantwort auf andere virale und bakterielle Infektionen und die Reaktivierung latenter Virusinfektionen erklären. Es kann auch zu Autoimmunerkrankungen und unkontrolliertem Krebswachstum führen.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/12/01/naechste-gefahr-fuer-ein-funktionierendes-immunsystem-selbstverstaerkende-sarna-praeparate/>

1.1.3

Tkp.at-Artikel vom 8.1.2023 mit dem Titel „**Die Missachtung der zentralen Schaltstellen des Immunsystems durch Virologen**“. Dort wird u.a. ausgeführt (**Zitat**):

Seit ich mich dank der Ausrufung einer Corona Pandemie durch die WHO vermehrt mit dem Immunsystem beschäftige, verblüfft mich die einseitige Konzentration auf die Antikörper. Das ist offenbar allgemein in der Konzernmedizin üblich und besonders stark ausgeprägt bei den Virologen.

Ein Immunologe hat dazu mal festgehalten, das sei so wie der Schweizer Ruedi, der den nächtens verlorenen Schlüssel unter der Laterne sucht. Gefragt wo er ihn verloren habe, gesteht es sei da drüben in der Finsternis gewesen, suche aber hier, weil es da hell sei.

Es stimmt Antikörper sind einfach, schnell und billig detektierbar, während die Untersuchung von T-Zellen und den Botenstoffen mehr Wissen erfordern, zeitaufwändiger und kostenintensiver sind. Aber nicht einmal die Untersuchung der Antikörper macht man richtig, denn es gibt verschiedene und bei den IgG sogar Subtypen mit gegensätzlichen Funktionen. Man rechnet aber kalt lächelnd in den Pro-Impf-Studien auch solche Subtypen zu den schützenden, die das Immunsystem bremsen und damit die Infektion und Erkrankung fördern.

Dankenswerter Weise hat die Forschergruppe von Pascal Irrgang vom Institut für klinische und molekulare Virologie, Universitätsklinikum Erlangen und Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg damit aufgeräumt und die massive Entstehung der schädlichen IgG4 Antikörper schon ab der zweiten mRNA-Spritze aufgedeckt.

Die Studie ... spricht nicht vom Klassenwechsel der Antikörper, sondern korrekterweise vom Klassenwechsel der B-Zellen. Die Antikörper machen keinen Klassenwechsel, das können sie gar nicht, aber B-Zellen, die einen Klassenwechsel durchgemacht haben, produzieren jetzt andere Antikörper, nämlich schädliche. Und weiter wird ausgeführt, dass diese Umschaltung der B-Zellen durch die Botenstoffe IL-4 im Zusammenspiel mit IL-10 verursacht wird.

Und diese Botenstoffe werden von den CD4-Helfer-T-Zellen genutzt um das Immunsystem zu steuern, konkret von den Th1-Helferzellen, die auch die Aktivität der Killerzellen steuern. (Die Th2 sind für die Steuerung der Aktivität der Antikörper zuständig.) Und die Killerzellen sind zum Beispiel neben den NK-Zellen für die Vernichtung von Krebszellen verantwortlich. Wir wissen, dass es durch Impfung zu Turbokrebs kommt, wie etwa diese Studie gezeigt hat und wofür es klare Signale in den Datenbanken gibt, die die Nebenwirkungen erfassen. Und auch die Produktion der Treg – die regulatorischen T-Zellen, die dabei helfen Immunreaktion zu bremsen und zu

beenden – wird davon gesteuert. Untersuchungen haben gezeigt, dass all das Anzeichen für Vakzin-AIDS sind.

Was genau die T-Zellen machen, welche Funktionen beeinflusst werden, wieweit das angeborene Immunsystem verändert und beeinträchtigt wird durch die Aktivitäten der Treg und der T-Helferzellen wäre noch genauer und weiter zu untersuchen. Dass es schädliche Einflüsse gibt, ist offensichtlich.

Vergleicht man die einzelnen Funktionen im Immunsystem mit dem Militär, so wären die T-Helferzellen der Generalstab, die T-Killerzellen die schwere Artillerie und Panzertruppe, die B-Zellen ein Teil der Nachschubeinheit und der Militär-Industrie, die Treg die Militärpolizei, die Zytokine sind die Nachrichtenmittel und Funkgeräte und die Antikörper sind primitive Gewehre, die nur einen einzigen Schuss abfeuern können. Die IgG4 enthaltene sogar nur mehr eine Farbpatrone, dienend zur Markierung von Viren als unschädlich und als in Ruhe zu lassen.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/01/08/die-missachtung-der-zentralen-schaltstellen-des-immunsystems-durch-virologen/>

1.1.4

Dem tkp.at-Artikel vom 7.2.2023 mit der Überschrift **„Ursache für erhöhte Übersterblichkeit im Dezember 2022: Gefährlicheres Corona Virus oder geschwächtes Immunsystem bei Geimpften?“** können wir u.a. entnehmen (Zitat):

„Neuere Studien haben gezeigt, dass schon ab der zweiten mRNA-Spritze das Immunsystem Antikörper vom Subtyp IgG4 bildet, die eine Toleranz gegen das Virus zur Folge haben. Das wird von den T-Zellen hervorgerufen und diese selbst erzeugen Abwehr-hemmende regulatorische T-Zellen, sowie T-Helfer-Zellen, die die Entwicklung dieser Hemmung steuern.

Die Folge ist, dass Covid-Verläufe schwerer ausfallen und es oft Wochen dauert, bis die Infektion abgewehrt werden kann. IgG4 selbst ruft eine Reihe von Krankheiten wie COPD oder verschiedene Autoimmunerkrankungen hervor.

Aber auch das angeborene Immunsystem wird geschädigt. Bei Geimpften misst man eine reduzierte Zahl der NK-Zellen. Die natürlichen Killerzellen sind etwa für die Vernichtung von Krebszellen nötig und sie sind bei allen Arten von Infektionen die erste Abwehrlinie.

Schon im Mai 2021 erschien eine Studie, die die Unterdrückung und Störung des angeborenen Immunsystems nachwies, wie ich damals schon berichtet habe. Damit sind Geimpfte anfälliger gegen alle anderen Atemwegsviren, die eben im Dezember grassiert sind. Und darunter waren einige recht aggressive, wie etwa RSV, das auch mich vier Tage lang gequält hat.

Die wesentlich wahrscheinlichere Ursache für den Spitzenwert bei der Übersterblichkeit im Dezember ist die Schwächung des Immunsystems sowie der Abwehr gegen SARS-CoV-2, die sogar ins Negative geht, wie viele Studien gezeigt haben.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/02/07/ursache-fuer-erhoehte-uebersterblichkeit-im-dezember-2022-gefaehrlicheres-corona-virus-oder-geschwaechtes-immunsystem-bei-geimpften/>

1.1.5

Dass modRNA das Immunsystem über TOR-Rezeptoren abstellt kann aber unstreitig auch einem Paper aus dem Jahre 2013 (!) mit dem Titel „**mTOR inhibition improves antitumor effects of vaccination with antigen-encoding RNA**“ entnommen werden, an dem Ugur Sahin und Özlem Türeci mitgewirkt haben, siehe:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24778131/>

sowie in einem Paper aus dem Jahre 2005 (!) mit dem Titel „**Suppression of RNA recognition by Toll-like receptors: the impact of nucleoside modification and the evolutionary origin of RNA**“, zu deren Autoren die Nobelpreisträgerin Katalin Karikó zählt, die unstreitig von 2013 bis Ende September 2022 Senior Vice President bei der Beklagten war, siehe:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16111635/>

Der Zustand des Immunsystems, der durch Covid-19-Injektionen verursacht wird, wird von einigen Experten als VAIDS („vaccine acquired immunodeficiency syndrom“) oder auch Impf-Aids bezeichnet (siehe Sabine C. Stebel, ebenda, S. 148 f. m.w.N.).

Zum Verständnis: mTOR steht für „mechanised target of rapamycin“. Es ist Teil des MAPK-Stoffwechsels und eine Kinase. Kinasen katalysieren die Spende eines Phosphats aus ATP, um ein Enzym zu phosphorylieren und im Allgemeinen zu aktivieren. mTOR ist daher der Schlüssel zu vielen biologischen Prozessen, zur Proteinsynthese usw.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Frau Sabine C. Stebel, wie vor

1.1.6

Das Pathologieprotokoll von Dr. Andreas Bermpohl zum grundlegenden Verständnis:

Das Pathologieprotokoll des sachverständigen Zeugen Dr. Andreas Bermpohl, das hier als

Anlage K 14

überreicht wird,

erklärt sehr einfach "sämtliche" auftretenden Erkrankungen nach einer Corona-Injektion.

Komplexe immunologische Wechselwirkungen über Interleukine, Interferone und Komplementbeteiligungen, die ggf. vom Wesentlichen ablenken können, müssen hierbei nicht in den Fokus gerückt werden, da sie sich letztlich allesamt aus dem gleichen grundlegenden Schadmechanismus ergeben.

Dieses Modell lässt sich wegen seiner Einfachheit auch wie folgt in wenigen Sätzen zusammenfassen:

1. Lipidvesikel mit modRNA verbleiben nicht wie gewünscht im Muskel, sondern verteilen sich nach der Injektion im ganzen Körper. Das ist mittlerweile nachgewiesen, wie sich aus den Literaturangaben im Pathogenesemodell ergibt. Die Halbwertszeit der modRNA ist erheblich länger als die einer nativen mRNA.
2. Gelangen Lipidvesikel mit dieser modRNA in die Blutbahn, dann können Sie mit jeder Endothelzelle in jedem Organ verschmelzen.
3. Das jeweilige Endothel expremiert (wie eigentlich nur im Muskel vorgesehen) das Spike Protein.
4. Das Spike Protein hat einen Ankeranteil, so dass es an seinem Ort verbleibt (was, wie gesagt, ursprünglich für die Antigenpräsentation im Muskel vorgesehen war). Wird es jetzt aber von Gefäßzellen (Endothel) in der Blutbahn präsentiert, läuft hier die körpereigenen Abwehr hoch. die Zellen werden durch das eigene Immunsystem angegriffen und zerstört (siehe Modell).
Der Vorgang sollte nach wiederholter Impfung an "Aggression" gewinnen, was in der Folge zu Thrombosen in allen Organen führt.
5. Sollte das Spike Protein nach Expression freigesetzt werden, dann bewegt es sich in der Blutbahn, wird aber vom ACE2-Rezeptor gebunden (eventuell invaginiert unter Beeinflussung der ATP-Synthese, siehe Modell) oder direkt am Rezeptor als fremd "erkannt" und durch die Immunantwort angegriffen.

Mit diesem primär sehr einfachen Modell lassen sich nahtlos alle Folge-Symptome bei Patienten erklären, von denen der Sachverständige Dr. Bermpohl mittlerweile über 100 begleitet.

Damit ist klar: Das Antigen "Spike Protein" hätte niemals über diesen molekularbiologischen Ansatz als „Impf“-Antigen gewählt werden dürfen!!!!

Beweis (für die Schädigung des Immunsystems durch die Covid-19-Injektionen):

Sachverständiges Zeugnis von Dr. med. Andreas Bermpohl, Hülsbrockstr. 121, 33335 Gütersloh

1.2

Typizität der Impfschäden als grundsätzliches Indiz

Die allermeisten Nebenwirkungen und Impfschäden treten so häufig auf, dass sie typisch sind und deshalb auch größtenteils in den amtlichen Statistiken aufgeführt werden (müssen).

Die erwiesene Kausalität der Covid-19-Injektionen für diese typischen Impfschäden ist somit - unabhängig von den Beweiserleichterung gem. § 84 Abs. 2 S. 1 AMG – ein starkes Indiz für die Kausalität der streitgegenständlichen Schäden der Klägerin / des Klägers.

2.

In einem tkp.at-Artikel vom 17.3.2022 mit dem Titel „**Geheime Pfizer Daten über Impf-Nebenwirkungen richtig interpretieren**“ heißt es hierzu u.a. (Zitat):

„Die US-Zulassungsbehörde wurde von einem Gericht dazu verurteilt, die von Pfizer zu den Nebenwirkungen gesammelten Daten rascher zu veröffentlichen. Ursprünglich wollte man sich 77 Jahre dafür Zeit lassen, also sie de facto geheim halten. Verständlich denn die Daten sind so, dass die Impfkampagne sofort gestoppt hätte werden müssen und die Notfallszulassung zurückgezogen.

Schon der erste Augenschein zeigt ein ziemliches Desaster. 1223 Todesfälle wurden binnen zwei Monaten registriert und insgesamt 1291 verschiedene Nebenwirkungen wurden auf 9 Seiten gelistet...“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/03/17/geheime-pfizer-daten-ueber-impf-nebenwirkungen-richtig-interpretieren/>

In dem vorgenannten Artikel wird auf den vorangegangenen tkp.at-Artikel vom 3.3.2022 verwiesen, siehe

<https://tkp.at/2022/03/03/geheime-pfizer-daten-veroeffentlicht-9-seiten-nebenwirkungen/>

in dem das „postmarketing-experience“(sic!)-Dokument mit dem Titel „**BNT162b2 5.3.6 Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports**“ verlinkt ist, das ab Seite 30 im „**APPENDIX 1 LIST OF ADVERSE EVENTS OF SPECIAL INTEREST**“ (**Kurzbezeichnung: AESI**) die Liste mit diesen 9 Seiten an Nebenwirkungen enthält, Link hierzu:

<https://phmpt.org/wp-content/uploads/2021/11/5.3.6-postmarketing-experience.pdf>

Dort findet sich folgende Liste an Nebenwirkungen (Zitat):

“1p36 deletion syndrome;2-Hydroxyglutaric aciduria;5' nucleotidase increased;Acoustic neuritis;Acquired C1 inhibitor deficiency;Acquired epidermolysis bullosa;Acquired epileptic aphasia;Acute cutaneous lupus erythematosus;Acute disseminated encephalomyelitis;Acute encephalitis with refractory, repetitive partial seizures;Acute febrile neutrophilic dermatosis;Acute flaccid myelitis;Acute haemorrhagic leukoencephalitis;Acute haemorrhagic oedema of infancy;Acute kidney injury;Acute macular outer retinopathy;Acute motor axonal neuropathy;Acute motor-sensory axonal neuropathy;Acute myocardial infarction;Acute respiratory distress syndrome;Acute respiratory failure;Addison's disease;Administration site thrombosis;Administration site vasculitis;Adrenal thrombosis;Adverse event following immunisation;Ageusia;Agranulocytosis;Air embolism;Alanine aminotransferase abnormal;Alanine aminotransferase increased;Alcoholic seizure;Allergic bronchopulmonary mycosis;Allergic oedema;Alloimmune hepatitis;Alopecia areata;Alpers disease;Alveolar proteinosis;Ammonia abnormal;

Ammonia increased;Amniotic cavity infection; Amygdalohippocampectomy; Amyloid arthropathy;Amyloidosis;Amyloidosis senile; Anaphylactic reaction;Anaphylactic shock;Anaphylactic transfusion reaction;Anaphylactoid reaction; Anaphylactoid shock; Anaphylactoid syndrome of pregnancy;Angioedema;Angiopathic neuropathy;Ankylosing spondylitis;Anosmia;Antiacetylcholine receptor antibody positive;Anti-actin antibody positive;Anti-aquaporin-4 antibody positive;Anti-basal ganglia antibody positive;Anti-cyclic citrullinated peptide antibody positive;Anti-epithelial antibody positive;Anti-erythrocyte antibody positive;Anti-exosome complex antibody positive;Anti- GAD antibody negative;Anti-GAD antibody positive;Anti-ganglioside antibody positive;Antigliadin antibody positive;Anti-glomerular basement membrane antibody positive;Anti-glomerular basement membrane disease;Anti-glycyl-tRNA synthetase antibody positive;Anti-HLA antibody test positive;Anti-IA2 antibody positive;Anti-insulin antibody increased;Anti-insulin antibody positive;Anti-insulin receptor antibody increased;Anti- insulin receptor antibody positive;Anti-interferon antibody negative;Anti-interferon antibody positive;Anti-islet cell antibody positive;Antimitochondrial antibody positive;Anti-muscle specific kinase antibody positive;Anti-myelin-associated glycoprotein antibodies positive;Anti-myelin-associated glycoprotein associated polyneuropathy;Antimyocardial antibody positive;Anti-neuronal antibody positive;Antineutrophil cytoplasmic antibody increased;Antineutrophil cytoplasmic antibody positive;Anti-neutrophil cytoplasmic antibody positive vasculitis;Anti-NMDA antibody positive;Antinuclear antibody increased;Antinuclear antibody positive;Antiphospholipid antibodies positive;Antiphospholipid syndrome;Anti-platelet antibody positive;Anti-prothrombin antibody positive;Antiribosomal P antibody positive;Anti-RNA polymerase III antibody positive;Anti-saccharomyces cerevisiae antibody test positive;Anti-sperm antibody positive;Anti-SRP antibody positive;Antisyntetase syndrome;Anti-thyroid antibody positive;Anti-transglutaminase antibody increased;Anti-VGCC antibody positive;Anti- VGKC antibody positive;Anti-vimentin antibody positive;Antiviral prophylaxis;Antiviral treatment;Anti-zinc transporter 8 antibody positive;Aortic embolus;Aortic thrombosis;Aortitis;Aplasia pure red cell;Aplastic anaemia;Application site thrombosis;Application site vasculitis;Arrhythmia;Arterial bypass occlusion;Arterial bypass thrombosis;Arterial thrombosis;Arteriovenous fistula thrombosis;Arteriovenous graft site stenosis;Arteriovenous graft thrombosis;Arteritis;Arteritis coronary;Arthralgia;Arthritis;Arthritis enteropathic;Ascites;Aseptic cavernous sinus thrombosis;Aspartate aminotransferase abnormal;Aspartate aminotransferase increased;Aspartate-glutamate-transporter deficiency;AST to platelet ratio index increased;AST/ALT ratio abnormal;Asthma;Asymptomatic COVID-19;Ataxia;Atheroembolism;Atonic seizures;Atrial thrombosis;Atrophic thyroiditis;Atypical benign partial epilepsy;Atypical pneumonia;Aura;Autoantibody positive;Autoimmune anaemia;Autoimmune aplastic anaemia;Autoimmune arthritis;Autoimmune blistering disease;Autoimmune cholangitis;Autoimmune colitis;Autoimmune demyelinating disease;Autoimmune dermatitis;Autoimmune disorder;Autoimmune encephalopathy;Autoimmune endocrine disorder;Autoimmune enteropathy;Autoimmune eye disorder;Autoimmune haemolytic anaemia;Autoimmune

heparin-induced thrombocytopenia;Autoimmune hepatitis;Autoimmune
 hyperlipidaemia;Autoimmune hypothyroidism;Autoimmune inner ear disease;Autoimmune
 lung disease;Autoimmune lymphoproliferative syndrome;Autoimmune
 myocarditis;Autoimmune myositis;Autoimmune nephritis;Autoimmune
 neuropathy;Autoimmune neutropenia;Autoimmune pancreatitis;Autoimmune
 pancytopenia;Autoimmune pericarditis;Autoimmune retinopathy;Autoimmune thyroid
 disorder;Autoimmune thyroiditis;Autoimmune uveitis;Autoinflammation with
 infantile enterocolitis;Autoinflammatory disease;Automatism epileptic;Autonomic
 nervous system imbalance;Autonomic seizure;Axial spondyloarthritis;Axillary vein
 thrombosis;Axonal and demyelinating polyneuropathy;Axonal
 neuropathy;Bacterascites;Baltic myoclonic epilepsy;Band sensation;Basedow's
 disease;Basilar artery thrombosis;Basophilopenia;B-cell aplasia;Behcet's
 syndrome;Benign ethnic neutropenia;Benign familial neonatal convulsions;Benign
 familial pemphigus;Benign rolandic epilepsy;Beta-2 glycoprotein antibody
 positive;Bickerstaff's encephalitis;Bile output abnormal;Bile output
 decreased;Biliary ascites;Bilirubin conjugated abnormal;Bilirubin conjugated
 increased;Bilirubin urine present;Biopsy liver abnormal;Biotinidase
 deficiency;Birdshot chorioretinopathy;Blood alkaline phosphatase abnormal;Blood
 alkaline phosphatase increased;Blood bilirubin abnormal;Blood bilirubin
 increased;Blood bilirubin unconjugated increased;Blood cholinesterase
 abnormal;Blood cholinesterase decreased;Blood pressure decreased;Blood pressure
 diastolic decreased;Blood pressure systolic decreased;Blue toe
 syndrome;Brachiocephalic vein thrombosis;Brain stem embolism;Brain stem
 thrombosis;Bromosulphthalein test abnormal;Bronchial oedema;Bronchitis;Bronchitis
 mycoplasmal;Bronchitis viral;Bronchopulmonary aspergillosis
 allergic;Bronchospasm;Budd-Chiari syndrome;Bulbar palsy;Butterfly rash;Clq
 nephropathy;Caesarean section;Calcium embolism;Capillaritis;Caplan's
 syndrome;Cardiac amyloidosis;Cardiac arrest;Cardiac failure;Cardiac failure
 acute;Cardiac sarcoidosis;Cardiac ventricular thrombosis;Cardiogenic
 shock;Cardiolipin antibody positive;Cardiopulmonary failure;Cardio-respiratory
 arrest;Cardio-respiratory distress;Cardiovascular insufficiency;Carotid arterial
 embolus;Carotid artery thrombosis;Cataplexy;Catheter site thrombosis;Catheter
 site vasculitis;Cavernous sinus thrombosis;CDKL5 deficiency disorder;CEC
 syndrome;Cement embolism;Central nervous system lupus;Central nervous system
 vasculitis;Cerebellar artery thrombosis;Cerebellar embolism;Cerebral amyloid
 angiopathy;Cerebral arteritis;Cerebral artery embolism;Cerebral artery
 thrombosis;Cerebral gas embolism;Cerebral microembolism;Cerebral septic
 infarct;Cerebral thrombosis;Cerebral venous sinus thrombosis;Cerebral venous
 thrombosis;Cerebrospinal thrombotic tamponade;Cerebrovascular accident;Change in
 seizure presentation;Chest discomfort;Child-Pugh-Turcotte score abnormal;Child-
 Pugh-Turcotte score increased;Chillblains;Choking;Choking sensation;Cholangitis
 sclerosing;Chronic autoimmune glomerulonephritis;Chronic cutaneous lupus
 erythematosus;Chronic fatigue syndrome;Chronic gastritis;Chronic inflammatory
 demyelinating polyradiculoneuropathy;Chronic lymphocytic inflammation with
 pontine perivascular enhancement responsive to steroids;Chronic recurrent
 multifocal osteomyelitis;Chronic respiratory failure;Chronic spontaneous

urticaria;Circulatory collapse;Circumoral oedema;Circumoral swelling;Clinically isolated syndrome;Clonic convulsion;Coeliac disease;Cogan's syndrome;Cold agglutinins positive;Cold type haemolytic anaemia;Colitis;Colitis erosive;Colitis herpes;Colitis microscopic;Colitis ulcerative;Collagen disorder;Collagen-vascular disease;Complement factor abnormal;Complement factor C1 decreased;Complement factor C2 decreased;Complement factor C3 decreased;Complement factor C4 decreased;Complement factor decreased;Computerised tomogram liver abnormal;Concentric sclerosis;Congenital anomaly;Congenital bilateral perisylvian syndrome;Congenital herpes simplex infection;Congenital myasthenic syndrome;Congenital varicella infection;Congestive hepatopathy;Convulsion in childhood;Convulsions local;Convulsive threshold lowered;Coombs positive haemolytic anaemia;Coronary artery disease;Coronary artery embolism;Coronary artery thrombosis;Coronary bypass thrombosis;Coronavirus infection;Coronavirus test;Coronavirus test negative;Coronavirus test positive;Corpus callosotomy;Cough;Cough variant asthma;COVID-19;COVID-19 immunisation;COVID-19 pneumonia;COVID-19 prophylaxis;COVID-19 treatment;Cranial nerve disorder;Cranial nerve palsies multiple;Cranial nerve paralysis;CREST syndrome;Crohn's disease;Cryofibrinogenaemia;Cryoglobulinaemia;CSF oligoclonal band present;CSWS syndrome;Cutaneous amyloidosis;Cutaneous lupus erythematosus;Cutaneous sarcoidosis;Cutaneous vasculitis;Cyanosis;Cyclic neutropenia;Cystitis interstitial;Cytokine release syndrome;Cytokine storm;De novo purine synthesis inhibitors associated acute inflammatory syndrome;Death neonatal;Deep vein thrombosis;Deep vein thrombosis postoperative;Deficiency of bile secretion;Deja vu;Demyelinating polyneuropathy;Demyelination;Dermatitis;Dermatitis bullous;Dermatitis herpetiformis;Dermatomyositis;Device embolisation;Device related thrombosis;Diabetes mellitus;Diabetic ketoacidosis;Diabetic mastopathy;Dialysis amyloidosis;Dialysis membrane reaction;Diastolic hypotension;Diffuse vasculitis;Digital pitting scar;Disseminated intravascular coagulation;Disseminated intravascular coagulation in newborn;Disseminated neonatal herpes simplex;Disseminated varicella;Disseminated varicella zoster vaccine virus infection;Disseminated varicella zoster virus infection;DNA antibody positive;Double cortex syndrome;Double stranded DNA antibody positive;Dreamy state;Dressler's syndrome;Drop attacks;Drug withdrawal convulsions;Dyspnoea;Early infantile epileptic encephalopathy with burst-suppression;Eclampsia;Eczema herpeticum;Embolia cutis medicamentosa;Embolic cerebellar infarction;Embolic cerebral infarction;Embolic pneumonia;Embolic stroke;Embolism;Embolism arterial;Embolism venous;Encephalitis;Encephalitis allergic;Encephalitis autoimmune;Encephalitis brain stem;Encephalitis haemorrhagic;Encephalitis periaxialis diffusa;Encephalitis post immunisation;Encephalomyelitis;Encephalopathy;Endocrine disorder;Endocrine ophthalmopathy;Endotracheal intubation;Enteritis;Enteritis leukopenic;Enterobacter pneumonia;Enterocolitis;Enteropathic spondylitis;Eosinopenia;Eosinophilic fasciitis;Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis;Eosinophilic oesophagitis;Epidermolysis;Epilepsy;Epilepsy surgery;Epilepsy with myoclonic-atonic seizures;Epileptic aura;Epileptic psychosis;Erythema;Erythema induratum;Erythema multiforme;Erythema nodosum;Evans

syndrome;Exanthema subitum;Expanded disability status scale score decreased;Expanded disability status scale score increased;Exposure to communicable disease;Exposure to SARS-CoV-2;Eye oedema;Eye pruritus;Eye swelling;Eyelid oedema;Face oedema;Facial paralysis;Facial paresis;Faciobrachial dystonic seizure;Fat embolism;Febrile convulsion;Febrile infection-related epilepsy syndrome;Febrile neutropenia;Felty's syndrome;Femoral artery embolism;Fibrillary glomerulonephritis;Fibromyalgia;Flushing;Foaming at mouth;Focal cortical resection;Focal dyscognitive seizures;Foetal distress syndrome;Foetal placental thrombosis;Foetor hepaticus;Foreign body embolism;Frontal lobe epilepsy;Fulminant type 1 diabetes mellitus;Galactose elimination capacity test abnormal;Galactose elimination capacity test decreased;Gamma-glutamyltransferase abnormal;Gamma-glutamyltransferase increased;Gastritis herpes;Gastrointestinal amyloidosis;Gelastic seizure;Generalised onset non-motor seizure;Generalised tonic-clonic seizure;Genital herpes;Genital herpes simplex;Genital herpes zoster;Giant cell arteritis;Glomerulonephritis;Glomerulonephritis membranoproliferative;Glomerulonephritis membranous;Glomerulonephritis rapidly progressive;Glossopharyngeal nerve paralysis;Glucose transporter type 1 deficiency syndrome;Glutamate dehydrogenase increased;Glycocholic acid increased;GM2 gangliosidosis;Goodpasture's syndrome;Graft thrombosis;Granulocytopenia;Granulocytopenia neonatal;Granulomatosis with polyangiitis;Granulomatous dermatitis;Grey matter heterotopia;Guanase increased;Guillain-Barre syndrome;Haemolytic anaemia;Haemophagocytic lymphohistiocytosis;Haemorrhage;Haemorrhagic ascites;Haemorrhagic disorder;Haemorrhagic pneumonia;Haemorrhagic varicella syndrome;Haemorrhagic vasculitis;Hantavirus pulmonary infection;Hashimoto's encephalopathy;Hashitoxicosis;Hemimegalencephaly;Henoch-Schonlein purpura;Henoch-Schonlein purpura nephritis;Hepaplastin abnormal;Hepaplastin decreased;Heparin-induced thrombocytopenia;Hepatic amyloidosis;Hepatic artery embolism;Hepatic artery flow decreased;Hepatic artery thrombosis;Hepatic enzyme abnormal;Hepatic enzyme decreased;Hepatic enzyme increased;Hepatic fibrosis marker abnormal;Hepatic fibrosis marker increased;Hepatic function abnormal;Hepatic hydrothorax;Hepatic hypertrophy;Hepatic hypoperfusion;Hepatic lymphocytic infiltration;Hepatic mass;Hepatic pain;Hepatic sequestration;Hepatic vascular resistance increased;Hepatic vascular thrombosis;Hepatic vein embolism;Hepatic vein thrombosis;Hepatic venous pressure gradient abnormal;Hepatic venous pressure gradient increased;Hepatitis;Hepatobiliary scan abnormal;Hepatomegaly;Hepatosplenomegaly;Hereditary angioedema with C1 esterase inhibitor deficiency;Herpes dermatitis;Herpes gestationis;Herpes oesophagitis;Herpes ophthalmic;Herpes pharyngitis;Herpes sepsis;Herpes simplex;Herpes simplex cervicitis;Herpes simplex colitis;Herpes simplex encephalitis;Herpes simplex gastritis;Herpes simplex hepatitis;Herpes simplex meningitis;Herpes simplex meningoencephalitis;Herpes simplex meningomyelitis;Herpes simplex necrotising retinopathy;Herpes simplex oesophagitis;Herpes simplex otitis externa;Herpes simplex pharyngitis;Herpes simplex pneumonia;Herpes simplex reactivation;Herpes simplex sepsis;Herpes

simplex viraemia;Herpes simplex virus conjunctivitis neonatal;Herpes simplex
 visceral;Herpes virus infection;Herpes zoster;Herpes zoster cutaneous
 disseminated;Herpes zoster infection neurological;Herpes zoster meningitis;Herpes
 zoster meningoencephalitis;Herpes zoster meningomyelitis;Herpes zoster
 meningoradiculitis;Herpes zoster necrotising retinopathy;Herpes zoster
 oticus;Herpes zoster pharyngitis;Herpes zoster reactivation;Herpetic
 radiculopathy;Histone antibody positive;Hoigne's syndrome;Human herpesvirus 6
 encephalitis;Human herpesvirus 6 infection;Human herpesvirus 6 infection
 reactivation;Human herpesvirus 7 infection;Human herpesvirus 8
 infection;Hyperammonaemia;Hyperbilirubinaemia;Hypercholia;Hypergammaglobulinaemi
 a benign monoclonal;Hyperglycaemic seizure;Hypersensitivity; Hypersensitivity
 vasculitis; Hyperthyroidism;Hypertransaminaemia;
 Hyperventilation;Hypoalbuminaemia;Hypocalcaemic
 seizure;Hypogammaglobulinaemia;Hypoglossal nerve paralysis;Hypoglossal nerve
 paresis;Hypoglycaemic seizure;Hyponatraemic seizure;Hypotension;Hypotensive
 crisis;Hypothenar hammer syndrome;Hypothyroidism;Hypoxia;Idiopathic CD4
 lymphocytopenia;Idiopathic generalised epilepsy;Idiopathic interstitial
 pneumonia;Idiopathic neutropenia;Idiopathic pulmonary fibrosis;IgA
 nephropathy;IgM nephropathy;IIIrd nerve paralysis;IIIrd nerve paresis;Iliac
 artery embolism;Immune thrombocytopenia;Immune-mediated adverse reaction;Immune-
 mediated cholangitis;Immune-mediated cholestasis;Immune-mediated
 cytopenia;Immune-mediated encephalitis;Immune-mediated encephalopathy;Immune-
 mediated endocrinopathy;Immune-mediated enterocolitis;Immune-mediated
 gastritis;Immune-mediated hepatic disorder;Immune-mediated hepatitis;Immune-
 mediated hyperthyroidism;Immune-mediated hypothyroidism;Immune-mediated
 myocarditis;Immune-mediated myositis;Immune-mediated nephritis;Immune-mediated
 neuropathy;Immune-mediated pancreatitis;Immune-mediated pneumonitis;Immune-
 mediated renal disorder;Immune-mediated thyroiditis;Immune-mediated
 uveitis;Immunoglobulin G4 related disease;Immunoglobulins abnormal;Implant site
 thrombosis;Inclusion body myositis;Infantile genetic agranulocytosis;Infantile
 spasms;Infected vasculitis;Infective thrombosis;Inflammation;Inflammatory bowel
 disease;Infusion site thrombosis;Infusion site vasculitis;Injection site
 thrombosis;Injection site urticaria;Injection site vasculitis;Instillation site
 thrombosis;Insulin autoimmune syndrome;Interstitial granulomatous
 dermatitis;Interstitial lung disease;Intracardiac mass;Intracardiac
 thrombus;Intracranial pressure increased;Intrapericardial thrombosis;Intrinsic
 factor antibody abnormal;Intrinsic factor antibody positive;IPEX
 syndrome;Irregular breathing;IRVAN syndrome;IVth nerve paralysis;IVth nerve
 paresis;JC polyomavirus test positive;JC virus CSF test positive;Jeavons
 syndrome;Jugular vein embolism;Jugular vein thrombosis;Juvenile idiopathic
 arthritis;Juvenile myoclonic epilepsy;Juvenile polymyositis;Juvenile psoriatic
 arthritis;Juvenile spondyloarthritis;Kaposi sarcoma inflammatory cytokine
 syndrome;Kawasaki's disease;Kayser-Fleischer ring;Keratoderma
 blenorrhagica;Ketosis-prone diabetes mellitus;Kounis syndrome;Lafora's myoclonic
 epilepsy;Lambl's excrescences;Laryngeal dyspnoea;Laryngeal oedema;Laryngeal
 rheumatoid arthritis;Laryngospasm;Laryngotracheal oedema;Latent autoimmune

diabetes in adults;LE cells present;Lemierre syndrome;Lennox-Gastaut syndrome;Leucine aminopeptidase increased;Leukoencephalomyelitis;Leukoencephalopathy;Leukopenia;Leukopenia neonatal;Lewis-Sumner syndrome;Lhermitte's sign;Lichen planopilaris;Lichen planus;Lichen sclerosus;Limbic encephalitis;Linear IgA disease;Lip oedema;Lip swelling;Liver function test abnormal;Liver function test decreased;Liver function test increased;Liver induration;Liver injury;Liver iron concentration abnormal;Liver iron concentration increased;Liver opacity;Liver palpable;Liver sarcoidosis;Liver scan abnormal;Liver tenderness;Low birth weight baby;Lower respiratory tract herpes infection;Lower respiratory tract infection;Lower respiratory tract infection viral;Lung abscess;Lupoid hepatic cirrhosis;Lupus cystitis;Lupus encephalitis;Lupus endocarditis;Lupus enteritis;Lupus hepatitis;Lupus myocarditis;Lupus myositis;Lupus nephritis;Lupus pancreatitis;Lupus pleurisy;Lupus pneumonitis;Lupus vasculitis;Lupus-like syndrome;Lymphocytic hypophysitis;Lymphocytopenia neonatal;Lymphopenia;MAGIC syndrome;Magnetic resonance imaging liver abnormal;Magnetic resonance proton density fat fraction measurement;Mahler sign;Manufacturing laboratory analytical testing issue;Manufacturing materials issue;Manufacturing production issue;Marburg's variant multiple sclerosis;Marchiafava-Bignami disease;Marine Lenhart syndrome;Mastocytic enterocolitis;Maternal exposure during pregnancy;Medical device site thrombosis;Medical device site vasculitis;MELAS syndrome;Meningitis;Meningitis aseptic;Meningitis herpes;Meningoencephalitis herpes simplex neonatal;Meningoencephalitis herpetic;Meningomyelitis herpes;MERS-CoV test;MERS-CoV test negative;MERS-CoV test positive;Mesangioproliferative glomerulonephritis;Mesenteric artery embolism;Mesenteric artery thrombosis;Mesenteric vein thrombosis;Metapneumovirus infection;Metastatic cutaneous Crohn's disease;Metastatic pulmonary embolism;Microangiopathy;Microembolism;Microscopic polyangiitis;Middle East respiratory syndrome;Migraine-triggered seizure;Miliary pneumonia;Miller Fisher syndrome;Mitochondrial aspartate aminotransferase increased;Mixed connective tissue disease;Model for end stage liver disease score abnormal;Model for end stage liver disease score increased;Molar ratio of total branched-chain amino acid to tyrosine;Molybdenum cofactor deficiency;Monocytopenia;Mononeuritis;Mononeuropathy multiplex;Morphoea;Morvan syndrome;Mouth swelling;Moyamoya disease;Multifocal motor neuropathy;Multiple organ dysfunction syndrome;Multiple sclerosis;Multiple sclerosis relapse;Multiple sclerosis relapse prophylaxis;Multiple subpial transection;Multisystem inflammatory syndrome in children;Muscular sarcoidosis;Myasthenia gravis;Myasthenia gravis crisis;Myasthenia gravis neonatal;Myasthenic syndrome;Myelitis;Myelitis transverse;Myocardial infarction;Myocarditis;Myocarditis post infection;Myoclonic epilepsy;Myoclonic epilepsy and ragged-red fibres;Myokymia;Myositis;Narcolepsy;Nasal herpes;Nasal obstruction;Necrotising herpetic retinopathy;Neonatal Crohn's disease;Neonatal epileptic seizure;Neonatal lupus erythematosus;Neonatal mucocutaneous herpes simplex;Neonatal pneumonia;Neonatal seizure;Nephritis;Nephrogenic systemic fibrosis;Neuralgic amyotrophy;Neuritis;Neuritis cranial;Neuromyelitis optica

pseudo relapse;Neuromyelitis optica spectrum disorder;Neuromyotonia;Neuronal
 neuropathy;Neuropathy peripheral;Neuropathy, ataxia, retinitis pigmentosa
 syndrome;Neuropsychiatric lupus;Neurosarcoidosis;Neutropenia;Neutropenia
 neonatal;Neutropenic colitis;Neutropenic infection;Neutropenic sepsis;Nodular
 rash;Nodular vasculitis;Noninfectious myelitis;Noninfective
 encephalitis;Noninfective encephalomyelitis;Noninfective oophoritis;Obstetrical
 pulmonary embolism;Occupational exposure to communicable disease;Occupational
 exposure to SARS-CoV-2;Ocular hyperaemia;Ocular myasthenia;Ocular
 pemphigoid;Ocular sarcoidosis;Ocular vasculitis;Oculofacial
 paralysis;Oedema;Oedema blister;Oedema due to hepatic disease;Oedema
 mouth;Oesophageal achalasia;Ophthalmic artery thrombosis;Ophthalmic herpes
 simplex;Ophthalmic herpes zoster;Ophthalmic vein thrombosis;Optic neuritis;Optic
 neuropathy;Optic perineuritis;Oral herpes;Oral lichen planus;Oropharyngeal
 oedema;Oropharyngeal spasm;Oropharyngeal swelling;Osmotic demyelination
 syndrome;Ovarian vein thrombosis;Overlap syndrome;Paediatric autoimmune
 neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection;Paget-
 Schroetter syndrome;Palindromic rheumatism;Palisaded neutrophilic granulomatous
 dermatitis;Palmoplantar keratoderma;Palpable
 purpura;Pancreatitis;Panencephalitis;Papillophlebitis;Paracancerous
 pneumonia;Paradoxical embolism;Parainfluenzae viral
 laryngotracheobronchitis;Paraneoplastic dermatomyositis;Paraneoplastic
 pemphigus;Paraneoplastic thrombosis;Paresis cranial nerve;Parietal cell antibody
 positive;Paroxysmal nocturnal haemoglobinuria;Partial seizures;Partial seizures
 with secondary generalisation;Patient isolation;Pelvic venous
 thrombosis;Pemphigoid;Pemphigus;Penile vein thrombosis;Pericarditis;Pericarditis
 lupus;Perihepatic discomfort;Periorbital oedema;Periorbital swelling;Peripheral
 artery thrombosis;Peripheral embolism;Peripheral ischaemia;Peripheral vein
 thrombus extension;Periportal oedema;Peritoneal fluid protein abnormal;Peritoneal
 fluid protein decreased;Peritoneal fluid protein increased;Peritonitis
 lupus;Pernicious anaemia;Petit mal epilepsy;Pharyngeal oedema;Pharyngeal
 swelling;Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta;Placenta
 praevia;Pleuroparenchymal fibroelastosis;Pneumobilia;Pneumonia;Pneumonia
 adenoviral;Pneumonia cytomegaloviral;Pneumonia herpes viral;Pneumonia
 influenzal;Pneumonia measles;Pneumonia mycoplasmal;Pneumonia
 necrotising;Pneumonia parainfluenzae viral;Pneumonia respiratory syncytial
 viral;Pneumonia viral;POEMS syndrome;Polyarteritis
 nodosa;Polyarthritides;Polychondritis;Polyglandular autoimmune syndrome type
 I;Polyglandular autoimmune syndrome type II;Polyglandular autoimmune syndrome type
 III;Polyglandular disorder;Polymicrogyria;Polymyalgia
 rheumatica;Polymyositis;Polyneuropathy;Polyneuropathy idiopathic
 progressive;Portal pyaemia;Portal vein embolism;Portal vein flow decreased;Portal
 vein pressure increased;Portal vein thrombosis;Portosplenomesenteric venous
 thrombosis;Post procedural hypotension;Post procedural pneumonia;Post procedural
 pulmonary embolism;Post stroke epilepsy;Post stroke seizure;Post thrombotic
 retinopathy;Post thrombotic syndrome;Post viral fatigue syndrome;Postictal
 headache;Postictal paralysis;Postictal psychosis;Postictal state;Postoperative

respiratory distress;Postoperative respiratory failure;Postoperative
 thrombosis;Postpartum thrombosis;Postpartum venous thrombosis;Postpericardiotomy
 syndrome;Post-traumatic epilepsy;Postural orthostatic tachycardia
 syndrome;Precerebral artery thrombosis;Pre-eclampsia;Preictal state;Premature
 labour;Premature menopause;Primary amyloidosis;Primary biliary
 cholangitis;Primary progressive multiple sclerosis;Procedural shock;Proctitis
 herpes;Proctitis ulcerative;Product availability issue;Product distribution
 issue;Product supply issue;Progressive facial hemiatrophy;Progressive multifocal
 leukoencephalopathy;Progressive multiple sclerosis;Progressive relapsing multiple
 sclerosis;Prosthetic cardiac valve thrombosis;Pruritus;Pruritus
 allergic;Pseudovasculitis;Psoriasis;Psoriatic arthropathy;Pulmonary
 amyloidosis;Pulmonary artery thrombosis;Pulmonary embolism;Pulmonary
 fibrosis;Pulmonary haemorrhage;Pulmonary microemboli;Pulmonary oil
 microembolism;Pulmonary renal syndrome;Pulmonary sarcoidosis;Pulmonary
 sepsis;Pulmonary thrombosis;Pulmonary tumour thrombotic microangiopathy;Pulmonary
 vasculitis;Pulmonary veno-occlusive disease;Pulmonary venous thrombosis;Pyoderma
 gangrenosum;Pyostomatitis vegetans;Pyrexia;Quarantine;Radiation
 leukopenia;Radiculitis brachial;Radiologically isolated syndrome;Rash;Rash
 erythematous;Rash pruritic;Rasmussen encephalitis;Raynaud's phenomenon;Reactive
 capillary endothelial proliferation;Relapsing multiple sclerosis;Relapsing-
 remitting multiple sclerosis;Renal amyloidosis;Renal arteritis;Renal artery
 thrombosis;Renal embolism;Renal failure;Renal vascular thrombosis;Renal
 vasculitis;Renal vein embolism;Renal vein thrombosis;Respiratory
 arrest;Respiratory disorder;Respiratory distress;Respiratory failure;Respiratory
 paralysis;Respiratory syncytial virus bronchiolitis;Respiratory syncytial virus
 bronchitis;Retinal artery embolism;Retinal artery occlusion;Retinal artery
 thrombosis;Retinal vascular thrombosis;Retinal vasculitis;Retinal vein
 occlusion;Retinal vein thrombosis;Retinol binding protein
 decreased;Retinopathy;Retrograde portal vein flow;Retroperitoneal
 fibrosis;Reversible airways obstruction;Reynold's syndrome;Rheumatic brain
 disease;Rheumatic disorder;Rheumatoid arthritis;Rheumatoid factor
 increased;Rheumatoid factor positive;Rheumatoid factor quantitative
 increased;Rheumatoid lung;Rheumatoid neutrophilic dermatosis;Rheumatoid
 nodule;Rheumatoid nodule removal;Rheumatoid scleritis;Rheumatoid
 vasculitis;Saccadic eye movement;SAPHO syndrome;Sarcoidosis;SARS-CoV-1 test;SARS-
 CoV-1 test negative;SARS-CoV-1 test positive;SARS-CoV-2 antibody test;SARS-CoV-2
 antibody test negative;SARS-CoV-2 antibody test positive;SARS-CoV-2 carrier;SARS-
 CoV-2 sepsis;SARS-CoV-2 test;SARS-CoV-2 test false negative;SARS-CoV-2 test false
 positive;SARS-CoV-2 test negative;SARS-CoV-2 test positive;SARS-CoV-2
 viraemia;Satoyoshi syndrome; Schizencephaly; Scleritis; Sclerodactylia;
 Scleroderma;Scleroderma associated digital ulcer;Scleroderma renal
 crisis;Scleroderma-like reaction;Secondary amyloidosis;Secondary cerebellar
 degeneration;Secondary progressive multiple sclerosis;Segmented hyalinising
 vasculitis;Seizure;Seizure anoxic;Seizure cluster;Seizure like phenomena;Seizure
 prophylaxis;Sensation of foreign body;Septic embolus;Septic pulmonary
 embolism;Severe acute respiratory syndrome;Severe myoclonic epilepsy of

infancy;Shock;Shock symptom;Shrinking lung syndrome;Shunt thrombosis;Silent thyroiditis;Simple partial seizures;Sjogren's syndrome;Skin swelling;SLE arthritis;Smooth muscle antibody positive;Sneezing;Spinal artery embolism;Spinal artery thrombosis;Splenic artery thrombosis;Splenic embolism;Splenic thrombosis;Splenic vein thrombosis;Spondylitis;Spondyloarthropathy;Spontaneous heparin-induced thrombocytopenia syndrome;Status epilepticus;Stevens-Johnson syndrome;Stiff leg syndrome;Stiff person syndrome;Stillbirth;Still's disease;Stoma site thrombosis;Stoma site vasculitis;Stress cardiomyopathy;Stridor;Subacute cutaneous lupus erythematosus;Subacute endocarditis;Subacute inflammatory demyelinating polyneuropathy;Subclavian artery embolism;Subclavian artery thrombosis;Subclavian vein thrombosis;Sudden unexplained death in epilepsy;Superior sagittal sinus thrombosis;Susac's syndrome;Suspected COVID- 19;Swelling;Swelling face;Swelling of eyelid;Swollen tongue;Sympathetic ophthalmia;Systemic lupus erythematosus;Systemic lupus erythematosus disease activity index abnormal;Systemic lupus erythematosus disease activity index decreased;Systemic lupus erythematosus disease activity index increased;Systemic lupus erythematosus rash;Systemic scleroderma;Systemic sclerosis pulmonary;Tachycardia;Tachypnoea;Takayasu's arteritis;Temporal lobe epilepsy;Terminal ileitis;Testicular autoimmunity;Throat tightness;Thromboangiitis obliterans;Thrombocytopenia;Thrombocytopenic purpura;Thrombophlebitis;Thrombophlebitis migrans;Thrombophlebitis neonatal;Thrombophlebitis septic;Thrombophlebitis superficial;Thromboplastin antibody positive;Thrombosis;Thrombosis corpora cavernosa;Thrombosis in device;Thrombosis mesenteric vessel;Thrombotic cerebral infarction;Thrombotic microangiopathy;Thrombotic stroke;Thrombotic thrombocytopenic purpura;Thyroid disorder;Thyroid stimulating immunoglobulin increased;Thyroiditis;Tongue amyloidosis;Tongue biting;Tongue oedema;Tonic clonic movements;Tonic convulsion;Tonic posturing;Topectomy; Total bile acids increased; Toxic epidermal necrolysis;Toxic leukoencephalopathy;Toxic oil syndrome; Tracheal obstruction;Tracheal oedema;Tracheobronchitis;Tracheobronchitis mycoplasmal;Tracheobronchitis viral;Transaminases abnormal;Transaminases increased;Transfusion-related alloimmune neutropenia; Transient epileptic amnesia;Transverse sinus thrombosis;Trigeminal nerve paresis;Trigeminal neuralgia;Trigeminal palsy;Truncus coeliacus thrombosis;Tuberous sclerosis complex;Tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome;Tumefactive multiple sclerosis;Tumour embolism;Tumour thrombosis;Type 1 diabetes mellitus;Type I hypersensitivity;Type III immune complex mediated reaction;Uhthoff's phenomenon;Ulcerative keratitis;Ultrasound liver abnormal;Umbilical cord thrombosis;Uncinate fits;Undifferentiated connective tissue disease;Upper airway obstruction;Urine bilirubin increased;Urobilinogen urine decreased;Urobilinogen urine increased;Urticaria;Urticaria papular;Urticarial vasculitis;Uterine rupture;Uveitis;Vaccination site thrombosis;Vaccination site vasculitis;Vagus nerve paralysis;Varicella;Varicella keratitis;Varicella post vaccine;Varicella zoster gastritis;Varicella zoster oesophagitis;Varicella zoster pneumonia;Varicella zoster sepsis;Varicella zoster virus infection;Vasa praevia;Vascular graft thrombosis;Vascular pseudoaneurysm thrombosis;Vascular

purpura;Vascular stent thrombosis;Vasculitic rash;Vasculitic ulcer;Vasculitis;Vasculitis gastrointestinal;Vasculitis necrotising;Vena cava embolism;Vena cava thrombosis;Venous intravasation;Venous recanalisation;Venous thrombosis;Venous thrombosis in pregnancy;Venous thrombosis limb;Venous thrombosis neonatal;Vertebral artery thrombosis;Vessel puncture site thrombosis;Visceral venous thrombosis;VIth nerve paralysis;VIth nerve paresis;Vitiligo;Vocal cord paralysis;Vocal cord paresis;Vogt-Koyanagi-Harada disease;Warm type haemolytic anaemia;Wheezing;White nipple sign;XIth nerve paralysis;X-ray hepatobiliary abnormal;Young's syndrome; Zika virus associated Guillain Barre syndrome." (Zitat Ende)

Zu dieser Liste ist freilich anzumerken, dass sie nicht nur tatsächlich beobachtete Nebenwirkungen enthält, sondern alles, was nach Ansicht eines firmen-internen medizinischen Alphabeten "von speziellem Interesse" ist. Das schließt z.B. die folgenden offenkundig absurden Dinge ein:

"Amygdalohippocampectomy" -- d.h. die chirurgische Entfernung von bestimmten Hirnteilen

"Drug withdrawal convulsions" -- d.h. Krampfanfälle nach Drogen-/Medikamenten-Entzug

"1p36 deletion syndrome" -- d.h. eine angeborene Chromosomen-Anomalie

Diese Liste beweist somit nur einmal mehr, wie schlampig bei Pfizer gearbeitet wird.

Weiter ist zu beachten:

Die Erkrankung an Covid-19 zählte gem. dem vorgenannten Postmarketing-Bericht mit 4,6 % Anteil im Übrigen zu den häufigsten Nebenwirkungen (siehe ebenda, Seite 9).

Soviel noch einmal zu der angeblich so tollen Wirksamkeit von Comirnaty.

Noch beeindruckender ist aber die von Pfizer erstellte Liste der protokollierten Nebenwirkungen bis zum 21. Juni 2022 mit 393 Seiten (!) in tabellarischer Form mit dem Titel „Appendix 2.2: Cumulative and Interval Summary Tabulation of Serious and Non-Serious Adverse Reactions from Post-Marketing Data Sources“, abrufbar unter dem Link:

<https://www.globalresearch.ca/wp-content/uploads/2023/05/pfizer-report.pdf>

Diese Liste wird hier als

Anlage K 15

überreicht.

3.

Die Liste der dem PEI bekannten Nebenwirkungen

Das PEI hat die Berichterstattung einfach zum 31.3.2023 eingestellt.

Die „abschließende Zusammenfassung“ der EMA findet sich in einem Sicherheitsbericht mit „Sachstand 31.3.2023“, abrufbar unter dem Link:

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-31-03-23-aus-bulletin-zur-arzneimittelsicherheit-2-2023-s-12-29.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Auf der Homepage des PEI sind unter dem nachfolgenden Link „weitere Informationen“ zu allen „COVID-19-Impfstoffen“ enthalten, auch zu Comirnaty:

<https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>

Dort finden sich zu den einzelnen Varianten von Comirnaty die jeweiligen Rubriken

„Krankheit / Stoff-Indikationsgruppe“

ZulassungsinhaberIn (hier wird jeweils der Name der Beklagten angegeben)

Die Impfstoffart,

die Zulassungsnummer,

das Zulassungsdatum und

weitere Informationen mit Links zu E

EPAR (European Public Assessment Report (Europäischer Öffentlicher Beurteilungsbericht)

Produktinformation: Comirnaty

ggf. auch: Rote-Hand-Briefe und

Schulungsmaterial

Diese Produktionformationen werden nachfolgend im Hinblick auf die Regelung des § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 AMG (nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Kennzeichnung, Fachinformation oder Gebrauchsinformation) zu würdigen sein.

4.

Liste der der EMA bekannten Nebenwirkungen

Über den Link

<https://www.adrreports.eu/de/index.html>

langt man über den weiterführenden Link

<https://www.adrreports.eu/de/disclaimer.html>

schließlich zu der Datenbank der Nebenwirkungen „Meldungen über Verdachtsfälle von Nebenwirkungen bei Produkten“, dass bei zentral zugelassenen Arzneimitteln den Zugriff sowohl über den Namen des Arzneimittels als auch über den Namen des Wirkstoffs gewährt:

https://www.adrreports.eu/de/search_subst.html

Hierzu hieß es u.a. schon am 18.7.2022 in einem tkp.at-Artikel mit dem Titel „EMA hat bislang fast 1,5 Millionen Impfreaktionen registriert“ u.a. (Zitat):

„Die EMA hat mittlerweile fast 1,5 Millionen Impfnebenwirkungen registriert. Und das trotz der erheblichen und chronischen Untererfassung....

Pfizer führt

Mit Stand 4. Juli wurden zur Pfizer mRNA-Therapie „Corminaty“ 848.204 „verdächtige Nebenwirkungen spontan“ gemeldet. 8.032 Todesfälle wurden gemeldet. Corminaty ist der Impfstoff, der am häufigsten in der EU und weltweit verspritzt wird. 649 Millionen Dosen wurden bisher in die Arme der EU-Bürger untergebracht.“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/07/18/ema-hat-bisher-fast-15-millionen-impfreaktionen-registriert/>

Insofern hat die Beklagte also undementierbar tatsächlich „herausragendes“ geleistet.

5.

Literatur zu den hier dargelegten spezifischen Nebenwirkungen:

Die hier dargelegten spezifischen Nebenwirkungen des Klägers / der Klägerin werden nicht nur in den vorgenannten Zulassungsstudien, Datenbanken und Sicherheitsberichten gelistet, sondern auch in einer ganzen Reihe von Studien und sonstigen Beiträgen weiter vertieft:

Hier seien insbesondere folgende Beiträge hervorgehoben:

Spezifische Nebenwirkung: ...

Weiterführende Literatur hierzu: ...

Spezifische Nebenwirkung: ...

Weiterführende Literatur hierzu: ...

Spezifische Nebenwirkung: ...

Weiterführende Literatur hierzu: ...

Nach diesseitiger Auffassung kann letztlich dahinstehen, ob man diese spezifischen Nebenwirkungen mit der Diagnose **V-Aids (Vaccine induced – Acquired Immune Deficiency Syndrome)** bezeichnen kann, da letztlich unbestreitbar ist, dass sie in ihrer Gesamtheit nur auf eine massive Schädigung bzw. regelrechte Zerstörung des Immunsystems zurückzuführen sein können.

C2)

Zur Rechtslage

Anspruchsnormen

I. Ansprüche aus Gefährdungshaftung – Anspruch aus § 84 Arzneimittelgesetz (AMG)

§ 84 AMG hat folgenden Wortlaut:

§ 84 AMG - Gefährdungshaftung

(1) Wird infolge der Anwendung eines zum Gebrauch bei Menschen bestimmten Arzneimittels, das im Geltungsbereich dieses Gesetzes an den Verbraucher abgegeben wurde und der Pflicht zur Zulassung unterliegt oder durch Rechtsverordnung von der Zulassung befreit worden ist, ein Mensch getötet oder der Körper oder die Gesundheit eines Menschen nicht unerheblich verletzt, so ist der pharmazeutische Unternehmer, der das Arzneimittel im Geltungsbereich dieses Gesetzes in den Verkehr gebracht hat, verpflichtet, dem Verletzten den daraus entstandenen Schaden zu ersetzen. Die Ersatzpflicht besteht nur, wenn

1.

das Arzneimittel bei bestimmungsgemäßigem Gebrauch schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen oder

2.

der Schaden infolge einer nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Kennzeichnung, Fachinformation oder Gebrauchsinformation eingetreten ist.

(2) **Ist das angewendete Arzneimittel nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet, den Schaden zu verursachen, so wird vermutet, dass der Schaden durch dieses Arzneimittel verursacht ist.** Die Eignung im Einzelfall beurteilt sich nach der Zusammensetzung und der Dosierung des angewendeten Arzneimittels, nach der Art und Dauer seiner bestimmungsgemäßen Anwendung, nach dem zeitlichen Zusammenhang mit dem Schadenseintritt, nach dem Schadensbild und dem gesundheitlichen Zustand des Geschädigten im Zeitpunkt der Anwendung sowie allen sonstigen Gegebenheiten, die im Einzelfall für oder gegen die Schadensverursachung sprechen. Die Vermutung gilt nicht, wenn ein anderer Umstand nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet ist, den Schaden zu verursachen. Ein anderer Umstand liegt nicht in der Anwendung weiterer Arzneimittel, die nach den Gegebenheiten des Einzelfalls geeignet sind, den Schaden zu verursachen, es sei denn, dass wegen der Anwendung dieser Arzneimittel Ansprüche nach dieser Vorschrift aus anderen Gründen als der fehlenden Ursächlichkeit für den Schaden nicht gegeben sind.

(3) Die Ersatzpflicht des pharmazeutischen Unternehmers nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 1 ist ausgeschlossen, wenn nach den Umständen davon auszugehen ist, dass die schädlichen Wirkungen des Arzneimittels ihre Ursache nicht im Bereich der Entwicklung und Herstellung haben.

Hierbei ist insbesondere die Beweislastumkehr in § 84 Abs. 2 S. 1 AMG zu beachten.

Bei der Würdigung dieser Norm können wir uns an dem Kommentar von Kügel/Müller/Hofmann zu § 84 AMG orientieren. Dort heißt es (**Zitat, Hervorhebungen durch Fettdruck und Unterstreichungen wurden teilweise von mir hinzugefügt**):

„A Allgemeines

I. Inhalt

§ 84 als Zentralnorm des deutschen Arzneimittelhaftungsrechts statuiert unter bestimmten Voraussetzungen eine **verschuldensunabhängige Haftung** des pharmazeutischen Unternehmers. Abs. 1 S. 1 stellt die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Haftung des pharmazeutischen Unternehmers auf. Abs. 1 S. 2 normiert in Nr. 1 und Nr. 2 zusätzliche (alternative) Haftungsvoraussetzungen. Abs. 2 erleichtert dem Geschädigten den Nachweis der Kausalität durch Schaffung einer Kausalitätsvermutung, deren Voraussetzungen in einem Regel-Ausnahme-Verhältnis formuliert sind. Abs. 3 schließlich enthält einen Haftungsausschluss (die Haftung aus Abs. 1 S. 2 Nr. 1 betreffend) für den Fall, dass die schädlichen Wirkungen des betreffenden Arzneimittels ihre Ursache nicht im Bereich der Herstellung oder Entwicklung haben.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit der MedBVSV u.a. Ausnahmen von den Vorschriften des AMG ermöglicht. Hierdurch soll die Versorgung der Bevölkerung insbes. mit Arzneimitteln, einschließlich Impfstoffen sichergestellt werden. Das BMG kann zur Sicherstellung der Bevölkerung mit Produkten des medizinischen Bedarfs (z.B. Medizinprodukte und Arzneimittel einschließlich Impfstoffe) zentral beschaffen, lagern, herstellen und in den Verkehr bringen. Mögliche von der MedBVSV vorgesehene Erleichterungen finden sich daher insbes. im Bereich der Kennzeichnung, Zulassung, Einfuhr des Vertriebsweges von Arzneimitteln, vgl. § 3 I MedBVSV.

§ 3 IV MedBVSV sieht in diesem Zusammenhang Haftungserleichterungen vor – laut der Begründung des BMG zum Referentenentwurf in Umsetzung von Artikel 5 III der Richtlinie 2001/83/EG. Nach § 3 IV MedBVSV unterliegen, abweichend von § 84, pharmazeutische Unternehmer, Hersteller und Angehörige von Gesundheitsberufen hinsichtlich der Auswirkungen der Anwendung der im § 1 II MedBVSV genannten Produkte (u.a. Arzneimittel, deren Wirk-, Ausgangs- und Hilfsstoffe sowie Betäubungsmittel der Anlagen II und III des Betäubungsmittelgesetzes) nicht der Haftung, wenn diese Produkte durch das BMG als Reaktion auf die vermutete oder bestätigte Verbreitung des SARS-CoV-2-Erregers in den Verkehr gebracht werden und nach den Gegebenheiten des Einzelfalls die auf § 3 I MedBVSV gestützten Abweichungen vom AMG geeignet sind, den Schaden zu verursachen. Pharmazeutische Unternehmer, Hersteller und Angehörige von Gesundheitsberufen haben die Folgen dieser Abweichungen vom AMG nur bei grober Fahrlässigkeit oder Vorsatz zu vertreten. Im Übrigen soll nach § 3 IV S. 3 MedBVSV die Haftung für schuldhaftes Handeln sowie die Haftung für fehlerhafte Produkte nach den Vorschriften des Produkthaftungsgesetzes unberührt bleiben.

II. Zweck

Die Schaffung von § 84 resultierte aus der Erkenntnis, dass die Einnahme von Arzneimitteln unweigerlich mit Nebenwirkungen und Wechselwirkungen einhergeht. Das Deliktsrecht wurde wegen seines Verschuldensanfordernisses als ungenügend zum Schutz geschädigter Arzneimittelanwender angesehen.

B. Schadensersatzpflicht (Abs. 1)

I. Grundsätzliche Voraussetzungen der Ersatzpflicht (S. 1)

1. Gegenstand der Haftung und Haftender. a) Anwendung eines zulassungspflichtigen Humanarzneimittels. Objekt der arzneimittelrechtlichen Sonderhaftung sind allein **Humanarzneimittel**. Weitere Qualifizierungen des Haftungsobjekts liegen in der inländischen Zulassungspflicht des Arzneimittels und dem Erfordernis eines inländischen Abgabeortes sowie eines inländischen Inverkehrbringens. Diese dreifache Inlandsverknüpfung beschreibt den territorialen Charakter der arzneimittelrechtlichen Sonderhaftung und des damit einhergehenden Risikovorsorgesystems mit obligatorischer Haftpflichtversicherung (zur Frage der Anknüpfung des Arzneimittelhaftungsrechts im Internationalen Privatrecht → Vor §§ 84-94a R.n. 15). Die Formulierung „zum Gebrauch bei Menschen bestimmt“ unterscheidet sich sprachlich geringfügig von den ähnlichen Umschreibungen in § 2 I 1 („Anwendung am oder im menschlichen Körper“) und § 2 II 2 Nr. 1 („dauernd oder vorübergehend mit dem menschlichen Körper in Berührung“), ohne dass damit Bedeutungsunterschiede verbunden sind. Entscheidend kommt es auf die **körperliche Einwirkung** an. Arzneimittel, die physikalisch nicht auf den menschlichen Körper einwirken, z.B. In-vitro-Diagnostika wie Testsera oder Testantigene, fallen nicht unter § 84.“ (**Zitat Ende**)

Diese Voraussetzungen sind hier unstreitig erfüllt.

Weiter heißt es in dem Kommentar von Kügel at al. (**Zitat**):

„...Die Haftung nach §§ 84 ff. gilt für **zulassungspflichtige** oder durch Standardzulassungsmonographie (Rechtsverordnung nach § 36 I) von der Zulassungspflicht freigestellten **Arzneimittel**. Zulassungspflichtig sind nach § 21 I Fertigarzneimittel, die durch Anwendung am oder im menschlichen Körper wirken sollen (§ 2 I). Weiterhin werden Gegenstände erfasst, die i.S. von § 2 II Nr. 1 ein solches Arzneimittel enthalten und deshalb als Arzneimittel gelten. Die Gefährdungshaftung nach dem AMG unterliegen grundsätzlich auch solche Arzneimittel, für welche die Zulassungspflicht durch Rechtsverordnung nach § 35 I Nr. 2 angeordnet wird. ... Die Haftung besteht unabhängig davon, ob die Zulassung national oder europäisch erteilt wird (§37 I 1). § 84 stellt auf **Zulassungspflicht** ab, nicht das Bestehen der Zulassung. ... Liegt hingegen eine behördliche Klassifizierung vor, ist diese gem. § 2 IV 2 auch der Haftungsfrage zugrunde zu legen. Grundsätzlich besteht die Haftung für die im Verkehr befindliche Arzneimittel fort, wenn die **Zulassung erlischt** bzw. ruht, zurückgenommen oder widerrufen wird. Bei Produktrückruf kann allerdings Mitverschulden des Geschädigten vorliegen.“ (**Zitat Ende**)

Auch diese Voraussetzungen sind hier unstreitig gegeben.

Bei den streitgegenständlichen Geninjektionen handelt es sich unstreitig nicht um Arzneimittel, die mangels Zulassungspflicht nicht der Arzneimittelhaftung unterliegen.

Der Kommentar von Kügel at al. führt weiter aus (**Zitat**):

„...b) **Abgabe an Verbraucher im Geltungsbereich des AMG.**

Nach §§ 84 ff. wird nur für im Inland an einen **Verbraucher** abgegebene Arzneimittel haftet. Verbraucher ist derjenige, an den das Arzneimittel in der Apotheke oder einer anderen Abgabestelle zur Anwendung ausgehändigt wird. Darauf, ob der das Arzneimittel

empfangende Verbraucher das Arzneimittel selbst anwendet, kommt es nicht an. Verbraucher sind demnach auch alle Personen, die das Arzneimittel für jemand anderen erwerben, z. B. Lebensgefährten, Eltern, Freunde. Verbraucher sind auch Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenfürsorge, in denen Arzneimittel angewendet werden (→ § 4 Rn. 11). Wird das Arzneimittel an einen Arzt zur unmittelbaren Anwendung am Patienten ausgehändigt, ist der Arzt Verbraucher. Gibt der Arzt das Arzneimittel an den Patienten zur Anwendung weiter, ist der Patient selbst Verbraucher. Für die grundsätzliche Anwendbarkeit von § 84 kommt es auf diese Unterscheidung nicht an. Ein Unterschied kann sich jedoch für die Frage der korrekten Arzneimittelinformation (§ 84 I 2 Nr. 2) ergeben (→ Rn. 94).“ (**Zitat Ende**)

Bei der Klägerin / dem Kläger handelt es sich unstreitig um eine Verbraucherin / einen Verbraucher in diesem Sinne.

Lediglich der Vollständigkeit halber wird auch noch folgender Kommentar von Kügel at al. wiedergegeben (**Zitat**):

„Bei grenzüberschreitenden Veräußerungsgeschäften ist für die Anwendbarkeit der §§ 84 ff. auf den **inländischen Übergabeakt** an den Verbraucher abzustellen (s. jedoch auch Vor §§ 84-94a Rn. 15). Auf den **Ort der Anwendung** des Arzneimittels oder des Eintritts des Schadens kommt es nicht an. Führt etwa ein Patient ein ihm in einer ausländischen Apotheke ausgehändigtes Arzneimittel nach Deutschland ein, fehlt es ungeachtet des Erfordernisses des inländischen Inverkehrbringens - bereits an einer inländischen Abgabe. Ist die Übergabe an den Verbraucher in Deutschland erfolgt und liegen die weiteren Anwendbarkeitsvoraussetzungen vor, bleibt der Anwendungsbereich der §§ 84 ff. eröffnet, auch wenn der Patient das Arzneimittel sofort wieder ausführt, es im Ausland anwendet und dort ein Schaden auftritt.

Die Abgabe von Arzneimitteln im Versandwege durch eine in- oder ausländische **Versandapotheke** ist haftungsrechtlich nach den gleichen Regeln zu beurteilen: Versendet die ausländische Apotheke mittels eines von ihr beauftragten Boten an einen inlandsansässigen Besteller, liegt eine inländische Abgabe an den Verbraucher vor. Als weitere Haftungsvoraussetzung muss es sich allerdings um ein Arzneimittel handeln, das vom pharmazeutischen Unternehmer im Inland in Verkehr gebracht wurde (→ Rn. 29). Bei ausländischen Versandapotheken greift deutsches Haftungsrecht somit nur ein, wenn in Deutschland zugelassene oder von der Zulassungspflicht durch Rechtsverordnung befreite Arzneimittel an inlandsansässige Besteller versandt werden. Im Ausland zugelassene Arzneimittel, die von inländischen Bestellern auch ohne inländische Zulassung bezogen (§ 73 II Nr. 6a, III) bzw. ausnahmsweise in den in § 73 II genannten Situationen trotz fehlender Inlandszulassung nach Deutschland verbracht werden dürfen, unterfallen hingegen gem. § 73 IV nicht der deutschen Arzneimittelhaftung.“ (**Zitat Ende**)

Eine solche Sachverhaltskonstellation eines grenzüberschreitenden Veräußerungsgeschäft ist hier nicht gegeben. Maßgebend ist der hier unstreitige inländische Übergabeakt an die Klägerin / den Kläger.

Die Beklagte ist unstreitig auch pharmazeutischer Unternehmer im Sinne des § 84 AMG. Der Kommentar von Kügel at al. führt hierzu aus (**Zitat**):

c) **Pharmazeutischer Unternehmer.** Für Arzneimittelschäden haftet der pharmazeutische Unternehmer, der das Arzneimittel im Inland in Verkehr gebracht hat. Diese Qualifizierung etabliert eine weitere Inlandsanknüpfung. Pharmazeutischer Unternehmer ist nach § 4 XVIII

2, wer Arzneimittel **unter seinem Namen** in Verkehr bringt. Hierfür ist darauf abzustellen, wer auf Umverpackung, Blisterpackung sowie in Gebrauchs- und Fachinformation als pharmazeutischer Unternehmer angegeben ist. Auf den subjektiven Willen zur Übernahme der Produktverantwortlichkeit kommt es nicht an. Demgemäß sind auch die auf den Packmitteln angegebenen Mitvertreiber pharmazeutische Unternehmer und damit Haftungssubjekt. Keine Haftung nach § 84 trifft hingegen, wer in der Gebrauchsinformation lediglich neben dem pharmazeutischen Unternehmer als Hersteller bezeichnet ist (§ 11 I 1 Nr. 6 Buchst. g), ohne gleichzeitig die Voraussetzungen der Definition des pharmazeutischen Unternehmers nach § 4 XVIII zu erfüllen; gleichwohl kann dieser nach allgemeinen deliktsrechtlichen Vorschriften haften.

Mehrere pharmazeutische Unternehmer eines Arzneimittels haften **gesamtschuldnerisch** nach § 93 22 (→ § 93 Rn. 9). ...

Der **Zulassungsinhaber** ist bereits nach der jetzigen Praxis der deutschen Zulassungsbehörden regelmäßig als pharmazeutischer Unternehmer anzugeben. Dann ist er bereits durch äußere Bekundung nach § 4 XVIII 2 pharmazeutischer Unternehmer. Mit dem Inkrafttreten der 14. AMG-Novelle ist in Anpassung an europäisches Recht klargestellt, dass der Inhaber der Zulassung in jedem Fall als pharmazeutischer Unternehmer angesehen wird (§ 4 XVIII 1), auch wenn er nicht als solcher in der Kennzeichnung angegeben ist. Rückwirkung vermag diese begriffliche Erweiterung des Haftungssubjektes nicht zu entfalten.

Bei Arzneimitteln, deren Zulassung im zentralen europäischen Verfahren erfolgt, akzeptiert die EMA nur die Angabe des Zulassungsinhabers als für das Inverkehrbringen verantwortliches Unternehmen. Lokale Vertriebsunternehmen können lediglich als lokale Ansprechpartner in die Gebrauchsinformation aufgenommen werden. Hierdurch werden die lokalen Ansprechpartner, auch wenn sie in den Vertrieb eingebunden sein sollten, nicht zum Haftungssubjekt. Das ist in diesem Fall allein der Zulassungsinhaber, der auch nach außen als pharmazeutischer Unternehmer in Erscheinung tritt. Nach § 9 II kann der pharmazeutische Unternehmer seinen Sitz auch in einem anderen EU-Mitgliedsstaat oder EWR-Vertragsstaat haben.“ (**Zitat Ende**)

Die Beklagte hat die streitgegenständlichen Chargen unstreitig unter ihrem Namen in den Verkehr gebracht. Zudem ist sie unstreitig Zulassungsinhaberin.

Zum Begriff des Inverkehrbringens heißt es in dem Kommentar von Kügel at al. zu § 84 AMG (**Zitat**):

„d) Inverkehrbringen des Arzneimittels im Inland.

Gem. § 4 XVII ist Inverkehrbringen nicht nur die physische Übergabe des Arzneimittels, sondern bereits die vorgelagerten Vertriebsaktivitäten der Bewerbung und des Vorrätighaltens zum Verkauf (s. zum Begriff des Inverkehrbringens → § 4 Rn. 146). Inländische Übergabe bzw. Bewerbung lassen sich meist leicht feststellen. Ist ein Arzneimittel in deutscher Sprache gem. den Kennzeichnungsvorschriften des AMG aufgemacht, kann regelmäßig auf ein inländisches Inverkehrbringen geschlossen werden. Bei Fällen, in denen von vornherein **für den Export** produziert wird - etwa im Rahmen eines Lohnherstellungsvertrags ist die vorübergehende Lagerung der (regelmäßig bereits nach den Vorschriften des Exportlands gekennzeichneten) Ware im Inland vor Auslieferung an den Exporteur kein inländisches Inverkehrbringen. Umgekehrt liegt bei Ware, die nach den Vorgaben des AMG gekennzeichnet ist und zum Verkauf im Inland vorrätig gehalten wurde,

ein vorübergehendes inländisches Inverkehrbringen auch dann vor, wenn die Ware von einem Exporteur erworben und ins Ausland gebracht wird. ...

Bei **zentral zugelassenen Arzneimitteln** scheint das Erfordernis des inländischen Inverkehrbringens in Widerspruch zur EU-weiten Geltung der Zulassung zu stehen. Jedoch ist die Kennzeichnung national unterschiedlich, so dass auch hier eine deutschsprachige Kennzeichnung ein Inverkehrbringen in Deutschland indiziert. Aus den jeweiligen sozialrechtlichen Angaben, die in der so genannten „Blue Box“ gemacht werden können - für Deutschland insbes. die N- Angabe zur Bezeichnung der Packungsgröße -, wird man im Verhältnis zu anderen deutschsprachigen EU-Mitgliedsstaaten (z. B. Österreich) die Inlandszuordnung ableiten können.“ **(Zitat Ende)**

Die Beklagte hat die streitgegenständlichen Geninjektionen unstreitig im Inland in den Verkehr gebracht.

Damit kommen wir zum Tatbestandsmerkmal der Rechtsgutverletzung. Hierzu heißt es bei Kügel at al. **(Zitat)**:

„2. Rechtsgutsverletzung.

a) Tötung oder nicht unerhebliche Verletzung von Körper oder Gesundheit eines Menschen.

Eine für Abs. 1 relevante Rechtsgutsverletzung ist gegeben, wenn die Rechtsgüter Leben, Körper oder Gesundheit betroffen sind. Eine Ausweitung auf sonstige absolut geschützte Rechte i. S. v. § 823 I BGB ist nicht möglich.

Die Verletzung des **Lebens** entspricht dem Begriff im Strafrecht. Das „Leben“ endet mit dem Hirntod.

Eine **Körperverletzung** ist jede Verletzung der körperlichen Integrität einschließlich der zugefügten Schmerzen.

Unter einer **Gesundheitsverletzung** ist jede unbefugte, aus medizinischer Sicht behandlungsbedürftige Störung der körperlichen, geistigen oder seelischen Lebensvorgänge zu verstehen.

Beide Tatbestände sind nicht konturenscharf voneinander abgrenzbar, sondern gehen fließend ineinander über, weil die Verletzung der äußeren Integrität zu einer Störung der inneren Lebensvorgänge führt. Hierzu hat sich eine umfangreiche Kasuistik gebildet. Als Körperverletzung werden beispielsweise angesehen: Der Verlust der Haare, die Schädigung der Leibesfrucht, der Ausbruch der durch HIV verursachten AIDS-Krankheit, die Schädigung eines Organs. Hingegen liegt etwa eine Gesundheitsverletzung vor bei der Infizierung mit HIV, bei Schlafstörungen, Vergiftungen und sog. Schockschäden.

b) Beginn des Schutzes - vorgeburtliche Schäden.

...(Anmerkung: Hier nicht relevant)

c) Bagatellschäden.

Für nicht erhebliche Körper- bzw. Gesundheitsschäden sieht das AMG keine Haftung vor. Ihren Grund hat diese Einschränkung darin, dass die verschuldensunabhängige Gefährdungshaftung im Interesse der Funktionsfähigkeit der Rechtspflege von Bagatellfällen freigehalten werden soll. Für die Beurteilung der Erheblichkeit kann man sich an der Kasuistik zu **§ 69 II Nr. 3 StGB** orientieren. Zu beachten ist demnach nicht nur die Qualität,

sondern auch die Quantität der körperlichen Beeinträchtigung. Beispielsweise sind Dauer und Intensität der verursachten Schmerzen zu berücksichtigen. Hierbei ist ein **objektiver Maßstab** anzusetzen. Individuelle Überempfindlichkeit des Opfers hat ebenso außer Betracht zu bleiben wie besondere Sorglosigkeit. **Unerheblich** ist die Verletzung, wenn sie keiner Behandlung bedarf bzw. keine erhebliche Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens darstellt. Beispiele sind leichtes Unwohlsein, einfache Hautrötungen, kurzzeitige Schweißausbrüche, kleinere und vorübergehende allergische Reaktionen.“ (Zitat Ende).

Die hier dargelegten Schäden verkörpern unstreitig schwere und behandlungsbedürftige Verletzungen des Körpers und der Gesundheit, die nichts mit „individueller Überempfindlichkeit“ zu haben.

Damit kommen wir zur Frage der Kausalität. Ebenda wird hierzu ausgeführt (Zitat):

„3. Kausalität.

Die Arzneimittelhaftung setzt nach Abs. 1 S. 1 voraus, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung „infolge“ der Arzneimittelanwendung aufgetreten ist.

a) Naturwissenschaftlicher Ursachenzusammenhang.

Zwischen der Anwendung des Arzneimittels und der Gesundheitsbeeinträchtigung muss ein tatsächlicher Kausalzusammenhang im naturwissenschaftlichen Sinn bestehen. Die Anwendung des Arzneimittels hat demnach eine notwendige Bedingung (**conditio sine qua non**) für die Gesundheitsbeeinträchtigung zu sein, d. h. sie darf nicht hinweggedacht werden können, ohne dass der konkrete Erfolg entfielen. Diese einfache Denkopoperation stößt allerdings in vielen Arzneimittelhaftungsfällen an ihre Grenzen. Ob der jeweilige Gesundheitsschaden ohne die Einnahme des Arzneimittels nicht eingetreten wäre, verlangt u. a. die Kenntnis über die generelle Wirkungsweise des Arzneimittels als mögliche Schadensursache. Hingegen ist es häufig gerade fraglich, ob das Arzneimittel den jeweiligen Gesundheitsschaden überhaupt verursachen kann.

Die Feststellung eines naturwissenschaftlichen Ursachenzusammenhangs zwischen der Arzneimittelanwendung und der Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt deshalb typischerweise in **zwei Schritten**:

Zunächst ist zu prüfen, ob das Arzneimittel generell geeignet ist, derartige Gesundheitsbeeinträchtigungen zu verursachen (**generelle Schadenseignung**).

Dabei reicht eine bloße Vermutung im Sinne einer Hypothese für den Nachweis der Geeignetheit nicht aus. Anschließend ist zu fragen, ob das Arzneimittel auch im konkreten Einzelfall die Gesundheitsbeeinträchtigung verursacht hat (**konkrete Kausalität**).

Allerdings reicht für den von dem Geschädigten zu erbringenden Kausalitätsnachweis der Nachweis der Mitursächlichkeit aus, und sei es nur im Sinne eines Auslösers neben erheblichen anderen Umständen, da die Mitursächlichkeit haftungsrechtlich der Alleinursächlichkeit in vollem Umfang gleichsteht.

aa) Generelle Schadenseignung.

Die generelle Schadenseignung ist vor allem von Bedeutung, wenn schädliche Wirkungen aus dem Bereich der Entwicklung in Frage stehen. Dabei geht es um die generellen pharmakologischen Wirkungen eines Arzneimittels. Dies können solche sein, die im Zulassungsverfahren entdeckt und in die Nutzen-Risiko-Bewertung einbezogen wurden. Sie sind haftungsrechtlich relevant, wenn sie häufiger auftreten als ursprünglich angenommen wurde, und aufgrund der erhöhten Häufigkeitsrate entweder die Nutzen-Risiko-Bewertung negativ oder die Arzneimittelinformation fehlerhaft ist. In der Praxis spielen aber pharmakologische Wirkungen die größte Rolle, die sich erst nach der Zulassung gezeigt haben, oder die erst im Haftungsprozess festgestellt werden sollen.

Die Feststellung der generellen Schadenseignung beruht meist auf einem entsprechenden statistischen Erfahrungssatz. Häufig gibt es nämlich keine Gesetzmäßigkeit in dem Sinn, dass die Einnahme des betr. Arzneimittels stets zu der fraglichen Gesundheitsbeeinträchtigung führt. Es lassen sich regelmäßig nur Aussagen zur relativen Häufigkeit des Auftretens einer bestimmten (unerwünschten) Wirkung treffen. Von Bedeutung sind in diesem Zusammenhang vor allem klinische Prüfungen, epidemiologische Beobachtungsstudien und Einzelfallberichte. Dabei gibt es eine akzeptierte Datenhierarchie (→ Rn. 81) 68. Den größten Erkenntniswert haben kontrollierte klinische Prüfungen. Der Erkenntniswert von epidemiologischen Beobachtungsstudien ist zumeist geringer. Verzerrungen der erhobenen Daten und Beeinflussung durch Störgrößen sind hier weniger kontrollierbar. Auch hängt die Aussagekraft der gewonnenen Ergebnisse wesentlich von der Größe der betrachteten Studienpopulation ab. Nur wenn die Größe der Studienpopulation in einem angemessenen Verhältnis zur Inzidenz des untersuchten Ereignisses steht, lassen sich statistisch valide Aussagen erzielen und die Häufigkeit des Auftretens einer bestimmten Gesundheitsbeschwerde unter Arzneimittelanwendung der Häufigkeit ihres Auftretens in der übrigen Population (sog. „Hintergrundinzidenz“) gegenüberstellen. Einzelfallberichte über unerwünschte Nebenwirkungen (sog. case reports) können demgegenüber in der Regel keinen kausalen Zusammenhang nachweisen. Die Aussagekraft von Einzelfallberichten beschränkt sich vielmehr regelmäßig auf eine zeitliche Koinzidenz zwischen der Arzneimittelanwendung und den im Einzelfall festgestellten Beschwerden. Sie generieren allenfalls ein Signal oder liefern zusätzliche Informationen. Letzteres gilt auch für sog. „Verdachtsfallmeldungen“. Verdachtsmeldungen sind freiwillige Meldungen über den Verdacht einer unerwünschten Arzneimittelwirkung durch Angehörige der Heilberufe, durch andere im Gesundheitswesen tätige Personen oder durch Patienten oder deren Umfeld. Solche Spontanberichte werden den zuständigen Arzneimittelbehörden unabhängig von der Existenz eines Kausalzusammenhangs zwischen der Einnahme des Arzneimittels und dem fraglichen Ereignis gemeldet. Dass ein Ereignis zeitlich nach der Arzneimittelanwendung auftritt bedeutet **nicht**, dass es durch diese verursacht wurde.

Die Feststellung der generellen Schadenseignung verlangt zudem, dass ein solcher Ursachenzusammenhang auch **plausibel** ist. Dies ist insbes. dann der Fall, wenn es ein biologisches Modell gibt, das einen Kausalzusammenhang erklären kann. Die Plausibilität eines Kausalzusammenhangs kann sichz. B. auch daraus ergeben, dass solche oder ähnliche Nebenwirkungen für vergleichbare Arzneimittel bekannt sind. Generelle Schadenseignung liegt häufig vor, wenn die behauptete Schadensursache auf einen **Qualitätsmangel** bzw. eine **Kontamination** des Produkts zurückgeht. So sind zum Beispiel Blutprodukte, die nachweisbar mit Hepatitis oder HIV infiziert sind, generell schadensgeeignet. Schwieriger kann es bei bakterieller Kontamination und chemischer oder physikalischer Verunreinigung sein. Hier bedarf die Schadenseignung einer gesonderten Feststellung“.

bb) Konkrete Kausalität.

Ausgehend von den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur generellen

Schadenseignung des Arzneimittels ist zu beurteilen, ob das Arzneimittel **im konkreten Einzelfall** die Gesundheitsbeeinträchtigung verursacht hat. Von wenigen Ausnahmen abgesehen gibt es keine ausschließlich für ein bestimmtes Arzneimittel charakteristischen Merkmale unerwünschter Wirkungen (Symptome, Laborwerte etc.), anhand derer sich im konkreten Fall ein Kausalzusammenhang zwischen der Anwendung eines Arzneimittels und einem nachfolgend aufgetretenen Gesundheitsschaden eindeutig feststellen ließe. Regelmäßig kann die Symptomatik auch andere Ursachen haben. Entsprechend geht es bei der Feststellung der konkreten Kausalität darum, die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs mit dem Arzneimittel gegen die (komplementäre) Wahrscheinlichkeit von Alternativursachen abzuwägen.

aaa) Arzneimittelaufnahme.

Der Geschädigte muss das Arzneimittel tatsächlich eingenommen haben. Bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln kann der **Nachweis** der Verschreibung durch Vorlage der einzelnen Rezepte geführt werden. Alternativ kann auf die Dokumentation des verschreibenden Arztes zurückgegriffen werden. Soweit ein Originalarzneimittel verordnet wurde, für das Parallelimporte oder wirkstoffgleiche und damit der Substitution durch den Apotheker zugängliche Generika verfügbar sind, kann der Nachweis, welches konkrete Arzneimittel abgegeben wurde, Schwierigkeiten bereiten. Ggf. sind die **Abrechnungsunterlagen der Krankenkasse** und die Dokumentation der Apotheke hinzuzuziehen. Ergeben sich darüber hinaus Zweifel an der tatsächlichen Einnahme des Arzneimittels bzw. deren genauen Umständen (Art, Dauer, Häufigkeit), kommt die Vernehmung von Zeugen oder des Geschädigten als Partei in Betracht.

bbb) Subsumtion des Einzelfalls.

Sofern ein anerkannter Erfahrungssatz zur generellen Schadenseignung besteht, ist zu prüfen, ob im Einzelfall die Bedingungen hierfür vorliegen.

Ist das Arzneimittel nur unter bestimmten Bedingungen geeignet, den Gesundheitsschaden zu verursachen - z. B. nach einer gewissen **Einnahmedauer oder Häufigkeit oder Dosierung** -, müssen diese Voraussetzungen auch im Einzelfall zutreffen.

Die vom Geschädigten geltend gemachte Gesundheitsbeeinträchtigung muss ferner mit dem Schadensbild übereinstimmen, für das die generelle Schadenseignung angenommen wird.

Hierfür sind in erster Linie die Krankenunterlagen des Geschädigten auszuwerten, die seinen objektiven Gesundheitszustand dokumentieren. Unter Umständen kann auch eine weitere Untersuchung erforderlich werden. Für einen Kausalzusammenhang soll es nach den Entscheidungen einiger Gerichte sprechen, wenn die Arzneimittelwirkungen **während oder unmittelbar** im Anschluss an die **Anwendung** auftreten.

Dies ist zu konkretisieren. Ohne Festlegung eines plausiblen Zeitfensters, in dem eine Nebenwirkung auftreten kann, kommt auch einem unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang nur eine geringe Bedeutung zu.

Die Schadenseignung setzt typischerweise voraus, dass das betreffende Schadensbild innerhalb eines bestimmten Zeitfensters eingetreten ist. Dieses Zeitfenster liegt zwischen der kürzesten und längsten bekannten Latenzzeit.

Die **Latenzzeit** hängt davon ab, wie schnell der Wirkstoff vom Körper aufgenommen bzw. ausgeschieden wird (pharmakokinetische Eigenschaften) und in welchem Zeitraum sich die weiteren biologischen Prozesse im Körper abspielen. Eine Arzneimittelwirkung kann unter Umständen bereits nach Sekunden oder Minuten auftreten, sich aber auch erst nach Stunden, Tagen oder Wochen zeigen. Dieses Zeitintervall kann bei bekannten Wirkungszusammenhängen aus der medizinischen Literatur und ggf. aus Datenbanken mit unerwünschten Ereignissen entnommen werden.

Tritt die Gesundheitsbeeinträchtigung außerhalb dieses Zeitfensters auf, ist ein kausaler Zusammenhang nicht plausibel.

... Bei bisher unbekannten Nebenwirkungen lässt sich das plausible Zeitfenster durch detaillierte Literaturrecherchen und -analysen oder über Experten ermitteln bzw. eingrenzen.

Bestimmte Arzneimittelwirkungen treten nur bei Patienten auf, die eine entsprechende Prädisposition aufweisen. Dies betrifft insbes. den Bereich der **Arzneimittelallergien**. ...

ccc) Weitere Kausalitätshinweise.

Für einen Kausalzusammenhang spricht es, wenn die Symptome nach dem Absetzen des Arzneimittels abklingen. Dieser Test („Dechallenge“) ist jedoch nicht möglich bei einmaliger Verabreichung des Arzneimittels oder langer Wirkdauer. Ferner kommt ein **Absetzversuch** nur in Betracht, wenn die vermutete Arzneimittelwirkung reversibel ist.

Ein erheblicher Anhaltspunkt für einen Kausalzusammenhang ist das Wiederauftreten der Symptome nach der erneuten Arzneimittelanwendung („Rechallenge“).

Zum Nachweis einer positiven **Reexposition** müssen sich in der Regel allerdings im gleichen Zeitintervall die gleichen Symptome einstellen.

Ferner deutet der direkte Nachweis des **arzneimittelspezifischen Pathogens** (z. B. chemisch/ physikalische Verunreinigung oder bakterielle/virale Kontamination) sowohl im Körpergewebe bzw. einer Körperflüssigkeit als auch im Arzneimittel auf einen Kausalzusammenhang hin. Ein Beispiel wäre eine Sepsis nach Infusionstherapie, wenn der Erreger sowohl in den Resten der Infusionslösung als auch im Blut des Patienten nachgewiesen wird.

ddd) Ausschluss von Alternativursachen.

Ein Arzneimittel ist im konkreten Einzelfall nur dann als Schadensursache anzusehen, wenn andere Schadensursachen **zuverlässig** ausgeschlossen werden können. Der Ausschluss alternativer Ursachen muss durch geeignete diagnostische Mittel und nach dem Stand des medizinischen Wissens erfolgen. Eine extensive Ausschlussdiagnostik ist vor allem dann geboten, wenn die jeweilige Symptomatik bisher unbekannt, d. h. nicht in Fach- und Gebrauchsinformation beschrieben ist. Nur wenn Alternativursachen ausgeschlossen sind, kann der Kausalzusammenhang als „gesichert“ gelten. Sind Alternativursachen unwahrscheinlich, aber nicht auszuschließen, ist der Kausalzusammenhang medizinisch als „wahrscheinlich“ zu beurteilen. Sind alternative Schadensursachen möglich, lässt sich auch die Kausalität des Arzneimittels allenfalls als „möglich“ einstufen. Ebenso wenn die Symptomatik auch idiopathisch, d. h. ohne fassbare Ursache, auftritt. Kann demgegenüber eine Alternativursache bestätigt werden, ist ein Kausalzusammenhang zwischen der

Anwendung des Arzneimittels und dem Auftreten der verdächtigen Symptomatik zu verneinen. Freilich darf dabei die Alternativursache nicht mit der Gabe des Arzneimittels oder Wechselwirkung in Verbindung stehen.

Arzneimittel werden bestimmungsgemäß zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt. Es ist daher immer an die Möglichkeit zu denken, dass sich die **eigentliche Grunderkrankung** unabhängig von der Arzneimittelleinnahme verschlimmert oder weiterentwickelt hat. Andererseits können manche Arzneimittel unter bestimmten Umständen die zu behandelnde Krankheit gerade verschlimmern bzw. deren Symptome hervorrufen. Darüber hinaus kann die Gesundheitsbeeinträchtigung auf einer **Begleit-oder Neuerkrankung** beruhen. ...

...Einen eigenen Problemkreis stellt die mögliche Schadensverursachung durch **andere Arzneimittel** dar. Zu denken ist hier zunächst an den Fall, dass der betr. Gesundheitsschaden durch zwei oder mehrere Arzneimittel mit verschiedenen Indikationen und verschiedenen Wirkstoffen jeweils selbständig hätte verursacht worden sein können.

Wurde der Gesundheitsschaden hingegen durch das Zusammenwirken beider Arzneimittel verursacht (z. B. durch eine Wechselwirkung), sind beide Arzneimittel kausal (kumulative Kausalität). Lässt sich nicht feststellen, ob der Gesundheitsschaden durch das eine oder durch das andere Arzneimittel verursacht wurde, gelingt der Kausalitätsnachweis nicht (alternative Kausalität). Dies ist auch angemessen, so lange wenigstens eines der Arzneimittel fehlerfrei ist. Die Kausalitätsvermutungsregel des Abs. 2 ist insoweit gem. S. 4, 2. Halbs. blockiert (→ Rn. 126).

Problematischer sind die Fälle, in denen der Gesundheitsschaden durch zwei oder mehrere Arzneimittel verursacht worden sein kann, die alle denselben fehlerhaften Wirkstoff beinhalten bzw. die alle mit demselben Erreger kontaminiert sind. Hier steht fest, dass der Gesundheitsschaden durch ein fehlerhaftes Arzneimittel verursacht wurde, es bleibt aber offen, von welchem Unternehmer das schadenstiftende Produkt stammte. In Deutschland ist die Problematik in den Fällen HIV- und Hepatitis infizierter Blutprodukte vor der Novellierung bekannt geworden. Die Gerichte haben die entsprechenden Klagen allerdings der Arzneimittelhaftung durchwegs mangels Kausalität abgewiesen (Vor 55 84-94a Rn. 3). Dies führte schließlich zur Einführung von Abs. 2 S. 4 (→ Rn. 125).

cc) Freie Beweiswürdigung durch das Gericht.

Die Feststellung eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen Einnahme des Arzneimittels und eingetretenem Gesundheitsschaden unterliegt der freien Beweiswürdigung durch das Gericht (§ 286 ZPO) und mithin dem strengen Beweismaß der vollen richterlichen Überzeugung (→ Rn. 62). Die Beweiswürdigung durch das Gericht ist eine wertende Entscheidung, die durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse vorgezeichnet ist. Sie darf nicht gegen Denk- und Naturgesetze verstoßen und muss **gesicherte Erfahrungssätze** beachten. Diese Vorgaben schränken den Beurteilungsspielraum des Gerichts hinsichtlich der Frage der Kausalität ein. Es ist weitgehend an das Gutachten des Sachverständigen gebunden. Der **Sachverständige** hat die Aufgabe, das Gericht und die Parteien über die vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse zu informieren. Zu diesem Zweck hat er die in der Wissenschaft vertretenen Meinungen sowie die vorgetragenen Argumente zusammenzustellen und auf dieser Grundlage eine Einschätzung der Kausalität vorzunehmen. Will das Gericht von dem Sachverständigengutachten abweichen, muss es seine abweichende Überzeugung begründen und erkennen lassen, dass es die erforderliche Sachkunde besitzt.

Besonders deutlich wird die Bindungswirkung bei der **generellen Schadenseignung**. Die Frage, ob zwischen einem Arzneimittel und einem Schadensbild generell ein kausaler Zusammenhang besteht, betrifft letztlich das Bestehen oder Nichtbestehen eines Naturgesetzes. Manche Autoren sehen in der generellen Schadenseignung deshalb eine Tatsachenfrage, die der Wertung des Richters entzogen ist. Einigkeit besteht darin, dass das Gericht jedenfalls dann an die Einschätzung der Wissenschaftler gebunden ist, wenn die Vertreter der maßgeblichen Fachkreise einen generellen Kausalzusammenhang aufgrund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse übereinstimmend als gesichert ansehen oder übereinstimmend ablehnen. Problematisch ist die Feststellung der generellen Schadenseignung, wenn die Existenz eines generellen Kausalzusammenhangs **wissenschaftlich umstritten** ist. Das Gericht wird hier in der Regel keinen kausalen Zusammenhang annehmen können. Die praktische Schwierigkeit liegt darin, bei abweichenden wissenschaftlichen Auffassungen den Grad an wissenschaftlicher Konsensbildung festzustellen, ab dem von einem gesicherten Stand der Erkenntnisse gesprochen werden kann.

Die Entscheidung des EuGH vom 21.6.2017 bestätigt die derzeitige nationale Rechtsprechungslinie. Der EuGH hat bekräftigt, dass eine Änderung der Beweislast durch nationales Recht nicht zulässig ist (es ist weiterhin Sache des Geschädigten anhand aller nach nationalem Recht zulässigen Beweismittel einen ursächlichen Zusammenhang zu beweisen). Zudem hat der EuGH jedoch betont, dass Beweiserhebungs- und Beweismittelwertungsregelungen von der RL 85/374/EWG unberührt bleiben (→ Vor §§ 84-94a Rn. 14) 108. Die Festlegung dieser Regelungen ist Aufgabe der Mitgliedstaaten. Der EuGH hat die Vorlagefrage dahingehend beantwortet, dass Art. 4 der RL 85/374/EWG einer französischen Rechtsprechung, nach der ein Tatsachengericht aufgrund ernsthafter, klarer und übereinstimmender Indizien im Einzelfall einen Fehler sowie einen Kausalzusammenhang zwischen dem Fehler und dem Schaden annehmen kann, nicht entgegensteht - sofern bestimmte Voraussetzungen eingehalten werden: Die nationalen Gerichte müssen die Gesamtheit der Umstände, insbes. auch alle vom Hersteller vorgebrachten Argumente, in jedem Einzelfall ordnungsgemäß berücksichtigen und die streitgegenständliche Regelung streng anwenden.

Die vom EuGH angeführten, einzuhaltenden Grundsätze sind aufgrund von § 286 ZPO und der entsprechenden Rechtsanwendung auch derzeit schon gewährleistet.

Zudem stellt § 84 ein spezielles, differenziertes und in sich schlüssiges Haftungsregime dar, das eine Sonderstellung in Europa innehat, da es nicht die RL 85/374/EWG umsetzt.

Bereits aus diesem Grund ist die Entscheidung des EuGH zur Auslegung der RL 85/374/EWG nicht unmittelbar und ohne weiteres auf das Haftungssystem des § 84 übertragbar. Nennenswerte Auswirkungen dieses Urteils auf das deutsche Produkthaftungsregime als auch auf die Rechtsprechung in anderen europäischen Ländern hat es - nunmehr über drei Jahre nach dem Urteil - entsprechend nicht gegeben.

Ausnahmsweise kann nach der Rechtsprechung auch bei Mangel an gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen im Rahmen der Beweismittelwertung im konkreten Einzelfall ein Kausalzusammenhang bejaht werden. Dies setzt voraus, dass über die wissenschaftlichen Erkenntnisse hinaus eindeutige zusätzliche Indizien für die Kausalität vorliegen und alternative Schadensursachen ausgeschlossen sind.

Dies war die Situation im **Contergan-Verfahren**: Hier konnte bei Anlegung naturwissenschaftlicher Kriterien nicht eindeutig festgestellt werden, dass zwischen Thalidomid und den aufgetretenen Polyneuritis-Folgen ein genereller Kausalzusammenhang besteht. Trotzdem kam das LG Aachen aufgrund einer Gesamtwürdigung der untersuchten Fälle zu dem Ergebnis, dass vernünftigerweise von einem derartigen Wirkungszusammenhang auszugehen sei. Denn es waren bei zeitlich parallelen Vorgängen (Einnahme von Contergan in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft) die gleichen charakteristischen Schäden eingetreten (Polyneuritis-Schäden an den neugeborenen Babys) und überdies die Polyneuritis-Fälle nach Markteinführung von Contergan deutlich gestiegen. Andere Schadensursachen waren nicht ersichtlich. Ähnliche Situationen ergaben sich im Lederspray-Fall und im Holzschutzmittel-Fall.

Die grundsätzliche Bindungswirkung gilt auch für die **konkrete Kausalität**. Das betrifft sowohl die Frage, ob im konkreten Einzelfall die Bedingungen vorliegen, unter denen von einer generellen Schadenseignung des Arzneimittels auszugehen ist (→ Rn. 38 ff.) als auch die zusätzlichen Anhaltspunkte des Einzelfalls sowie den Ausschluss möglicher Alternativursachen (→ Rn. 50 ff.). Die Anknüpfungstatsachen, auf denen die Kausalitätsbewertung beruht, sind hingegen unmittelbar durch das Gericht festzustellen, vor allem also die Einnahme des Arzneimittels sowie deren genaue Umstände (Beginn und Ende der Einnahme, Dosierung, Häufigkeit). Gleiches gilt für sonstige Tatsachen, zu deren Feststellung das Gericht keiner besonderen Sachkunde bedarf, z. B. für den zeitlichen Ablauf der Ereignisse oder dokumentierte Risikofaktoren.“ (**Zitat Ende**)

Wie bereits oben dargelegt ist Comirnaty auf Grund seiner Wirkungsweise generell geeignet ist Gesundheitsbeeinträchtigungen wie die hier dargelegten zu verursachen (generelle Schadenseignung).

Dafür sprechen gerade auch die hier im Schriftsatz und in den Anlagen in Bezug genommenen statistischen Erfahrungssätze.

Der Kausalzusammenhang wurde hier ferner durch den bereits oben dargelegten direkten Nachweis von arzneimittelspezifischen Pathogenen wie dem Spike-Protein und modRNA-Verunreinigungen im Körpergewebe und im Blut belegt.

Mögliche Alternativursache können hier ausgeschlossen werden, da es für den Vorliegen keine belastbaren Anhaltspunkte gibt. Unstreitig wurde und wird Comirnaty auch nicht zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt. Andere Arzneimittel, die für die Gesundheitsschäden ursächlich sein könnten, kommen hier nicht in Betracht.

Überdies haben diese Injektionen offensichtlich auch in diesem konkreten Einzelfall die Gesundheitsbeeinträchtigung verursacht hat (konkrete Kausalität), da diese Gesundheitsbeeinträchtigungen – wie oben dargelegt – erst unmittelbar nach den Injektionen bei der Klägerin / dem Kläger aufgetreten sind.

Diese Schlussfolgerung wird auch dadurch bestärkt, dass sich die Symptome unmittelbar nach Erhalt der 2. Injektion noch einmal (wesentlich) verschlimmert haben.

Zu weiteren Zurechnungszusammenhängen heißt es bei Kügel et al. (**Zitat**):

„b) Weiterer Zurechnungszusammenhang.

Ein naturwissenschaftlicher Ursachenzusammenhang zwischen Einnahme des Arzneimittels und Auftreten des Schadens genügt nach Abs. 1 nicht. Der pharmazeutische Unternehmer haftet vielmehr nur, wenn sich mit der Gesundheitsbeeinträchtigung die **besondere Arzneimittelgefahr** verwirklicht hat.

aa) Keine adäquate Kausalität.

Nicht erforderlich ist, dass der Kausalzusammenhang adäquat, also der Eintritt des Verletzungserfolges allgemein vorhersehbar war. Denn der Gefährdungshaftung liegen keine Verhaltenspflichten zugrunde. Die Gefährdungshaftung dient dem Ausgleich für die Verwirklichung einer **an sich erlaubten Gefahr**. Maßgeblich ist deshalb, ob sich im Einzelfall gerade die besondere Arzneimittelgefahr verwirklicht hat, für die eine Haftung bestehen soll.

bb) Sekundärgeschädigte.

... (Anmerkung: Diese Konstellation hier unstreitig nicht gegeben)

cc) Fehlerhaftes Arzneimittel.

Aus dem Schutzzweck ergibt sich ferner, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung gerade **auf der Fehlerhaftigkeit** des Arzneimittels beruhen muss. Im Fall von Abs. 1 S. 2 Nr. 1 muss die Gesundheitsbeeinträchtigung aus den schädigenden Eigenschaften des Arzneimittels folgen, auf denen sich das Unvertretbarkeitsurteil gründet. Nur dann steht dem Geschädigten ein Schadensersatzanspruch zu.

Wurde die Verletzung hingegen durch eine vertretbare Wirkung des Arzneimittels hervorgerufen, kann er selbst dann keinen Schadensersatz verlangen, wenn das Arzneimittel darüber hinaus auch unvertretbare Nebenwirkungen hat. Entsprechend setzt die Haftung nach Abs. 1 S. 2 Nr. 2 voraus, dass die Gesundheitsbeeinträchtigung zu den Arzneimittelwirkungen oder sonstigen mit der Anwendung verbundenen Gefahren gehört, über die nicht ordnungsgemäß informiert wurde. Ein Geschädigter kann sich daher nicht darauf berufen, dass die Arzneimittelinformation eine bestimmte Nebenwirkung nicht nennt und er in Kenntnis der Nebenwirkung das Arzneimittel nicht eingenommen hätte, wenn bei ihm eine ganz andere Nebenwirkung aufgetreten ist, die in der Arzneimittelinformation genannt war.“ (**Zitat Ende**)

Mit der hier dargelegten Gesundheitsbeeinträchtigung hat sich auch die besondere Arzneimittelgefahr verwirklicht, da diese Beeinträchtigungen schon in der Zulassungsstudie und dann auch nach der Marktzulassung besonders häufig aufgetreten sind. Diese schädigenden Eigenschaften begründen auch die Unvertretbarkeit der (bedingten) Zulassung und Verabreichung der streitgegenständlichen Chargen, wie sich insbesondere auch aus dem anliegenden Gutachten zu § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG ergibt.

Zudem wird nachfolgend noch dargelegt werden, dass die Arzneimittelinformation der Beklagten nicht den gesetzlichen Mindestanforderungen entsprach. Die Klägerin / der Kläger hätte sich niemals diese Geninjektionen verabreichen lassen, wenn ihr/ihm die Wirkungslosigkeit dieser Injektionen und überdies das Ausmaß und die Schwere der möglichen Nebenwirkungen bekannt gewesen wäre.

Weiter heißt es im Kommentar von Kügel et al. zu den allgemeinen Beweisregeln (**Zitat**):

c) Allgemeine Beweisregeln.

Die Beweislast für den Kausalzusammenhang zwischen der Anwendung des Arzneimittels und der Rechtsgutsverletzung trägt nach allgemeinen Grundsätzen der Geschädigte. Dieser muss den Vollbeweis der Kausalität führen (→ Rn. 54). Dieser Nachweis der Kausalität erfolgt im Arzneimittelrecht regelmäßig durch **Indizienbeweis**.

Hier richtet sich die Beweisführung nicht auf die Kausalität als zu beweisende Haupttatsache, sondern auf Umstände, die für das Vorliegen der Kausalität sprechen.

Diese Indiztatsachen müssen, soweit sie streitig sind, von der beweisbelasteten Partei nachgewiesen werden, damit sie das Gericht bei seiner Entscheidung berücksichtigen kann. Am Ende nimmt das Gericht eine Gesamtwürdigung der einzelnen Indiztatsachen und der sich einander ergänzenden Erfahrungssätze vor. Aus den einzelnen Indiztatsachen kann das Gericht dabei nur dann Kausalität ableiten, wenn andere Schlussfolgerungen nicht ernstlich in Betracht kommen. Das Beweismaß der vollen richterlichen Überzeugung (vgl. § 286 ZPO) ist nicht bereits dann erreicht, wenn die zu beweisende Tatsache hinreichend plausibel oder sogar in einem naturwissenschaftlich-mathematischen Sinn mit an Sicherheit grenzend" überwiegend wahrscheinlich ist. Vielmehr muss der Richter die volle Überzeugung von der Wahrheit der zu beweisenden Tatsache gewinnen. Der Richter darf und muss sich jedoch in tatsächlich zweifelhaften Fällen mit einem für das praktische Leben brauchbaren Grad von Gewissheit begnügen, der möglichen Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen.

Auch der **Anscheinsbeweis** fällt in den Bereich der Beweiswürdigung. Die Anwendung der Grundsätze über den Anscheinsbeweis kommt immer dann in Frage, wenn das Schadensereignis nach allgemeiner Lebenserfahrung eine typische Folge der Pflichtverletzung darstellt. Der Anscheinsbeweis setzt einen typischen Geschehensablauf voraus, d. h. einen Sachverhalt, bei dem nach der Lebenserfahrung (oder wissenschaftlichen Erkenntnissen) auf einen ursächlichen Zusammenhang geschlossen werden kann. Der Sachverhalt muss entweder unstreitig oder voll bewiesen sein und zusammen mit dem bestehenden Erfahrungssatz die volle Überzeugung des Gerichts von der Kausalität begründen. Eine Risikoerhöhung nach statistischen Erfahrungssätzen genügt dabei nicht für die Annahme eines typischen Kausalverlaufs. Zeigt z. B. eine klinische Prüfung, dass die Einnahme eines Arzneimittels das Risiko von Magenbeschwerden um 50% erhöht, so bedeutet dies nicht, dass auch im Einzelfall typischerweise ein Kausalzusammenhang zwischen dem Arzneimittel und dem Auftreten von Magenbeschwerden besteht.

Der Anscheinsbeweis kehrt die Beweislast ferner nicht um. Zur Entkräftung genügt es, dass der pharmazeutische Unternehmer Tatsachen darlegt und beweist, aus denen sich die ernsthafte Möglichkeit eines anderen Geschehensablaufs ergibt, etwa aufgrund von beim Geschädigten vorhandenen Risikofaktoren oder einer idiopathischen Symptomatik.

Die Grundsätze des Anscheinsbeweises kommen insbes. bei den Fällen von **HIV-Infektionen** aufgrund kontaminierter Blutprodukte zum Tragen. Gehört der Infizierte zu keiner HIV-Risikogruppe und erhielt er ein mit HIV kontaminiertes Blutprodukt, so ist nach der Lebenserfahrung die HIV-Infektion als Folge der Verabreichung des Blutproduktes zu sehen. Der Geschädigte trägt dabei die Darlegungs- und Beweislast hinsichtlich der Nichtzugehörigkeit zu einer Risikogruppe und der Kontamination des oder der verwendeten Blutprodukte.

Ist der pharmazeutische Unternehmer allerdings entgegen seiner Dokumentationspflicht nicht in der Lage, Angaben zur Chargennummer der verwendeten Blutprodukte zu machen, kann nach den Grundsätzen der sekundären Darlegungslast von der Kontamination des Blutproduktes im Einzelfall ausgegangen werden.

Der BGH geht im Übrigen davon aus, dass die für den Arzthaftungsprozess entwickelten Grundsätze der Beweislastumkehr im Produkthaftungsprozess in Fällen der Verletzung von Warnpflichten durch den Hersteller nicht anwendbar sind und überträgt diese Rechtsprechung auch auf den Arzneimittelhersteller beim Vorhalt unzureichender Informationen über die einem Arzneimittel möglicherweise anhaftenden Risiken. Folgerichtig lehnt der BGH eine Anwendung der im Arzthaftungsprozess anerkannten Beweiserleichterungen für den Kausalitätsbeweis bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers auf Arzneimittelhersteller ab.

d) Kausalitätsvermutung.

Unter den Voraussetzungen von Abs. 2 S. 1 greift zugunsten des Anspruchstellers eine Kausalitätsvermutung ein (→ Rn. 112 ff.).“ **(Zitat Ende)**

Im Hinblick auf die hier relevanten Indiztatsachen ist die Klägerin / der Kläger mit dem diesseitigen Vortrag vollumfänglich ihrer/seiner Darlegungslast nachgekommen.

Es ist offensichtlich, dass die Tatsache, dass die Klägerin / der Klägerin – wie oben dargelegt – im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit den erhaltenen Geninjektionen schwer erkrankt ist, nur auf die Verabreichung dieser Geninjektionen zurückzuführen sein kann.

Auf Grund der hier dargelegten Umstände zu den in den Chargen von Comirnaty regelmäßig vorhandenen DNA-Kontaminationen und Beeinträchtigungen des Immunsystems, die durch im Interesse einer maximalen Spike-Produktion in den menschlichen Zellen ja auch gezielt durch Comirnaty herbeigeführt werden sollen, können die Gesundheitsschäden der Klägerin / des Klägers nach allgemeiner Lebenserfahrung sogar als eine typische Folge der zahlreichen – oben dargelegten - Pflichtverletzung der Beklagten bezeichnet werden.

Beim Eintritt dieser Schäden handelt es sich um einen typischen Geschehensablauf, d. h. einen Sachverhalt, bei dem nach der Lebenserfahrung (oder wissenschaftlichen Erkenntnissen) auf einen ursächlichen Zusammenhang geschlossen werden kann.

Es wäre sogar ein regelrechtes Wunder gewesen, wenn es nach diesen Puschereien im Design von Comirnaty und den zahlreichen Manipulationen in der Zulassungsstudie und im Zulassungsantrag nicht zu derart katastrophal vielen schweren Nebenwirkungen bei Millionen Menschen in aller Welt gekommen wäre.

Folglich ist zu Gunsten der Klägerin / des Klägers im Hinblick auf die Kausalität der streitgegenständlichen Geninjektionen für die Gesundheitsschäden der Klägerin / des Klägers, die typischerweise nach Verabreichung dieser Geninjektionen auftreten, von einem Anscheinsbeweis auszugehen.

Die Klägerin/der Kläger weiß von keinen Umständen, wonach sie/er einer „Risikogruppe“ angehören könnte.

Beweis: Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin / des Klägers

Damit kommen wir zu den weiteren Voraussetzungen der Ersatzpflicht nach § 84 AMG. Hierzu heißt es bei Kügel et al. (**Zitat**):

„II. Weitere Voraussetzungen der Ersatzpflicht (S. 2)

Der pharmazeutische Unternehmer haftet gem. Abs. 1 S. 2 nur für Schäden, die durch ein **fehlerhaftes** Arzneimittel entstanden sind.

1. Der Fehlerbegriff im Arzneimittelhaftungsrecht.

Der Begriff des Fehlers findet in § 84 keine ausdrückliche Erwähnung. Die weiteren Haftungsvoraussetzungen in Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und Nr. 2 sind allerdings den aus dem Produkthaftungsrecht bekannten **Fehlerkategorien** angelehnt.

Abs. 1 S. 2 Nr. 1 beschäftigt sich mit den unvertretbaren schädlichen Wirkungen des Arzneimittels. Haben diese ihren Ursprung in der Entwicklung des Arzneimittels, spricht man von einem Entwicklungsfehler.

Gehen die schädlichen Wirkungen auf eine Unregelmäßigkeit im Herstellungsprozess zurück, handelt es sich um einen Herstellungsfehler.

Für diese beiden Fehlerkategorien obliegt dem pharmazeutischen Unternehmer der sogenannten Fehlerbereichsnachweis (Abs. 3).

Abs. 1 S. 2 Nr. 2 entspricht dem Instruktionsfehler.

2. Unvertretbare schädliche Wirkung (Nr. 1).

Nach Abs. 1 S. 2 Nr. 1 haftet der pharmazeutische Unternehmer, wenn das Arzneimittel schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen. Mit anderen Worten besteht die Haftung nur für Arzneimittel, die ein **negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis** aufweisen. Damit trägt die Vorschrift dem Umstand Rechnung, dass es sich bei Arzneimitteln um Produkte handelt, die unvermeidbar neben ihren therapeutischen Wirkungen auch Risiken haben.

a)

Verbindung mit dem Recht der Arzneimittelsicherheit.

Die Vorschrift knüpft an die Formulierung in § 5 an, wonach keine Arzneimittel in den Verkehr gebracht werden dürfen, bei denen „nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen haben, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen“.

Nach § 25 II Nr. 5 ist die Zulassung für solche bedenklichen Arzneimittel zu versagen (→ § 25 Rn. 60).

Tritt der begründete Verdacht später auf, ist die Zulassung nach § 30 I zu widerrufen.

Durch diese Regelungen wird die Arzneimittelhaftung mit dem Recht der Arzneimittelsicherheit verbunden. Der Begriff des haftungsrechtlichen Produktfehlers nach dem AMG ist mit dem sicherheitsrechtlichen Kriterium der Unbedenklichkeit weitgehend deckungsgleich. Insbes. legt das Arzneimittelsicherheitsrecht nicht nur einen Mindestsicherheitsstandard fest. Auch dieser richtet sich nach dem Stand der

wissenschaftlichen Erkenntnisse und strebt einen hohen Verbraucherschutz an.“ (**Zitat Ende**)

Wie oben bereits schlüssig dargelegt wurde, ist es schlicht nicht nachvollziehbar, dass die EMA die streitgegenständlichen Geninjektionen überhaupt bedingt und dann sogar noch unbedingt zugelassen hat. Diese Zulassungen hätten nie erteilt werden dürfen, da sie evident gegen geltendes EU-Zulassungsrecht verstießen.

Gleichermaßen ist nicht nachvollziehbar, warum das PEI trotz aller Warnsignale faktisch untätig blieb und nie gegen die weitere Verabreichung von Comirnaty in Deutschland eingeschritten ist, wozu es nach dem AMG berechtigt und verpflichtet war.

Weiter heißt es bei Kügel et al. ebenda (**Zitat**):

„Der Unterschied besteht nach h. M. darin, dass bei der Zulassung (und ggf. späteren Reevaluierung des Arzneimittels) eine **Prognose** im Sinne einer Risikoentscheidung zu treffen ist, während das Haftungsrecht **retrospektiv** einen abgeschlossenen Sachverhalt beurteilt.

Zulassungsentscheidung und Entscheidung über die Haftung unterscheiden sich demnach um den zeitpunktabhängigen Wissensfaktor. Daraus folgt, dass die im Zeitpunkt der Zulassung bekannten schädlichen Wirkungen eine Haftung gem. § 84 nicht begründen können. Für sie ist durch ausführliche Prüfung mit anschließender Zulassung entschieden, dass sie vertretbar sind.

Neben der erstmaligen Zulassung gilt dies auch für spätere Risiko-Bewertungsverfahren, die mit einer Entscheidung über das Fortbestehen der Zulassung abschließen (Art. 30 ff. RL 2001/83/EG).“ (**Zitat Ende**)

Dieser Rechtsauffassung ist aus mehreren Gründen zu widersprechen.

Eine solche Einschränkung der Haftung kann § 84 AMG gerade nicht entnommen werden.

Zudem können auch „bekannte“ schädliche Wirkungen von vornherein niemals eine Haftung nach § 84 AMG ausschließen, wenn die Zulassungsentscheidung der EMA gerade nicht auf einer vertretbaren oder auch nur nachvollziehbaren Prüfung und Bewertung durch die EMA basiert.

Wie oben dargelegt, wurden vor der (bedingten und unbedingten) Zulassung von Comirnaty zahlreiche äußerst sicherheitsrelevante Fragen zu Comirnaty überhaupt nicht oder jedenfalls nicht abschließend geprüft.

Der Experte Dr. Hans-Joachim Kremer hat seine diesbezüglichen Erkenntnisse in seinem vorgenannten Gutachten wie folgt zusammengefasst (**Zitat**):

„Im Laufe des Februar 2021 lagen hinreichend Daten im VAERS-System vor, um das erhöhte Todesfallrisiko von Comirnaty und Spikevax eindeutig zu erkennen. Anstatt dieses Risiko zu benennen, hintertrieben die Behörden die Veröffentlichung von Signalanalysen und verschlossen die Augen vor den Problemen der Placebo-kontrollierten Studien. Dies alles kann nur mit voller Absicht und bei vollem Wissen geschehen sein....

Behörden wie auch Hersteller sind zur Signalfindung angehalten. Das heißt, dass die CDC solche DPAs routinemäßig durchführen muss. Eigentlich lagen die Probleme bereits im Januar 2021 auf der Hand und man hätte weitere Robustheitsanalysen, wie z. B. die obige, daraufhin durchführen müssen. Deshalb muss der CDC wie übrigens auch der FDA oder auch dem deutschen PEI die Problematik spätestens im Laufe des Februars 2021 klar gewesen sein. Selbstverständlich tauschen sich PEI und FDA bzw. RKI und CDC wechselseitig aus. Eigentlich hätte man auch in Deutschland die Zusammenhänge schon frühzeitig erkennen können.

Die CDC veröffentlichte aber keinerlei Daten zu DPAs zu den COVID-19-Impfstoffen, vielmehr hintertrieb sie die Veröffentlichung solcher Daten, bis sie Ende 2022 zur Veröffentlichung gezwungen wurde. Obwohl die dann vorgelegten Analysen methodisch fragwürdig waren – und zwar vor allem durch Überlappungen – zeigten diese Analysen massenhaft relevante Nebenwirkungen an.

Ähnlich das PEI: Vor dem Bundesverwaltungsgericht in Leipzig stellte sich am 6. Juli 2022 die vorgeladene Statistikerin Dr. Oberle als „Leiterin der Gruppe Disproportionalitätsanalysen“ vor. Auf Nachfrage, warum das PEI keine solchen Analysen vorlege, verstieg sie sich zur der Behauptung, dass sie wegen der zahlreichen Meldungen nicht zu solchen Analysen kämen.

Versetzen wir uns jetzt in die damals bekannte Datenlage: Von Relevanz waren nur die Daten zu den Placebo-kontrollierten Studien. Diese zeigten z. B. für Comirnaty keinen relevanten Nutzen an, sondern eher Risiken in Sachen schwerwiegende (serious) unerwünschte Ereignisse, dazu große Anzahl an Nebenwirkungen, die dem geringen Effekt auf SARS-CoV-2-Tests (weniger positive Fälle) entgegen gehalten werden mussten. Von einem günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis konnte schon damals keine Rede sein. Die massenhaft vorgelegten Daten aus Beobachtungsstudien waren dagegen qualitativ durchweg höchst mangelhaft und daher unbrauchbar, vor allem weil diese in der Regel nur sogenannte COVID-19-Tote zählten, aber niemals die Impftoten.

Noch weniger konnte man ein günstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis annehmen, als die Hersteller die Daten des blinded follow-up vorlveregten (Datum des Comirnaty-Berichts: 14. April 2021). Später wurden diese sowie die Daten der anderen Hersteller von den Autoren um Peter Doshi analysiert. Ergebnis: Zumindest problematisches Nutzen-Risiko-Verhältnis. Für die Behörden wäre das schon im April 2021 erkennbar gewesen.

Obwohl die essentielle Auflage der Behörden bei der Zulassung Ende 2020 war, die Placebo-kontrollierten Studien wie ursprünglich geplant weitere 2 Jahre fortzuführen, begannen die Hersteller bereits unmittelbar nach der Zulassung, also ab dem 14. Dezember 2020, die Placebo-Gruppen aufzulösen, oder besser gesagt, den Fortgang der Studien zu sabotieren. Das Bekanntwerden dieses Sabotageakts der Hersteller hätte unter normalen Umständen einen sofortigen Entzug der bedingten Zulassung bewirken müssen. Tat es aber nicht. Politischer Druck?

Für USA bzw. FDA ist schlechterdings unvorstellbar, dass ein Hersteller die Placebo-Gruppe in einer noch laufenden Studie, zumal einer derart zulassungsrelevanten, auflöst, ohne explizites Plazet der FDA.

Ethische Argumente wurden von den Herstellern wie Pfizer und Moderna im Herbst 2020 lediglich vorgeschoben, um Langzeitwirkungen zu vertuschen. Diese Studie wurde von Anfang an auf 2 Jahre geplant; ein ethisches Dilemma, so es existierte, muss also schon im Sommer 2020 allen klar gewesen sein. Die FDA hatte zu Recht stets größte Bedenken

zur vorzeitigen Auflösung. Die methodische Literatur ist voll von Verurteilungen von solchen Auflösungen.

Es ist offensichtlich, dass die Behörden sich durch Druck von außen zu Entscheidungen genötigt sahen, die sie unter normalen Bedingungen niemals getroffen hätten.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

wie vor (Gutachten von Dr. Hans-Joachim Kremer / Anlage 3 A)

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, ...

All diese Umstände lassen nur einen logischen Schluss zu: Die Behörden ließen alles mit vollem Wissen und mit voller Absicht geschehen.

Im Übrigen wird zur Wahrung der Übersichtlichkeit auf den übrigen Inhalt des vorgenannten Gutachtens verwiesen.

Die Risiko-Nutzen-Abwägung kann sich bei § 84 evident auch nicht nur auf schädliche Wirkungen beziehen, die nach der Zulassung entdeckt wurden.

Denn dann könnte ein Arzneimittelhersteller stets der Haftung entgehen, wenn er vor der Zulassung auf der Basis seiner Zulassungsstudie nur möglichst viele schädliche Wirkungen publiziert, ganz gleich, ob es (bereits) in der Zulassungsstudie – wie hier - zu massiven Manipulationen bzw. Faktenverdrehungen und Täuschungen gegenüber den Zulassungsbehörden gekommen ist.

Auch könnte ein Arzneimittelhersteller dann selbst dann der Haftung entgehen, wenn die zuständigen Arzneimittelüberwachungsbehörden durch die – bedingte und unbedingte – Zulassung eines Arzneimittels auch ungeachtet solcher Faktenverdrehungen in der Zulassungsstudie und im Zulassungsantrag systematisch versagt haben, ggf. sogar im kollusiven Zusammenwirken mit den Arzneimittelherstellern, die bekanntlich maßgeblich für die Finanzierung des Haushalts der EMA sorgen.

Eine Risiko-Nutzen-Abwägung muss in jedem Stadium eines Arzneimittels vertretbar gewesen sein. Comirnaty hat zu keinem Zeitpunkt ein auch nur entfernt vertretbares bzw. positives Risiko-Nutzen-Verhältnis aufgewiesen.

Diese Behauptung wird durch das nachfolgend noch in Bezug genommene Gutachten des Sachverständigen Dr. Hans-Joachim Kremer weiter im Detail belegt.

Weiter heißt es bei Kügel et al. (**Zitat**):

„Bestimmungsgemäßer Gebrauch.

Die schädlichen Wirkungen müssen nach Abs. 1 S. 2 Nr. 1 „bei bestimmungsgemäßigem Gebrauch“ des Arzneimittels eintreten...

aa) Zweckbestimmung des pharmazeutischen Unternehmers.

Der bestimmungsgemäße Gebrauch wird durch die Zweckbestimmung des pharmazeutischen Unternehmers vorgegeben. Sie ergibt sich in erster Linie aus dem Inhalt

der Fachinformation und der Gebrauchsinformation (Packungsbeilage) des Arzneimittels. Die darin gem. §§ 11, 11a vorgeschriebenen Angaben zu Indikationen, Kontraindikationen, Dosierung und Wechselwirkungen sowie Warnhinweisen kennzeichnen die Grenze zwischen bestimmungsgemäßem und bestimmungswidrigem Gebrauch. Wird die Arzneimittelinformation geändert und der bestimmungsgemäße Gebrauch weiter eingeschränkt, wirkt diese Änderung (nur) für die Zukunft.

bb) Indikation.

Bestimmungsgemäß ist grundsätzlich nur der Gebrauch, der im Rahmen der **zugelassenen Indikation** stattfindet. Die Indikation definiert positiv, für welche Krankheiten bzw. Symptome das Arzneimittel angewendet werden soll. Bestehen für ein Arzneimittel verschiedene Indikationen, ist für jede Indikation eine gesonderte Nutzen-Risiko-Prüfung durchzuführen. Fällt sie für die einzelnen Indikationen unterschiedlich aus, können nur solche Patienten einen Anspruch geltend machen, bei denen eine Indikation mit negativem Nutzen-Risiko-Profil einschlägig ist. Die Verwendung eines Arzneimittels außerhalb der zugelassenen Indikation (sogenannter **Off-Label-Use**) eines Arzneimittels ist demgegenüber regelmäßig bestimmungswidriger Gebrauch. Die haftungsrechtliche Verantwortung trifft hier den verschreibenden Arzt. Davon gibt es zwei praktisch bedeutsame Ausnahmen:

Nach §§ 35c I, 92 1 2 Nr. 6 SGB V können zugelassene Arzneimittel für nicht zugelassene Indikationen in die Arzneimittelrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgenommen werden. Dem hat eine positive Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses durch eine Expertengruppe beim BfArM vorauszugehen (§ 35c I SGB V). Hierdurch wird klargestellt, dass die Anwendung des Arzneimittels in der nicht zugelassenen Indikation dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht. Nach § 35c I 7 SGB V sollen Bewertungen nur mit Zustimmung der betroffenen pharmazeutischen Unternehmer erstellt werden, was in der Praxis auch geschieht. Wenn der pharmazeutische Unternehmer seine Zustimmung erteilt, dürfte ihm die Erweiterung der Zweckbestimmung zurechenbar und seine haftungsrechtliche Verantwortung zu bejahen sein. Davon geht auch die Gesetzesbegründung zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung aus (zur Haftpflichtversicherung bei Off-Label-Use § 94 Rn. 47 f.).

Darüber hinaus ist der Off-Label-Use dem pharmazeutischen Unternehmer dann zurechenbar, wenn er auf neu erkannte Anwendungsmöglichkeiten ausdrücklich hinweist und diese empfiehlt, z. B. im Rahmen von Fachtagungen, Vorträgen oder Aufsätzen.

Durch eine aktive, einen Therapieimpuls setzende Informationsverbreitung schafft der pharmazeutische Unternehmer bei den Ärzten Vertrauen auf die Unbedenklichkeit der Anwendung. **Eine bloße Duldung eines von Ärzten praktizierten Off-Label-Use kann hingegen nur in Ausnahmefällen die Zweckbestimmung eines Arzneimittels erweitern; etwa dann, wenn der Anwender darauf vertrauen durfte, dass der pharmazeutische Unternehmer einem in einem bestimmten Verkehrskreis üblich gewordenen Gebrauch ausdrücklich widersprochen hätte, wenn er ihn nicht dulden wollte.** Ansonsten kann in diesen Fällen eine Haftung nach Abs. 1 S. 2 Nr. 2 bzw. § 823 BGB wegen unterlassener Warnung in Betracht kommen.“ **(Zitat Ende)**

Die Beklagte wusste, dass Comirnaty nicht vor einer Übertragung auf Dritte schützt, hat aber nichts unternommen, um dieser Fehlvorstellung entgegen zu wirken.

Auch wusste die Beklagte, dass Comirnaty – wie oben dargelegt - überhaupt nicht für den Schutz vor Transmission zugelassen war.

Dennoch schwieg die Beklagte, als die Bevölkerung und bestimmte Berufsgruppen von Politik und Medien gerade mit dieser Behauptung einer Schutzwirkung für Dritte durch die zahlreichen 3G-, 2G und 1G-Regelungen über Jahre hinweg systematisch massiv unter Druck gesetzt wurde, insbesondere durch die sog. Nachweispflicht im Gesundheitswesen nach § 20 a IfSG a.F. und durch die Covid-19-Injektions(duldungs)pflcht bei der Bundeswehr.

Vor diesem Hintergrund konnten alle Impfärzte in diesem Land nur davon ausgehen, dass bei Comirnaty kein Off-Label-Use vorliegt, soweit es gerade auch zum Schutz von Dritten verabreicht worden ist.

Schließlich geht die Frage eines möglichen Off-Label-Uses hier auch deshalb ins Leere, weil sich die Klägerin / der Kläger Comirnaty – so wie (fast) alle anderen Geimpften auch – Comirnaty gerade auch in der Annahme spritzen ließ, dadurch einen eigenen Schutz vor einer Infektion bzw. einem schweren Krankheitsverlauf zu erhalten.

Beweis: Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin / des Klägers

Zum Thema Kontraindikationen führt Kügel et al. ebenda aus (**Zitat**):

„cc) Kontraindikationen.

Die Kontraindikationen (Gegenanzeigen) grenzen negativ Patienten aus, bei denen das Arzneimittel nicht angewendet werden soll. Bei der Nutzen-Risiko-Bewertung des Arzneimittels sind **absolute** Kontraindikationen von vornherein auszunehmen. Deshalb liegt bei einer absolut kontraindizierten Anwendung auch kein bestimmungsgemäßer Gebrauch vor, so dass auch keine Ansprüche aus § 84 wegen eines negativen Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Arzneimittels bestehen können. Bei einer **relativen** Kontraindikation verbleibt dem Arzt (und ggf. dem Patienten) ein Ermessensspielraum bei der Anwendung, indem vor oder während der Behandlung eine (kontinuierliche) individuelle Nutzen-Risiko-Entscheidung über den Einsatz des Arzneimittels zu treffen ist. Dies ist der Fall, wenn es in der Fachinformation z. B. heißt: „Das Arzneimittel darf nur mit besonderer Vorsicht angewendet werden bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion“. Ein bestimmungsgemäßer Gebrauch setzt voraus, dass „besondere Vorsicht“ vor und während der Anwendung des Arzneimittels geübt wurde, d. h. wenn der Arzt eine medizinisch vertretbare Nutzen-Risiko-Abwägung vorgenommen und die Anwendung überwacht hat.“ (Zitat Ende)

Der Klägerin / dem Kläger waren vor Erhalt der streitgegenständlichen Geninjektionen keine Anhaltspunkte für solche Kontraindikationen bekannt.

Beweis: Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin / des Klägers

Weiter heißt es bei Kügel et al. ebenda (**Zitat**):

dd) Dosierung, Art und Dauer der Anwendung und Wechselwirkungen.

Verstöße gegen diese Anwendungshinweise führen ohne weiteres zu einem bestimmungswidrigen Gebrauch, wenn Arzt und Patienten eine **klare Handlungsanweisung** vorgegeben ist. Dies ist der Fall bei Formulierungen wie „Tageshöchstosis“, „diese Dosis darf/soll nicht überschritten werden“, „das Arzneimittel

darf/soll nicht länger als sieben Tage angewendet werden" oder „das Arzneimittel darf/soll nicht in Kombination mit Cholinesterase-Inhibitoren angewendet werden".

Dosierungsempfehlungen oder Empfehlungen über die Art und Dauer der Anwendung, die einen Handlungsspielraum eröffnen, schränken den bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht ohne weiteres ein. Hierunter fallen Formulierungen wie das Arzneimittel „sollte nicht häufiger als dreimal täglich" oder das Arzneimittel „sollte nicht länger als zehn Tage" eingenommen werden. Für die Haftung des pharmazeutischen Unternehmers bei ärztlicher Ausübung des Ermessensspielraums werden ähnliche Überlegungen anzustellen sein wie hinsichtlich relativer Kontraindikationen. Setzt sich hingegen der Patient ohne Rücksprache beim Arzt über die Empfehlungen der Gebrauchsinformation hinweg, wird darin bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln regelmäßig ein bestimmungswidriger Gebrauch liegen.“ (**Zitat Ende**)

Es gibt hier keine Anhaltspunkte für Verstöße gegen solche Anwendungshinweise. Die Klägerin / der Kläger weiß jedenfalls von keinen Umständen, die die Annahme eines solchen Verstoßes begründen könnten.

Beweis: Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin / des Klägers

Zu Warnhinweisen heißt es bei Kügel et al. ebenda (**Zitat**):

„**ee) Warnhinweise.**

Bei Warnhinweisen ist zu unterscheiden, ob die Warnung eine korrekte Anwendung des Arzneimittels gewährleisten oder den Arzt und Patienten lediglich über die Risiken der Arzneimitteltherapie aufklären soll. Nur Warnhinweise, die auf die **korrekte Anwendung** abzielen, können den bestimmungsgemäßen Gebrauch einschränken. Beispiele hierfür sind Formulierungen wie „bei bestehender Infektion darf das Arzneimittel nur unter gleichzeitiger antiinfektöser Therapie angewendet werden", „vor der Behandlung mit dem Arzneimittel ist eine Malignität des Ulcus auszuschließen", „bei einer Erhöhung der Leberwerte ist die Therapie zu beenden". Bloße Empfehlungen schränken den bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht ohne weiteres ein (→ Rn. 75). Allerdings kann der Anspruch auch hier wegen Mitverschuldens (vgl. § 85 AMG) gekürzt werden oder gar wegfallen. Die Angabe von Nebenwirkungen und die Hervorhebung bestimmter Risiken unter der Überschrift Warnhinweise" schränken den bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht ein.“ (**Zitat Ende**)

Die Beklagte hätte ihrer arzneimittelrechtlichen Sorgfaltspflicht nur dadurch genügen können, dass sie für Comirnaty keinen Zulassungsantrag stellt, also gar nicht erst für eine Marktzulassung sorgt.

Auch hätte die Beklagte nach Marktzulassung bei Bekanntwerden des katastrophalen Ausmaßes der Nebenwirkungen sofort alle Menschen in dieser Welt generell vor ihrem Produkt warnen und das Produkt vom Markt nehmen müssen.

Die Klägerin / der Kläger weiß jedenfalls von keinen Umständen, die die Annahme eines Verstoßes gegen Warnhinweise begründen könnten.

Beweis: Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin / des Klägers

Damit kommen wir zu der Frage der Nutzen-Risiko-Abwägung.

Kügel et al. führt hierzu ebenda **aus (Zitat)**:

„c) Sachverhaltsgrundlage der Nutzen-Risiko-Abwägung.

Das Nutzen-Risiko-Verhältnis umfasst nach § 4 XXVIII eine Bewertung der positiven therapeutischen Wirkungen im Vergleich zum Risiko des Arzneimittels.

aa) Nutzen.

Arzneimittel werden zur Prävention, Therapie oder Diagnose eingesetzt und sollen ein vorgegebenes Behandlungsziel erreichen. Unter dem Nutzen eines Arzneimittels versteht man seine therapeutische Wirksamkeit für die angesprochene Zielgruppe.

Die Wirksamkeit eines Arzneimittels lässt sich anhand verschiedener Parameter bemessen. Diese beinhalten:

- (1) Das Ausmaß, in dem das Arzneimittel die Krankheit therapiert oder die Symptome lindert,
- (2) die Häufigkeit, mit der das Arzneimittel anspricht („Responder Rate“) und
- (3) die Dauer des Therapieerfolges.

Bei prophylaktischen Arzneimitteln kann als Nutzen die zu erwartende geringere Schwere oder Häufigkeit der Erkrankung angesehen werden.

Der Nutzen eines Arzneimittels kann nicht allein produktbezogen evaluiert werden, es muss vielmehr das pharmazeutische Umfeld mit alternativen Therapiemöglichkeiten berücksichtigt werden (→ Rn. 84).

bb) Risiko.

Das Risiko eines Arzneimittels sind seine **schädlichen Wirkungen**.

Schädliche Wirkungen eines Arzneimittels sind in erster Linie unerwünschte Wirkungen, die neben oder anstelle der eigentlichen therapeutisch gewünschten (Haupt-)Wirkung auftreten (Nebenwirkungen, → zum Begriff § 4 Rn. 91 f.).

Schädliche Wirkungen i. S. d. 1 2 Nr. 1 sind ferner auch solche, die im Zusammenspiel mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Stoffen auftauchen (Wechselwirkungen). Ob ein Arzneimittel schädliche Wirkungen verursacht, hängt von seinen pharmakologischen Eigenschaften ab. Diese werden in erster Linie von den Wirkstoffen des Arzneimittels bestimmt (seltener von Hilfs-stoffen).

Beispiele für die häufigsten Pathomechanismen schädlicher Wirkungen sind: Toxische Wirkung (z. B. Haarausfall), Blockierung der Synthese körpereigener Substanzen (z. B. Magenbeschwerden), immunologische Wirkung (z. B. Anaphylaxie), Induktion von Autoimmunmechanismen (z. B. Lupus erythematoses), Aktivierung von Mediatoren (z. B. allergische Reaktionen, Bronchospasmen) und Infektiosität (HIV- und Hepatitis-Infektion durch nicht ausreichend virusinaktivierte Blutprodukte).

Die **Wirkungslosigkeit des Arzneimittels** stellt nach überwiegender Auffassung keine schädliche Wirkung dar.

So liegt z. B. in dem Umstand, dass bestimmte Krankheitserreger gegen ein Arzneimittel resistent sind, keine schädliche Wirkung des Arzneimittels. Auch der ausgebliebene Heilungserfolg aufgrund einer zu geringen Wirkstoffmenge soll nicht als schädliche Wirkung anzusehen sein.

Davon unabhängig kann das Nutzen-Risiko-Verhältnis für ein unwirksames Arzneimittel negativ sein, weil der Nutzen eines wirkungslosen oder in seiner Wirkung eingeschränkten Arzneimittels aufgehoben oder gemindert ist, was vor allem bei Herstellungsfehlern relevant wird. Für Neben- und Wechselwirkungen kann dann eine Haftung bestehen.“ (Zitat Ende)

Auch wenn die Wirkungslosigkeit eines Arzneimittels keine „schädliche Wirkung“ darstellen soll, so muss doch beachtet werden, dass die Charge eines Arzneimittel nach § 32 AMG nur dann die Chargenprüfung überstehen kann, wenn eine Wirksamkeit vorhanden ist.

Aber fahren wir zunächst fort mit dem Kommentar von Kügel et al. (Zitat):

„Die **Feststellung der Risiken** geschieht in einem stufenweisen Prozess. Dieser erfordert Identifikation, Bestätigung, Charakterisierung und Quantifizierung der Risiken in der anvisierten Patientenpopulation. Es sind alle verfügbaren Datenquellen auszuwerten, wobei hier eine anerkannte Datenhierarchie besteht (→ Rn. 39). Die zuverlässigsten Daten liefern kontrollierte klinische Prüfungen. Erst nachrangig sind u. a. Beobachtungsstudien, experimentelle Studien, medizinische Literatur sowie Daten aus Spontanmeldesystemen einzubeziehen. Das Risiko bemisst sich nach Schwere und Häufigkeit der schädlichen Wirkungen (sowohl absolut als auch relativ im Vergleich zu anderen Therapien). Zu berücksichtigen sind ferner Risikodeterminanten, d. h. Umstände, die das Risiko erhöhen oder senken, sowie Maßnahmen, die das Risiko beherrschbar machen.

d) Abwägung von Nutzen und Risiken.

aa) Definition der Patientenpopulation.

Die Nutzen-Risiko-Abwägung hat **abstrakt-generellen** Charakter. Sie ist nicht bezogen auf den individuell Geschädigten oder Untergruppen innerhalb der durch die Indikation angesprochenen Patientengruppe vorzunehmen. Die Abwägung der individuellen Vor- und Nachteile der Arzneimitteltherapie im konkreten Einzelfall ist Aufgabe des Arztes. Die Nutzen-Risiko-Abwägung findet jeweils für die gesamte durch die Indikationsangabe vom pharmazeutischen Unternehmer anvisierte Patientenpopulation statt. Diese wird durch den bestimmungsgemäßen Gebrauch festgelegt und definiert sich über Indikationen und Kontraindikationen des Arzneimittels (→ Rn. 70 ff.). Die Indikation zieht dabei den äußeren Rahmen für die Patientenpopulation, während Patienten mit einer Kontraindikation herauszunehmen sind. Hat das Arzneimittel mehrere Indikationen, wird das Nutzen-Risiko-Verhältnis jeweils gesondert untersucht. Zeigt die Nutzen-Risiko-Bewertung, dass das Risiko für eine bestimmte Gruppe von Patienten höher ist als für die Patientenpopulation insgesamt, berührt dies das generelle Nutzen-Risiko-Verhältnis des Arzneimittels nicht, solange der Nutzen des Arzneimittels für die gesamte Patientenpopulation überwiegt. Das Arzneimittel kann folglich auf dem Markt bleiben. Es muss aber - je nach Art und Höhe des Risikos - nachträglich ein besonderer Warnhinweis oder eine Kontraindikation in die Arzneimittelinformation aufgenommen werden. War ein entsprechender Hinweis nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft schon vorher erforderlich, haftet der pharmazeutische Unternehmer möglicherweise nach Abs. 1 S. 2 Nr. 2. Lässt sich das Risiko hingegen nicht durch besondere Warnhinweise oder die Einführung einer Kontraindikation steuern, kann das gesamte Nutzen-Risiko-Verhältnis mit den in §§ 5, 25 II i Nr. 5, 30 vorgesehenen Folgen kippen. Dann liegt auch Fehlerhaftigkeit nach Abs. 1 S. 2 Nr. 1 vor. Anspruchsberechtigt sind aber nur Geschädigte, die zu der Patientengruppe gehören, wegen der das gesamte Nutzen-Risiko-Verhältnis des Arzneimittels negativ zu bewerten ist.

bb) Abwägungsvorgang.

Welches Risiko sich als vertretbar einstufen lässt, hängt von der Indikation des Arzneimittels sowie seiner therapeutischen Wirksamkeit ab. **Je besser** die therapeutische Wirksamkeit des Arzneimittels und je gravierender die Indikation, **desto schwerere** schädliche Wirkungen können toleriert werden. Wird das Arzneimittel z. B. zur Behandlung einer Krankheit mit hoher Sterblichkeitsrate eingesetzt, sind unter Umständen auch besonders schwerwiegende und möglicherweise tödliche Nebenwirkungen hinzunehmen. Auch bei Arzneimitteln, die zur Behandlung sonstiger schwerer Krankheiten oder chronischer Krankheitszustände eingesetzt werden, können schwere und sogar tödliche Nebenwirkungen vertretbar sein, solange deren Eintrittswahrscheinlichkeit eher gering ist oder sich die Gefahr durch entsprechende Hinweise in der Arzneimittelinformation steuern lässt. Bei Arzneimitteln, die nur zur Behandlung leichter Symptome bestimmt sind, ist ein hoher Sicherheitsstandard erforderlich, und bereits leichte Nebenwirkungen können als unvertretbar zu bewerten sein. Auch wenn das Arzneimittel keine oder fast keine Wirksamkeit aufweist, sind bereits geringe Nebenwirkungen als unvertretbar anzusehen.

Bei der Prüfung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses sollte nach Möglichkeit neben der absoluten Bewertung von Nutzen und Risiken auch eine **relative Bewertung** im Vergleich zu **alternativen Therapien** erfolgen. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis eines Arzneimittels kann nicht isoliert betrachtet werden, wenn es andere Therapiemöglichkeiten gibt. Stehen für dieselbe Indikation andere Therapien zur Verfügung, die gleich wirksam sind, aber ein geringeres Risiko aufweisen, **sind die schädlichen Wirkungen nicht mehr vertretbar.**

Beim Vergleich mit anderen Therapien sind neben der im konkreten Fall relevanten schädlichen Wirkung des Arzneimittels **auch die Risiken der jeweiligen Therapiealternativen zu berücksichtigen.** Führt das auf dem Prüfstand stehende Arzneimittel z. B. häufiger zu Magenbeschwerden als ein Präparat mit derselben Indikation und der gleichen Wirksamkeit, so wäre diese schädliche Wirkung nicht als unvertretbar anzusehen, wenn das andere Präparat stattdessen Muskelkrämpfen oder Hautausschlägen führt. Es liegt dann am Arzt zu entscheiden, welches Arzneimittel besser für welchen Patienten geeignet ist. Ferner ist zu berücksichtigen, dass auch gleich wirksame Arzneimittel mit einem ähnlichen Risikoprofil bei unterschiedlichen Patienten unterschiedlich gut wirken können. Im Zweifel spricht daher einiges für eine breite Auswahl an Therapiemöglichkeiten.

Wenn möglich, sollte die Gefahrsteuerung deshalb durch eine **umfassende** Arzneimittelinformation gewährleistet werden.“ **(Zitat Ende)**

Bereits einleitend wurde dargelegt, dass schon in 2020 zahlreiche hochwirksame und nahezu nebenwirkungsfreie alternative Behandlungsmöglichkeiten zu den streitgegenständlichen Geninjektionen bekannt waren.

Schon auf Grund dieser Tatsache hätte Comirnaty niemals bedingt zugelassen werden dürfen.

Zur Vermeidung von Wiederholungen sei auf die diesbezüglichen obigen Ausführungen verwiesen.

Weiter heißt es bei Kügel et al. ebenda **(Zitat)**:

„cc) Prüfungsmaßstab: Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft.

Gem. Abs. 1 S. 2 Nr. 1 richtet sich die Prüfung der Vertretbarkeit der schädlichen Wirkungen allein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft. Andere Faktoren, etwa die

wirtschaftlichen Interessen des pharmazeutischen Unternehmers oder die Interessen bzw. Erwartungen des Geschädigten, spielen keine Rolle. Entsprechend kommt es auch nicht darauf an, ob die schädliche Wirkung als allgemeines Lebens- und Gesundheitsrisiko gesellschaftlich akzeptiert ist. Maßgeblich für die Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses sind die gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnisse. Ähnlich wie bei der Kausalitätsfeststellung ist das Gericht bei der Prüfung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses weitgehend an die Einschätzungen medizinischer Sachverständiger gebunden (→ Rn. 54 ff.). ...

dd) Maßgeblicher Zeitpunkt.

Der Kenntnisstand der medizinischen Wissenschaft entwickelt sich ständig fort. Zum Beispiel können Anwendungsbeobachtungen mit dem bereits zugelassenen Arzneimittel **neue Erkenntnisse** zu Nutzen und Risiken des Arzneimittels liefern. Neue Hinweise können sich ferner aus der klinischen Forschung und der Entdeckung bisher unbekannter Pathomechanismen ergeben. Damit stellt sich die Frage, auf welchen Zeitpunkt für die Nutzen-Risiko-Bewertung abzustellen ist: Die h. M. differenziert hinsichtlich des maßgeblichen Zeitpunkts zwischen dem Stand der Erkenntnisse und dem objektiven Stand der Entwicklung (dem pharmazeutischen Umfeld).

Bezüglich der **Erkenntnisse**, die in die Nutzen-Risiko-Abwägung eingehen, ist auf den Zeitpunkt der Bewertung, im Prozess also auf den Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung, abzustellen. Sinn und Zweck der Arzneimittelhaftung nach Abs. 1 S. 2 Nr. 1 ist es, Entschädigung auch in denjenigen Fällen vorzusehen, in denen die unvertretbaren schädlichen Wirkungen ursprünglich nicht erkennbar waren (!!!).

Im Hinblick auf den objektiven **Stand der Entwicklung** dieses oder vergleichbarer Arzneimittel soll hingegen auf den Zeitpunkt abgestellt werden, zu dem das konkret schadenstiftende Arzneimittel in den Verkehr gebracht wurde. Die heutigen Erkenntnisse sind danach auf den Zeitpunkt des Inverkehrbringens des Arzneimittels **zurück zu projizieren**. Die Frage ist demnach, ob die schädlichen Eigenschaften – wenn sie zu diesem Zeitpunkt bekannt gewesen wären – angesichts der damals verfügbaren alternativen Therapiemöglichkeiten vertretbar gewesen wären oder schon damals die Versagung bzw. den Entzug der Zulassung erfordert hätten. So wird verhindert, dass der pharmazeutische Unternehmer dafür haftet, dass infolge des medizinischen Fortschritts wirksamere oder weniger schädliche Arzneimittel entwickelt werden. Der Schaden beruht in diesem Fall nicht auf einem typischen Entwicklungsrisiko, da sich das Schadenspotential nicht nachträglich als größer erweist, als man zum Zeitpunkt des Inverkehrbringens angenommen hat. Vielmehr liegt eine sog. Entwicklungslücke vor, die durch den Fortschritt der Wissenschaft geschlossen wird. Auf dem Boden dieser h.M. sind demnach z.B. HIV-kontaminierte Blutprodukte nicht fehlerhaft, wenn zur Zeit des Inverkehrbringens objektiv kein Verfahren zur Inaktivierung des Virus existierte. Auch in diesem Fall besteht eine Entwicklungslücke.“ (**Zitat Ende**, Hervorhebungen im Text durch Fettdruck etc. wurden teilweise hinzugefügt)

Unter Berücksichtigung aller bekannten und oben und in den Anlagen dargelegten Tatsachen ist zwingend (!) davon auszugehen, dass die Nutzen-/Risikoabwägung zu allen modRNA-Injektionen – auch zu Comirnaty – eindeutig **NEGATIV** ist.

Die Kanzlei Kruse Law fasst ihre Schlussfolgerung zu der Nutzen-Risiko-Abwägung in ihrer o.g. Strafanzeige vom 7.2.2024 (Anlage 3 C) ab Seite 242 wie folgt zusammen, wobei „Siwssmedic“ in diesem Kontext stets durch „PEI“ und „EMA“ ersetzt werden kann (**Zitat**):

„Schlussfolgerung: Nutzen-/Risikoabwägung NEGATIV

Die im Evidenzreport im Detail erläuterten rechtserheblichen Tatsachen sind ausreichend präzise dargelegt und umfassend belegt. Nach eingehender Analyse aller rechtserheblichen Tatsachen kann nur zum Schluss gelangt werden, dass **die mit den mRNA-Substanzen verbundenen Risiken an schweren Nebenwirkungen** zu erkranken oder daran zu versterben, das Risiko an COVID-19 schwer zu erkranken oder zu versterben ohne jeden vernünftigen Zweifel **weit überschreiten**. Ein mit diesen mRNA-Präparaten auch nur halbwegs immunisierender Nutzen – eine Schutzwirkung gegen Infektion und gegen Übertragung – wurde **mittels prospektiven randomisierten Placebo-kontrollierten Langzeitstudie (RCT) niemals nachgewiesen**.

Die «befristete» Zulassung gemäss Art. 9a HMG (im Sinne einer faktischen «Notzulassung» oder einer faktischen «Pandemiezulassung») für den allgemeinen Gebrauch hätte mangels jeder Schutzwirkung und aufgrund der exorbitanten Risiken somit unter gar keinen Umständen erteilt und niemals verlängert werden dürfen.

Die Berücksichtigung der zunehmend geradezu erdrückenden Datenlage muss zwingend zum Schluss führen, [i.] dass der Nutzen dieser mRNA-«Impfstoffe» von Anfang an ausschliesslich negativ war, **[ii.]** dass sämtliche Fakten den Verantwortlichen von Swissmedic von Anfang an bekannt gewesen sein musste; **[iii.]** dass die mRNA-Substanzen bereits aufgrund fehlender Beherrschbarkeit des Produktionsprozesses niemals als COVID-19-«Impfstoffe» hätten zugelassen werden dürfen (erst recht nicht als ATMP im besonderen Verfahren der befristeten Zulassung) und **[iv.]** dass sie – um weiteren Schaden von der Bevölkerung abzuwenden – umgehend aus dem Verkehr gezogen werden müssen.

In Anbetracht der äusserst solid und umfassend ausgewerteten und aufbereiteten Fakten kann ausgeschlossen werden, dass sich diese negative Nutzen-/Risikobeurteilung für die vorliegenden Substanzen jemals noch ins Positive wendet. Die «Medizin» ist weitaus gefährlicher als die «Krankheit».

Aus all diesen Gründen sind sämtliche vorliegenden mRNA-Präparate gegen COVID-19 sowohl aus epidemiologisch-medizinischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht als untauglicher **NON-VALEUR mit ungewöhnlich hohem Risikogehalt zu betrachten und sollten endlich auch dementsprechend behandelt werden.** (Zitat Ende)

Zu dem gleichen Ergebnis kommt der Sachverständige Dr. Hans-Joachim Kremer in seinem bereits o.g. Gutachten vom 8.4.2024 (**Anlage 4**) in der vorangestellten Zusammenfassung zu dem eindeutigen Ergebnis (**Zitat**):

„Die Studie C4591001 von Pfizer-Biontech stellt durch ihre Grösse und der Placebo-Kontrolle hervorragende Daten zur Beurteilung des Nutzens zur Verfügung. Dabei ist wichtig: Nutzen kann sinnvoll nur anhand solcher randomisierter, kontrollierter Studien beurteilt werden.

Wirksamkeit bedeutet keineswegs auch Nutzen. Nutzen muss klinisch relevant für ein Individuum sein. Zur Abschätzung des Nutzens muss Statistik herangezogen werden.

Im Falle der Studie C4591001, übrigens der einzigen ihrer Art zu diesem Produkt, sind zahlreiche fundamentale Fehler zu bemängeln, die allesamt das Potenzial haben die Schlussfolgerungen zu verfälschen; stets nur eine Richtung: Für das Produkt.

Kernproblem ist, dass die Studie nicht doppel-blind durchgeführt wurde. Nicht nur auf Basis von Statistiken, sondern auch auf Basis vieler einzelner Befunde muss man den Schluss

ziehen, dass in Kenntnis der wahren Zuordnung Neigung (*bias*) eingeführt wurde. Dies betrifft vor allem die vom Sponsor bevorzugten primären Wirksamkeitsanalysen sowie essentielle Sicherheitsdaten, also Todesfälle und schwerwiegende unerwünschte Ereignisse (SUE, serious adverse events (SAE)) sowie Fällen von „severe COVID-19“. Hier sind Unterschlagungen von Fällen in der Verumgruppe dringend zu befürchten, bei „severe COVID-19“ sind Dramatisierung von Placebofällen durch Rückgriff auf unsinnig hohe CT-Werte zu befürchten.

Trotz dieser und anderer Formen von Bias zeigt sich in den verschiedenen Analysen zum Nutzen entweder kein Unterschied (Tod und SAE; obwohl in beiden Fällen bias für Comirnaty zu unterstellen ist) oder statistisch eindeutige Vorteile von Placebo (schwere Ereignisse, leichte bis moderate Ereignisse, schwere Nebenwirkung gegen schweres „COVID-19“, nicht-schwere Nebenwirkungen gegen nicht-schweres „COVID-19“).

Der Einwand, dass die Impfung möglicherweise länger als in dieser Studie beobachtet wirken könnte, kann vollständig entkräftet werden. Die Impfung wirkt kaum über etwa 6 Monate hinaus, längerfristig scheint sich die Impfung sogar kontraproduktiv auf die Inzidenz von COVID-19 auszuwirken.

Insgesamt ist kein Nutzen der Impfung feststellbar. Wenn überhaupt muss man vom Gegenteil, also negativem Nutzen oder von „Unnutzen“ sprechen. Von daher würde sich jede detaillierte Erörterung der Risiken schon erübrigen.

Die wesentlichen Daten zu dieser Bewertung lagen bereits bei Erteilung der bedingten Zulassung vor; allerdings konnte man seinerzeit noch die Hoffnung auf längerfristigen Nutzen haben. Die Hersteller der modRNA-Produkte starteten bereits im Herbst 2020 eine Kampagne, ihre Placebo-kontrollierten Studien verfrüht zu beenden, als zu sabotieren, in dem sie die Placebogruppe unter fadenscheinigen, angeblich ethischen Gründen vorzeitig auflösten. Dadurch gingen wertvolle Daten zu Langzeiteffekten unwiederbringlich verloren.

Viele Überlegungen legen nahe, dass diese Sabotageaktion von den Herstellern mit voller Absicht betrieben wurde, und zwar weil es nahezu auszuschließen war, dass diese Produkte jemals irgendeinen klinisch relevanten Vorteil hätten zeigen könnten, dagegen höchst wahrscheinlich, dass sie vor allem schaden würden. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass die mutmaßlich wahre Wirkung dieser Produkte in einer Störung der PCR-Tests zu sehen ist, die eine Verhinderung von „COVID-19“ vorgaukelte. Eine solche Wirkung hat nichts mit Patienten-Relevanz zu tun, sondern ist schlich und ergreifend Betrug zu nennen.

Nichtsdestotrotz ist Comirnaty keineswegs ein teures Placebo, sondern es wirkt durchaus, nur eben völlig anders als propagiert. Selbstverständlich werden durch die modRNA im Organismus Proteine, also Antigene gebildet, die aber keinen prophylaktischen oder therapeutischen Sinn haben, dafür aber das Immunsystem massiv beeinträchtigen, was leicht die zahlreichen Nebenwirkungen erklärt. Die Beispiele Übersterblichkeit, Geburtenrückgang und Turbokrebs zeigen, dass diese Nebenwirkungen nachhaltig sein können. Zweifellos sind die Risiken der Impfung zahlreich und oft erheblich.“ **(Zitat Ende)**

Beweis:

wie vor (Anlage K 4)

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, ...

In diesem Gutachten findet sich gleich einleitend (auf Seite 7) eine wichtige Klarstellung **(Zitat, Fettdruck hinzugefügt)**:

„Die in Rede stehende Placebo-kontrollierte Studie C4591001 zu Comirnaty stellt im Prinzip, d.h. wegen Designs und Umfangs, die bestmögliche Evidenz dar, die ein Impfstoff haben kann. **Die späteren Beobachtungsstudien, auch solche mit erheblich größerer Fallzahl, können Schlussfolgerungen zur Wirksamkeit und Nutzen, die auf Basis von C4591001 getroffen wurden, keinesfalls in Frage stellen.** Sollte sich diese Studie als unzuverlässig erweisen, dann gilt: Alles nochmal von vorne, also eine neue randomisierte Placebo-kontrollierte Studie müsste dann alles erneut belegen.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

wie vor (Anlage K 4)

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, ...

Im Übrigen wird zur Wahrung der Übersichtlichkeit vollumfänglich auf den Inhalt dieses Gutachtens von Dr. Kremer verwiesen, womit es zum Klagevortrag erhoben werden soll.

Auch Prof. Dr. Werner Bergholz kann schlüssig darlegen, dass die Bilanz der Covid-19-Injektionen eindeutig negativ ist. Die durch diese Injektionen bewirken Schäden überwiegen ihren angeblichen Nutzen bei Weitem.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Herrn Prof. Dr. Werner Bergholz, ...

In diesem Zusammenhang wird der Sachverständige Prof. Bergholz auch der ausschließlich auf Modellrechnungen basierenden Behauptung Stellung beziehen, wonach die Covid-19-Injektionen in Europa „eine Million“ Leben gerettet haben sollen, siehe tkp.at-Artikel vom 17.4.2023, abrufbar unter:

<https://tkp.at/2023/04/17/who-propaganda-covid-spritze-hat-in-europa-einemillion-leben-gerettet/>

Mit dieser Behauptung der WHO aus April 2023 haben sich schon diverse kritische Autoren befasst, siehe tkp.at-Artikel vom 24.4.2023 mit dem Titel „**Warum die CovidImpfstoffe keine Million Leben gerettet haben**“, abrufbar unter:

<https://tkp.at/2023/04/24/warum-die-covid-impfstoffe-keine-million-leben-gerettethaben/>

Die Behauptung, dass eine bekanntermaßen nachweislich wirkungslose oder gar negativ wirksame Gentherapie wie die Covid-19-Injektionen viele Menschenleben gerettet haben, ist im Übrigen von vornerein absurd und daher offensichtlich bloß ein Märchen, das von Pharmaindustrie und Politik und Pharma-NGOs wie der WHO offenbar nur zur nachträglichen Rechtfertigung der zahlreichen Impfschäden kreiert worden ist.

Schon im Jahre 2021 haben Studien darauf hingewiesen, dass die Covid-19-Injizierten Träger von infektiöseren und Antikörper-resistenten Varianten sind und gegenüber Ungeimpften eine höhere Viruslast haben als Ungeimpfte.

Hierzu heißt es u.a. in einem Artikel auf tkp.at vom 25.8.2021 mit dem Titel „**Studie: vollständig geimpfte Mitarbeiter des Gesundheitswesens mit 251-facher Viruslast sind Bedrohung für andere**“ (Zitat):

„Es zeigen immer mehr Studien, dass Geimpfte sich relativ häufig anstecken und dann mindestens die gleiche oder sogar eine erheblich höhere Viruslast haben als Ungeimpfte. Eine neue Studie zeigt bei Infektion von Geimpften mit der Delta Variante sogar die 251-fache Virenlast haben wie mit früheren Varianten. Damit sind sie absolute Superspreeder...“

Quelle:

<https://tkp.at/2021/08/25/studie-vollstaendig-geimpfte-mitarbeiter-desgesundheitswesens-mit-251-facher-viruslast-sind-bedrohung-fuer-andere/>

Siehe hierzu u.a. auch: <https://tkp.at/2021/11/13/britische-studie-bestaetigt-neuerlich-hohe-viruslast-beigeimpften/>

<https://tkp.at/2021/10/12/geimpfte-sind-traeger-von-infektioeseren-undantikoerper-resistenten-varianten/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Herrn Prof. Dr. Werner Bergholz, ...

Wie oben gezeigt, waren die schädlichen Eigenschaften von Comirnaty schon angesichts der damals bekannten und verfügbaren alternativen, hochwirksamen und ungefährlichen Therapiemöglichkeiten unververtretbar und hätten schon damals die Versagung bzw. den Entzug der Zulassung erfordert.

Die Zulassungsentscheidungen der EMA beruhen auf einer massiv manipulierten Zulassungsstudie und in jeder Hinsicht unververtretbaren Beurteilungen.

Ein Haftungsausschluss des Beklagten kommt hier evident nicht in Betracht, da die schädlichen Wirkungen des betreffenden Arzneimittels – wie oben gezeigt - ihre Ursache sowohl im Bereich der Herstellung als auch im Bereich der Entwicklung haben.

Die Beklagte hatte schlicht keine Ahnung und kein Konzept und hat – nach massiven Manipulationen in der Zulassungsstudie – dann auch noch bei der Herstellung von Comirnaty für den Massenvertrieb unter Verwendung von zuvor nie beim Menschen eingesetzten gefährlichen Adjuvantien schwere Fehler gemacht, die produktionsbedingt zu einer massiven Verunreinigung der Chargen und damit zu unververtretbar hohen Risiken für Leben und Gesundheit aller Impfwilligen geführt haben.

Instruktionsfehler

In dem vorgenannten Kommentar von Kügel/Müller/Hofmann heißt es weiter zu Instruktionsfehlern i.S. des § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 AMG (**Zitat**):

„3. Instruktionsfehler (Nr. 2).

Nach Abs. 1 S. 2 Nr. 2 haftet der pharmazeutische Unternehmer für Schäden, die aufgrund einer nicht den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft entsprechenden **Arzneimittelinformation** eingetreten sind.

a) Inhalt und Zweck.

Die Arzneimittelinformation soll eine **korrekte Anwendung** des Arzneimittels und damit Schutz der Rechtsgüter Leben, Körper und Gesundheit sicherstellen. Daneben soll die Arzneimittelinformation Ärzte und Patienten über mögliche vertretbare Risiken der Arzneimitteltherapie **aufklären** und so eine individuelle Nutzen-Risiko- Abwägung ermöglichen. Die Schadensersatzpflicht nach Abs. 1 S. 2 Nr. 2 sanktioniert eine ungenügende Arzneimittelinformation und tritt damit ergänzend neben die Haftung für unvertretbare Arzneimittel nach Abs. 1 S. 2 Nr. 1. Dies ist insbes. erforderlich, wenn das Arzneimittel keinen unvertretbaren schädlichen Wirkungen hat.“ (**Zitat Ende**)

Die Beklagte hat den Ärzten und damit auch den Impfwilligen schon auf Grund der oben dargelegten Manipulationen im Zulassungsverfahren keine der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Arzneimittelinformation zur Verfügung stellen können und auch nicht zur Verfügung gestellt.

Wie bereits oben ausgeführt sind auf der Homepage des PEI unter dem nachfolgenden Link „weitere Informationen“ zu allen „COVID-19-Impfstoffen“ enthalten, auch zu Comirnaty:

<https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>

Alle Produktinformationen der Beklagten zu den einzelnen Varianten von Comirnaty sind schon deshalb falsch, weil sie – was sich von selbst versteht – natürlich nicht offenlegen, dass sie auf der Basis der oben beschriebenen Manipulationen im Zulassungsverfahren zustande gekommen sind.

Schon wegen der immunologischen Schädigungs-Mechanismen der modRNA-Injektionen, wie sie Dr. Michael Palmer et al. in o.g. Buch ausführlich dargelegt haben, kann das „Sicherheitsprofil“ von Comirnaty nur als katastrophal schlecht bezeichnet werden kann. Diese grundsätzliche Klarstellung kann den Produktinformationen der Beklagten nicht entnommen werden.

Vor diesem Hintergrund können diese modRNA-Injektionen auch nicht sicherer gemacht werden, selbst wenn die DNA beseitigt, das Methyl-Pseudouridin weggelassen, bessere Lipide gebastelt oder weniger giftige und "besser designte" Impfantigene als Spike verwendet werden.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Michael Palmer, 364 Anatolin Place, Waterloo N2L 5G8, Ontario, Kanada, Mail: mpalmer@posteo.net

In diesem Kontext wird wegen des Wohnsitzes des Zeugen Dr. Michael Palmer in Kanada gem. § 128 a Abs. 2 ZPO beantragt zu gestatten, dass sich der Herr Dr. Michael Palmer während seiner Einvernahme an einem anderen Ort aufhält und die Vernehmung zeitgleich in Bild und Ton an diesen Ort und in das Sitzungszimmer zu übertragen.

Schon in der 1. „Produktinformation: Comirnaty“ mit der Überschrift „Anhang I – Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels“, die unter dem vorgenannten Link der PEI-Homepage zu dem „COVID-19-Impfstoff (mRNA) mit der Zulassungs-Nr. EU/1/20/1528, Zulassungsdatum 21.12.2020 enthalten und unter dem Link

https://www.ema.europa.eu/de/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_de.pdf

abrufbar ist, heißt es u.a.

(1)

auf Seite 3 (**Zitat**)

„Stark immungeschwächte Personen ab 12 Jahren
Stark immungeschwächte Personen können im Einklang mit den nationalen Empfehlungen weitere Dosen erhalten...“ (**Zitat Ende**)

Das ist eine ungeheuerliche Aussage, wenn man bedenkt, dass die modRNA-Injektionen generell zu einer Schwächung des Immunsystems führen.

Zum Beweis der Behauptung

dass die mRNA-Injektionen besonders schädliche Wirkungen entfalten, auf Grund ihrer Wirkungsweise generell zu einer Schwächung des menschlichen Immunsystems führen und deshalb mit erheblichen Risiken für Leben und Gesundheit aller damit „geimpften Menschen verbunden sind,

wird die Ladung des sachverständigen Zeugen

Dr. Michael Palmer

Kontaktdaten:

...

...

...

Mail: ...

beantragt.

In diesem Kontext wird wegen des Wohnsitzes des Zeugen Dr. Michael Palmer in Kanada gem. § 128 a Abs. 2 ZPO beantragt zu gestatten, dass sich Herr Dr. Michael Palmer während seiner Einvernahme an einem anderen Ort aufhält und die Vernehmung zeitgleich in Bild und Ton an diesen Ort und in das Sitzungszimmer zu übertragen.

Zum Profil von Dr. Palmer:

Dr. Palmer ist Facharzt für medizinische Mikrobiologie und war zwanzig Jahre lang Professor für Biochemie hier an der Universität von Waterloo.

Der Sachverständige Palmer ist Co-Autor des o.g. Buchs „Warum mRNA-Impfstoffe giftig sind“ und hat u.a. auch an der bereits o.g. Medienkonferenz der schweizer Anwaltskanzlei Kruse Law vom 24.11.2022 als Referent mitgewirkt.

Zudem war er an dem bereits o.g. MWGFD-Pressesymposium vom 16.3.2024 beteiligt.

Weiter wird **zum Beweis der Behauptung,**

dass die mRNA-Injektionen nicht nur unwirksam, sondern sogar negativ wirksam sind, so dass sie die Gefahr schwerer Verläufe sogar erheblich erhöhen,

wird die Ladung des sachverständigen Zeugen

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen

beantragt:

Kontaktdaten:

...

Mail ...

beantragt.

In diesem Kontext wird wegen des Wohnsitzes des Zeugen Prof. Dr. Andreas Sönnichsen in Österreich gem. § 128 a Abs. 2 ZPO beantragt zu gestatten, dass sich Herr Prof. Dr. Andreas Sönnichsen während seiner Einvernahme an einem anderen Ort aufhält und die Vernehmung zeitgleich in Bild und Ton an diesen Ort und in das Sitzungszimmer zu übertragen.

Zum Profil von Prof. Sönnichsen:

„Sönnichsen studierte von 1979 bis 1986 Humanmedizin an der Illinois Wesleyan University, Bloomington, Illinois, und der Ludwig-Maximilians-Universität München, gefolgt von der klinischen Ausbildung am Klinikum Großhadern, München, am Zentralkrankenhaus Gauting und am Krankenhaus Weilheim von 1986 bis 1997. 1986 wurde Andreas Sönnichsen in München zum Doktor der Medizin promoviert.^[3] Er erhielt seine Anerkennung als Facharzt für Innere Medizin 1996, und als Facharzt für Allgemeinmedizin 2007. Seit 1997 ist er als Hausarzt tätig. Von 2004 bis 2006 arbeitete er zusätzlich als wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg.

Von 2006 bis 2012 war Andreas Sönnichsen Vorstand des Instituts für Allgemein-, Familien- und Präventivmedizin der Paracelsus Medizinische Privatuniversität und danach ab 2012 Vorstand des Instituts für Allgemeinmedizin und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke. Zum Oktober 2018 wurde er auf die Professur für Allgemeinmedizin mit Leitung der Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin, Zentrum für Public Health an der Medizinischen Universität Wien berufen^[4], welche er bis zum 1. März 2022 innehatte...“ (Zitat Ende)

Quelle:

https://de.wikipedia.org/wiki/Andreas_Sönnichsen

Herr Prof. Sönnichsen hat ebenfalls als Referent an der vorgenannten Medienkonferenz mitgewirkt.

Er ist Autor des Buchs „Die Angst- und Lügenpandemie“, dessen vollständige Lektüre im Interesse einer hinreichenden Aufklärung nur dringend empfohlen werden kann.

Prof. Sönnichsen hat an der Medienkonferenz der schweizer Anwaltskanzlei Kruse Law vom 24.11.2022 als Referent mitgewirkt. Darauf sei hier ebenfalls verwiesen.

(2)

Seite 4 (**Zitat**):

„Myokarditis und Perikarditis

Nach der Impfung mit Comirnaty besteht ein erhöhtes Risiko für Myokarditis und Perikarditis.“

Diese Behauptung wird in dieser Produktinformation im Kapitel 4.8 zu den „Nebenwirkungen“ ab Seite 8 weiter ergänzt.

In der dortigen „Tabelle 1“ wird die Häufigkeit der Nebenwirkungen Myokarditis und Perikarditis in der Systemorganklasse „Herzerkrankungen“ als „sehr selten“ bezeichnet, wobei sich diese Aussage auf die „nach der Zulassung erfassten Nebenwirkungen“ bezieht.

In der nachfolgenden „Beschreibung ausgewählter Nebenwirkungen“ heißt es zu „Myokarditis und Perikarditis“, dass in „zwei großen europäischen pharmako-epidemiologischen Studien“ das erhöhte Risiko bei jüngeren Männern nach der 2. Dosis von Comirnaty abgeschätzt worden sei.

Danach habe eine Studie gezeigt, dass bei 12- bis 29-jährigen Männern pro 10.000 Personen im Vergleich zu nicht exponierten Personen in einem Zeitraum von 7 Tagen nach der 2. Dosis etwa 0,265 (95% -KI: 0,255 – 0,275) zusätzliche Fälle von Myokarditis aufgetreten seien.

In einer „anderen“ Studie seien in einem Zeitraum von 28 Tagen nach der 2. Dosis 0,56 (95%-KI: 0,37-0,74) zusätzliche Fälle von Myokarditis bei 16- bis 24-jährigen Männern pro 10.000 Personen im Vergleich zu nicht exponierten Personen festgestellt worden.

Wie in dem Gutachten von Dr. Hans-Joachim Kremer (Anlage 3 K 4) aufgezeigt, sind die Daten der letztlich einzig und allein maßgebenden Pfizer-Zulassungsstudie durch zahlreiche Manipulationen diskreditiert.

Beweis:

wie vor (Anlage K 4)

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, wie vor

Es bleibt aber ausdrücklich vorbehalten, der Vollständigkeit halber noch ergänzend nachzuweisen, dass die Daten der Beklagten zur Häufigkeit dieser Herzerkrankungen nicht zutreffend, weil deutlich zu niedrig sind.

Nach diesseitiger Information lag bei allen Personen, die infolge der Covid-19-Injektionen verstorben sind, stets auch eine Myokarditis vor. Beweisantritt hierzu bleibt vorbehalten.

Selbst der „Rote-Hand-Brief“ der Beklagten vom 19.7.2021, der gemeinsam mit Moderna veröffentlicht wurde, bezeichnet Fälle von Myokarditis und Perikarditis immer noch als „sehr selten“ und nur als „möglich kausal“, weil bis zum 31.5.2021 im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) im Zusammenhang mit Comirnaty 145 Fälle von Myokarditis und 138 Fälle von Perikarditis festgestellt worden sein.

Hierbei wird zugleich darauf hingewiesen, dass bis zum 31.5.2021 im EWR rund 177 Millionen Dosen von Comirnaty verabreicht worden seien, was offensichtlich eine in der Relation äußerst geringe Quote suggerieren soll.

Link zu diesem Rote-Hand-Brief:

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/veroeffentlichungen-arzneimittel/rhb/21-07-19-covid-19-comirnaty-und-spikevax.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Dieser Rote-Hand-Brief verschweigt, dass es bei den Covid-19-Injektionsschäden eine erhebliche Untererfassung gibt.

Zum Beweis der Behauptung,

dass es bei der Erfassung von schweren Covid-19-Injektionsschäden eine erhebliche Untererfassung gibt, so dass man alleine in Deutschland realiter von mehreren Millionen schweren Covid-19-Injektionsschäden ausgehen muss,

wird die Ladung des sachverständigen Zeugen

Prof. Dr. Werner Bergholz, ...

beantragt.

Zum Profil von Prof. Bergholz:

Herr Prof. Bergholz ist Partner der ISC International Standards Consulting GmbH & Co. KG und ehem. Professor für Electrical Engineering an der Jacobs University Bremen.

Er war u.a. 3 Jahre und 8 Monate lang der Leiter des Qualitätsmanagements in einer Chip-Fabrik. Zu seiner Berufserfahrung gehören auch Tätigkeiten in Entwicklung, Produktion und Supplier Management. Er gehörte auch der Sachverständigenkommission nach § 5 Abs. 9 IfSG an, die die Wirksamkeit der seit März 2020 auf Grundlage des IfSG getroffenen Maßnahmen insbesondere auf Basis epidemiologischer und medizinischer Erkenntnisse untersucht hat.

Quellen:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sachverstaendigenausschuss-infektionsschutzgesetz.html>

https://www.xing.com/profile/Werner_Bergholz

Auf Grund seiner Analyse der Erfassung von Impfschäden bei den Covid-19 Injektionen geht Herr Prof. Bergholz davon aus, dass die wahre Zahl schwerer Impfschäden um ein Vielfaches höher liegt als von Behörden wie dem PEI behauptet wird.

Er wird schlüssig darlegen können, dass von einer ganz erheblichen Unterfassung der schweren Nebenwirkungen bis hin zum Tod auszugehen ist und dass unter Berücksichtigung dieser Dunkelziffer in Wahrheit von Millionen schweren Covid-19 Impfschäden alleine in Deutschland auszugehen ist.

Auf Grund seiner Analysen geht er davon aus, **dass auf 20 Personen, die Covid-19-Injektionen erhalten haben, 1 schwere Nebenwirkung kommt.**

(3)

Besonders die Angaben der Beklagten zu Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, die aktuell immer noch in dieser Produktinformation enthalten sind, sind unzutreffend und absolut unverantwortlich.

So heißt es ebenda auf Seite 5 (**Zitat**):

„4.6 Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit“

Schwangerschaft

„Eine große Menge von Beobachtungsdaten von schwangeren Frauen, die während des zweiten und dritten Trimenons mit Comirnaty geimpft wurden, hat keine Zunahme unerwünschter Schwangerschaftsausgänge gezeigt. Zwar liegen derzeit nur wenige Daten zum Schwangerschaftsausgang nach einer Impfung im ersten Trimenon vor, jedoch wurde kein erhöhtes Risiko für eine Fehlgeburt beobachtet...Comirnaty kann während der Schwangerschaft verwendet werden.“

Stillzeit:

Es sind keine Auswirkungen auf das gestillte Neugeborene/Säugling zu erwarten, da die systematische Exposition der stillenden Frau gegenüber Comirnaty vernachlässigbar ist. Beobachtungsdaten von Frauen, die nach der Impfung gestillt haben, haben kein Risiko für unerwünschte Wirkungen bei gestillten Neugeborenen/Säuglingen gezeigt. Comirnaty kann während der Stillzeit angewendet werden.

Fertilität

Tierexperimentelle Studien ergaben keine Hinweise auf direkte oder indirekt gesundheitsschädliche Wirkungen in Bezug auf eine Reproduktionstoxizität.“ (**Zitat Ende**)

Diese Fehlinformation wird aktuell u.a. auch von der Bundeswehr wider besseres Wissen aufrechterhalten.

Die Wahrheit sieht freilich ganz anders aus.

So heißt es in einem tkp.at-Artikel vom 15.4.2023 mit dem Titel „**Höchste Müttersterblichkeitsrate in den USA und niedrigste Geburtenrate in Italien**“ u.a. (Zitat):

„Aus den klinischen Versuchen bei den Corona-Impfstoffkandidaten wurden Schwangere penibel herausgehalten. Dennoch wurden landauf-landab von den „Experten“ und Impfgremien die Impfung von Schwangeren empfohlen. Obwohl schon 2020 klar war, dass wie bei jeder Atemwegsinfektion in erster Linie hochbetagte und vorerkrankte Menschen gefährdet waren, jüngere aber gar nicht, wurden auch diese zur Impfung gezwungen. Das wirkt sich nun mit Übersterblichkeit in den jüngeren Altersgruppen und einem drastischen Geburtenrückgang aus. War das gewollt?“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/04/15/hoechste-muettersterblichkeitsrate-in-den-usa-und-niedrigste-geburtenrate-in-italiens/>

In einem Beitrag auf tkp.at vom 8.1.2023 mit dem Titel „**Studie bestätigt: Covid-19 Impfung schadet Schwangeren besonders**“ heißt es u.a. (Zitat):

„Es gab von Beginn an Warnungen von verantwortungsvollen Ärzten und Wissenschaftlern, dass bei Schwangeren eine Covid Impfung mit einem experimentellen Präparat ethisch und medizinisch absolut kontraindiziert sei. Dennoch wurde, offenbar um Verkaufsförderung für die milliardenfach um Steuergelder gekauften Impfdosen zu betreiben, die Schwangeren von Impfkommisionen, Politikern und ihren „Experten“ zur Impfung gedrängt.

Erschwerend kommt hinzu, dass Schwangere von den Studien vor der Zulassung penibel ausgeschlossen wurden und auch danach nie wissenschaftlich einwandfreie Untersuchungen gemacht wurden. Das war aber den „Experten“ und Politikern offenbar egal.

Aber es gibt nachträglich Auswertungen der Folgen der Spritzen, wie die von James A. Thorp, Peter A. McCullough et al mit dem Titel „*COVID-19 Vaccines: The Impact on Pregnancy Outcomes and Menstrual Function*“ (COVID-19-Impfstoffe: Auswirkungen auf Schwangerschaftsergebnisse und Menstruationsfunktion). Es handelt sich um eine bevölkerungsbasierte retrospektive Kohortenstudie. Untersucht wurden US und globale Einträge im Vaccine Adverse Events Reporting System (VAERS) der US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) im Zeitraum vom 1. Januar 1998 bis 30. Juni 2022.

Von James A. Thorp hat TKP diesen sehr lesenswerten Offenen Brief veröffentlicht, der die Impfung von Schwangeren als ungeheuerlichsten Verstoß gegen die Ethik in der Geschichte der Medizin geißelt. Dr. James A. Thorp ist ein zertifizierter Gynäkologe und Arzt für Geburtshilfe und Fetalmedizin mit über 43 Jahren Erfahrung in der Geburtshilfe.

Die Studie, die am 30.12.2022 veröffentlicht wurde, berichtet, dass COVID-19-Impfstoffe im Vergleich zu den Influenza-Impfstoffen mit einem signifikanten Anstieg unerwünschter Ereignisse verbunden sind, darunter:

- Menstruationsanomalien
- Fehlgeburten
- fötale Chromosomenanomalien

- fötale Missbildungen
- fetale zystische Hygrome
- fötale Herzstörungen
- fötale Herzrhythmusstörungen
- fötaler Herzstillstand
- fötale vaskuläre Malperfusion
- fötale Wachstumsanomalien
- fötale abnormale Surveillance
- fötale Thrombose der Plazenta
- niedrige Fruchtwassermenge
- Präeklampsie
- Frühgeburt
- Vorzeitiger Blasensprung (Ruptur)
- Fötaler Tod/Totgeburt
- und vorzeitiger Kindstod

(alle p-Werte waren viel kleiner als 0,05, die Ergebnisse also statistisch hoch signifikant). Die Studie kam zu dem Schluss (**Zitat**)

„Wenn man sie nach der verfügbaren Zeit, den verabreichten Dosen oder den empfangenen Personen normalisiert, überschreiten alle unerwünschten Ereignisse des COVID-19-Impfstoffs bei weitem das Sicherheitssignal bei allen anerkannten Schwellenwerten...Ein weltweites Moratorium für die Verwendung von COVID-19-Impfstoffen in der Schwangerschaft wird empfohlen.“(**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/01/08/studie-bestaetigt-covid-19-impfung-schadet-schwangeren-besonders/>

Diese Fakten decken sich mit den Erkenntnissen der Expertin Dr. Sabine Stebel zu dem Thema „mRNA-Impfung und Schwangerschaft“.

In dem von ihr am 24.10.2022 auf tkp.at veröffentlichten Artikel mit dem Titel „**Was Pfizer wusste**“ heißt es hierzu (**Zitat**):

Es war von Beginn an bekannt, dass das Spike-Protein an den ACE2-Rezeptor bindet und dadurch theoretisch auch als ACE-Hemmer wirken könnte. Solange das nicht ausgeschlossen war, hätte gelten sollen, dass ACE-Hemmer laut Roter Liste 2006 in der Schwangerschaft kontraindiziert sind, weil sie zu Nierenschäden, Fehlbildungen des Skeletts und des Schädels führen können. Jetzt häufen sich

entsprechende Tot- und Fehlgeburten in erschreckendem Ausmaß. Das Mittel hätte Schwangeren somit nie gegeben werden dürfen.

Weil man die fötalen Schäden durch das Hemmen der RAS-Kaskade durch das Spike-Protein in Mäusen und Ratten nicht so stark ausgeprägt sieht, weil diese Tiere andere ACE-Rezeptoren haben, hätte man Versuche an Kaninchen machen müssen, was man explizit nicht getan hat.

Schwangere Frauen waren von den Impfstoffexperimenten ausgeschlossen. Dafür wurden die Tests an 44 Ratten durchgeführt. Die Schwangerschaft der Ratten wurde vorzeitig durch Kaiserschnitt kurz vor der Geburt beendet und die Föten untersucht. Es liegen keine Daten vor, ob die Babyratten lebendig hätten geboren werden können, sie hatten zumindest zusätzliche Rippen in einem Ausmaß, das man als historisches Maximum für einen Versuch bezeichnen könnte...Alle Versuchstiere wurden in den spärlichen Tierversuchen anschließend getötet und obduziert, kein einziges Versuchstier wurde langfristig beobachtet, ob es möglicherweise an Langzeitfolgen sterben würde. Somit gibt es keinerlei Daten, ob der Nachwuchs der behandelten Ratten lebensfähig gewesen wäre und selbst in der Lage gewesen wäre Nachwuchs zu bekommen. In diesen Versuchen wurden im Übrigen nur weibliche Ratten behandelt, die Auswirkung des Präparates auf männliche Ratten wurde nicht untersucht und bereits in dieser Konstellation kam es zu Fertilitätsproblemen bei der Implantation der befruchteten Eizellen..., obwohl Ratten die fruchtbarsten Tiere des Planeten sind.

Nur zu 32 von 270 ungeplanten menschlichen Schwangerschaften während der Versuchsreihe lagen am 28.02.2021 Daten vor. Ebenso lagen nur zu 4 Babys lt. Pfizer Daten vor. Es gibt keine Informationen zu den restlichen 238 Schwangerschaften. **Von diesen 36 Fällen (32 Schwangerschaften + 4 Babys) starben 28 Babys (78 %) nach Verabreichung des modRNA-Produktes...**

Die Nebenwirkungsdaten vom 31.03.2021 zeigen, dass 11 der geimpften Frauen eine Fehlgeburt erlitten...Über den weiteren Verlauf der verbliebenen Schwangerschaften liegen keine Daten vor. Hier sei angemerkt, dass nicht gemessen wurde, ob die Lipid-Nano-Partikel oder die Spike-Proteine in der Muttermilch nachweisbar sind, was mittlerweile in einer Studie bestätigt wurde...

Aufgrund der besorgniserregenden Datenlage zog stillschweigend am 30.08.2022, nach 2 Jahren Impfkampagne, die Regierung Großbritanniens, die Empfehlung zurück, Schwangere und Stillende zu impfen...“ (**Zitat Ende, Fettdruck und Unterstreichungen hinzugefügt**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

Die bereits o.g. 1.0-Version der Strafanzeige der Schweizer Kanzlei Kruse Law vom 14.7.2022 befasst sich an zahlreichen Stellen mit den Risiken für Schwangere, die schon Ende Dezember 2020 bekannt waren.

So heißt es dort u.a. auf Seite 69 unter Ziff. 1.1.5.2 (Zitat):

„1.1.5.2 Britische Gesundheitsbehörde und WHO: Keine Empfehlung für Schwangere

173 Eine abschliessende Beurteilung der Risiken für die Schwangerschaft bei Tieren – geschweige denn bei Menschen – war auf dieser Grundlage in keiner Weise möglich. Selbst

die WHO empfahl daher im Februar 2021 die Impfung von Schwangeren nicht in genereller Weise. Und die britische Gesundheitsbehörde hatte bereits per 8. Dezember 2020 in der britischen Arzneimittelinformation richtigerweise festgehalten,

- dass der **Einfluss auf die Fruchtbarkeit nicht bekannt** sei,
- dass die **Impfung von Pfizer nicht für die Verwendung während der Schwangerschaft empfohlen** werden könne,
- dass eine Schwangerschaft vor der Impfung ausgeschlossen werden müsse und
- Frauen im gebärfähigen Alter eine Schwangerschaft für mindestens zwei Monate nach der zweiten Dosis vermeiden sollten.

1.1.5.3 Australische Gesundheitsbehörde ignoriert Warnungen ebenfalls

Ähnlich wie in der Schweiz empfahl auch in Australien der Begutachter der präklinischen Daten, dass Comirnaty nur unter einem Risikohinweis, wonach Tierstudien unzureichend oder fehlend seien, für Schwangere zuzulassen sei..

1.5.4 Zwischenfazit

Bereits im **Dezember 2020** wusste Swissmedic also, dass in **präklinischen Studien ein mögliches Risiko bei Schwangerschaften** festgestellt worden war. Auch dieses Risiko hat Swissmedic in keiner Weise angemessen adressiert – ja sogar **verheimlicht** –, was hinten N 704 ff. ausführlicher dargestellt wird. ...“ (**Zitat Ende**)

Weiter heißt es dort auf Seite 108 unter Ziff. 3.1.13 (Zitat):

„3.1.13. Schwangere: Unzureichendes Risikomanagement und verwirklichtes Risiko

3.1.13.1 Immer noch fehlende Daten

Wie zuvor (N 172 ff.) ausgeführt, wiesen die spärlich durchgeführten Tierstudien auf mögliche Fehlbildungen hin, was die blinde Zulassung für Schwangere zum Hochrisikoprojekt machte. Da würde man erwarten, dass dieses grosse Risiko angemessen adressiert würde. Doch Gegenteiliges war der Fall:

Noch Ende 2021 hat Pfizer den Teilnehmenden einer Comirnaty-Studie eine Einwilligungserklärung vom 15. Dezember 2021 mit folgendem Passus unterbreitet: **«Die Auswirkungen des Impfstoffs COVID-19 auf Spermien, eine Schwangerschaft, einen Fötus oder ein stillendes Kind sind nicht bekannt.»**

3.1.13.2 Herstellerdaten: Mehrere Totgeburten bei Schwangeren

Gänzlich fehlten Daten indes nicht: So legte Pfizer im *«Post Marketing Pharmacovigilance-Report»* offen, dass allein in den ersten 2.5 Monaten nach Marktzulassung bei 270 Schwangeren Nebenwirkungen im Zusammenhang mit Comirnaty aufgeführt wurden: In **23 Fällen handelte es sich um einen Abort**, bei zwei Fällen um eine frühzeitige Geburt mit anschliessendem Versterben des Kindes, bei zwei Fällen um einen intrauterinen Tod (Versterben des Kindes in der Gebärmutter), in fünf Fällen war das Resultat zum Ausgang des Falles hängig, und in 238 Fällen waren *«keine Angaben»* verfügbar.“ (**Zitat Ende**)

Und weiter heißt es dort ab Seite 126 (Zitat):

„4.1.5. Schwangere: Besorgniserregende Anzahl Fehlgeburten

4.1.5.1 Immer noch fehlende Daten – Hinhaltetaktik der Hersteller

Auch ein Jahr nach Zulassung mussten die Hersteller von Comirnaty und Spikevax gegenüber den Zulassungsbehörden anfangs 2022 noch immer einräumen, dass **«das Sicherheitsprofil des Impfstoffs bei schwangeren oder stillenden Frauen nicht bekannt»** ist.

Dies, weil die Schwangeren von der klinischen Zulassungsstudie ausgeschlossen worden waren (dazu vorn 172). Als Ersatz wurden zwar im Februar 2021 Studien mit Schwangeren gestartet. Die entsprechenden Ergebnisse liegen – soweit ersichtlich – noch immer nicht vor. Ohnehin ist fraglich, ob diese Studien überhaupt brauchbare Ergebnisse liefern können, wurde doch bei einer dieser Kernstudien abermals das Auftragsforschungsinstitut *Ventavia* beauftragt. Also genau jenes Institut, welches offenkundig schon bei den Zulassungsstudien Daten verfälscht hatte (vorn N 272).

Diese **Hinhaltetaktik der Hersteller** in einem derart sensiblen Bereich ist in keiner Weise mit einem laufenden Zulassungsverfahren vereinbar. Insbesondere auch angesichts der Tatsache, dass sich weltweit die Meldungen über Früh- und Totgeburten bereits bis Ende 2021 längst gehäuft hatten und im Jahr 2022 leider nochmals erheblich zunahmen, fragt sich, auf welcher empirischen Datenbasis Swissmedic die Zulassung der COVID-«Impfstoffe» gerade für Schwangere überhaupt noch rechtfertigen konnte:

4.1.5.2 Weltweite Meldungen über Totgeburten massiv gestiegen

Bereits zuvor (N 389) wurde graphisch dargestellt, dass für Comirnaty und Spikevax in der EU und den USA **2–3.8 Totgeburten pro 1 Million Impfdosen** festzustellen sind. In absoluten Zahlen sind dies in der EU und den USA bereits **2'177 Totgeburten bei Comirnaty** und **810 Totgeburten bei Spikevax** – Underreporting nicht eingerechnet. Dies nur schon bis Mai 2022 – angesichts der neunmonatigen Verzögerung (Dauer Schwangerschaft) dürften diese geradezu alarmierenden Zahlen nur die Spitze des Eisbergs darstellen.

4.1.5.3 Österreichische Hebammen schlagen Alarm: Gehäufte Fehlgeburten

Dass **viele Geburtskomplikationen und Todesfälle nicht gemeldet** werden, ergibt sich auch anhand eines Aufrufs von über 200 besorgten österreichischen Hebammen anfangs 2022. Es würden **gehäuft Fehlgeburten, vorzeitige Wehentätigkeiten, frühe vorzeitige Blasensprünge, vaginale Blutungen, Frühgeburten, Wachstumsretardierung und Eklampsie (Krampfanfälle) auftreten**, denen nicht näher nachgegangen würde.

4.1.5.4 Zwischenfazit

Allein die mehreren tausend offiziell gemeldeten Totgeburten weltweit sind ein gravierendes Alarmsignal – die zwingende Folge müsste ein umgehender Zulassungsstopp sein.“
(Zitat Ende)

Die Behauptung, dass sich die Spermienqualität durch diese Injektionen verbessere, ist im Übrigen auch ein längst widerlegtes Fabelmärchen. Auch das lässt sich der vorgenannten Strafanzeige entnehmen (Seite 127).

Aber wagen wir auch noch einen Blick ins Detail:

Weibliches Reproduktionssystem:

Probleme im **weiblichen Reproduktionssystem** durch modRNA Produkte Folgende Probleme waren der Beklagten (BioNTech/Pfizer) bekannt:

Pfizer selbst listet in seinem PSUR 3 (https://tkp.at/wp-content/uploads/2023/10/OCR_05.-Annex-Comirnaty-R-PSUR-3-APPENDIX-2_2-CUMULATIVE-AND-INTERVAL-SUMMARY-TABULATION-OF-SERIOUS-821-1213.pdf) auf Seite 1142 bis 1155 „Reproductive system and breast disorders“ also „Erkrankungen des Reproduktionssystems und der Brust“.

Insgesamt wurden 178.353 Fälle unterschiedlichster Nebenwirkungen im Reproduktionssystem gelistet.

Das Reproduktionssystem ist also von den modRNA Produkten auf unterschiedlichste Weise in Mitleidenschaft gezogen.

Des Weiteren ist es auffällig, dass 71% der von Nebenwirkungen betroffenen Menschen Frauen sind, wie Pfizer in seiner Post-Marketing Studie (https://phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/reissue_5.3.6-postmarketing-experience.pdf) in den Daten bis Ende Februar 2020 erfasste.

Table 1. General Overview: Selected Characteristics of All Cases Received During the Reporting Interval

Characteristics		Relevant cases (N=42086)
Gender:	Female	29914
	Male	9182
	No Data	2990

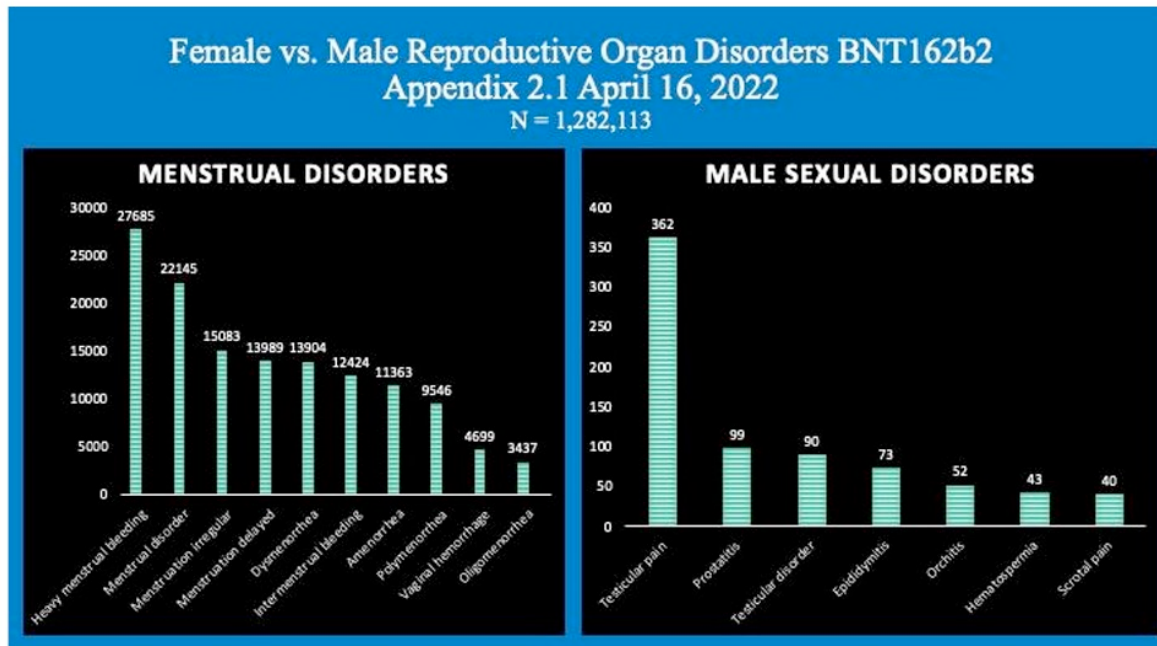
42089 = 100%

29914 = 71,07%

Das starke Ungleichgewicht bei den Geschlechtern zu Ungunsten der Frau deutet auf einen körperlichen, möglicherweise hormonell bedingten Unterschied hin, der Einfluss auf die Nebenwirkungen nehmen könnte. Etwas, was in den Studien hätte auffallen müssen und zu einem Warnhinweis bei weiblichen Patienten hätte führen müssten, dass sie eine 3,26fach höhere Wahrscheinlichkeit für Nebenwirkungen haben als Männer und zwar bei allen Arten der Nebenwirkungen.

Dieses Geschlechterungleichgewicht war auch 2022 noch vorhanden wie eine Auswertung des Pfizer Dokuments Appendix 2.1 (<https://www.tga.gov.au/sites/default/files/2022-08/foi-3727-01.pdf>), welche von Dr. Robert W. Chandler, MD, MBA durchgeführt wurde (<https://robertchandler.substack.com/api/v1/file/4e0d6c23-eb5d-4352-b32b-8e83efa17d9c.pdf>), zeigt. Das Verhältnis von 72% Nebenwirkungen bei Frauen zu 28% Nebenwirkungen bei Männern, war auch am 16. April 2022 noch vorhanden, wurde aber von BioNTech/Pfizer nicht thematisiert.

Chart 5: Menstrual Disorders compared with Male Reproductive Disorders

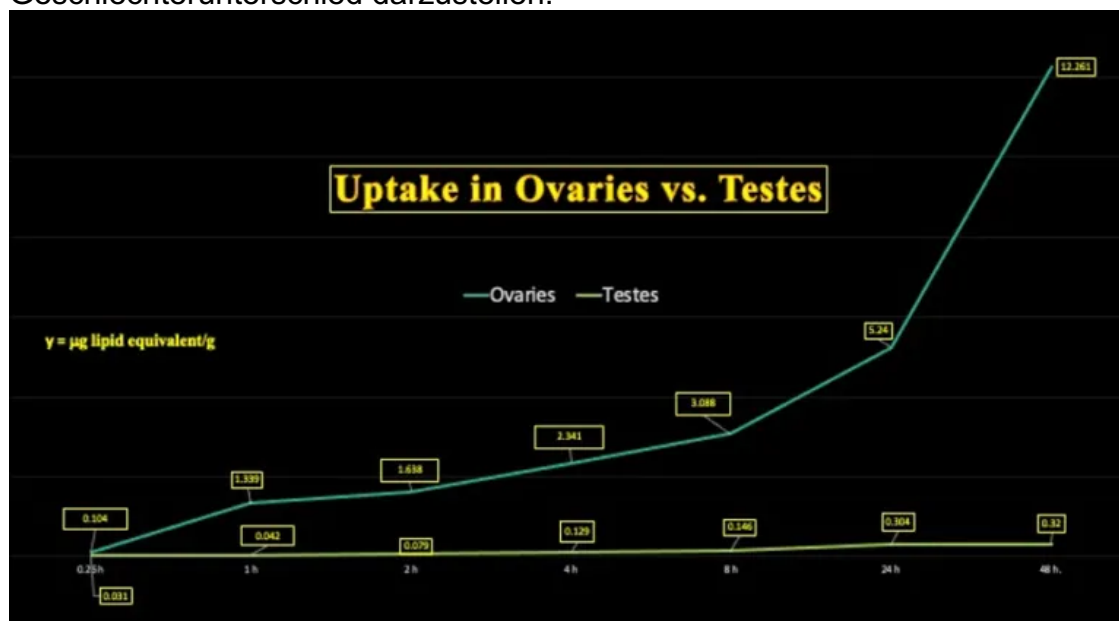


Aus Tierstudien, welche von BioNTech/Pfizer durchgeführt wurden, ist bekannt, dass die LNPs in den Eierstöcken (Ovaries) und in den Hoden (Testes) akkumulieren. Obwohl die Messwerte weiterhin stiegen, wurden die Messreihen nach 48 Stunden vorzeitig beendet. (<https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf> Seite 45)

Table 4-2. Mean concentration of radioactivity (sexes combined) in tissue and blood following a single IM dose of 50 µg mRNA/rat

Sample	Total Lipid Concentration (µg lipid equiv/g (or mL))						
	0.25 min	1 h	2 h	4 h	8 h	24 h	48 h
Adipose tissue	0.057	0.100	0.126	0.128	0.093	0.084	0.181
Adrenal glands	0.27	1.48	2.72	2.89	6.80	13.77	18.21
Bladder	0.041	0.130	0.146	0.167	0.148	0.247	0.365
Bone (femur)	0.091	0.195	0.266	0.276	0.340	0.342	0.687
Bone marrow (femur)	0.48	0.96	1.24	1.24	1.84	2.49	3.77
Brain	0.045	0.100	0.138	0.115	0.073	0.069	0.068
Eyes	0.010	0.035	0.052	0.067	0.059	0.091	0.112
Heart	0.28	1.03	1.40	0.99	0.79	0.45	0.55
Injection site	128.3	393.8	311.2	338.0	212.8	194.9	164.9
Kidneys	0.39	1.16	2.05	0.92	0.59	0.43	0.42
Large intestine	0.013	0.048	0.09	0.29	0.65	1.10	1.34
Liver	0.74	4.62	10.97	16.55	26.54	19.24	24.29
Lung	0.49	1.21	1.83	1.50	1.15	1.04	1.09
Lymph node (mandibular)	0.064	0.189	0.290	0.408	0.534	0.554	0.727
Lymph node (mesenteric)	0.050	0.146	0.530	0.489	0.689	0.985	1.366
Muscle	0.021	0.061	0.084	0.103	0.096	0.095	0.192
Ovaries (females)	0.104	1.34	1.64	2.34	3.09	5.24	12.26
Pancreas	0.081	0.207	0.414	0.380	0.294	0.358	0.599
Pituitary gland	0.339	0.645	0.868	0.854	0.405	0.478	0.694
Prostate (males)	0.061	0.091	0.128	0.157	0.150	0.183	0.170
Salivary glands	0.084	0.193	0.255	0.220	0.135	0.170	0.264
Skin	0.013	0.208	0.159	0.145	0.119	0.157	0.253
Small intestine	0.030	0.221	0.476	0.879	1.279	1.302	1.472
Spinal cord	0.043	0.097	0.169	0.250	0.106	0.085	0.112
Spleen	0.33	2.47	7.73	10.30	22.09	20.08	23.35
Stomach	0.017	0.065	0.115	0.144	0.268	0.152	0.215
Testes (males)	0.031	0.042	0.079	0.129	0.146	0.304	0.320
Thymus	0.088	0.243	0.340	0.335	0.196	0.207	0.331
Thyroid	0.155	0.536	0.842	0.851	0.544	0.578	1.000
Uterus (females)	0.043	0.203	0.305	0.140	0.287	0.289	0.456
Whole blood	1.97	4.37	5.40	3.05	1.31	0.91	0.42
Plasma	3.96	8.13	8.90	6.50	2.36	1.78	0.81
Blood:plasma ratio	0.815	0.515	0.550	0.510	0.555	0.530	0.540

Dr. Raymond Chandler hat diese Daten graphisch aufbereitet, um den Geschlechterunterschied darzustellen:



(<https://robertchandler.substack.com/api/v1/file/4e0d6c23-eb5d-4352-b32b-8e83efa17d9c.pdf>)

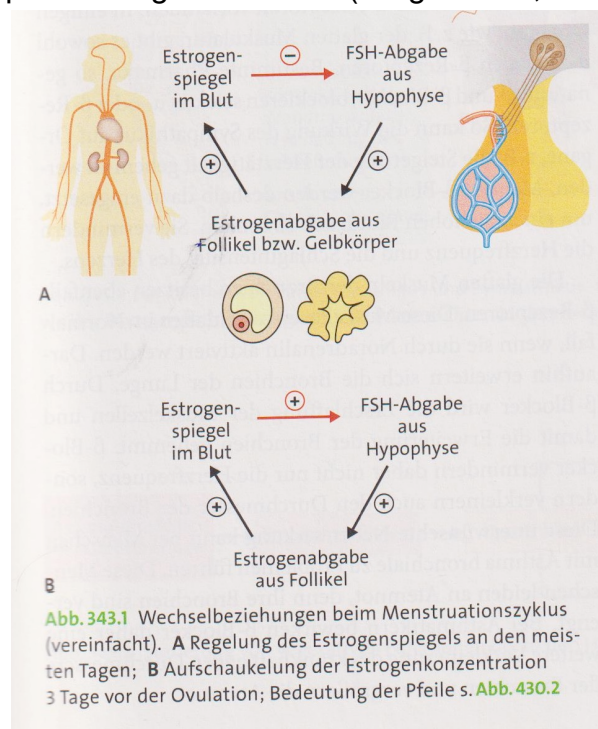
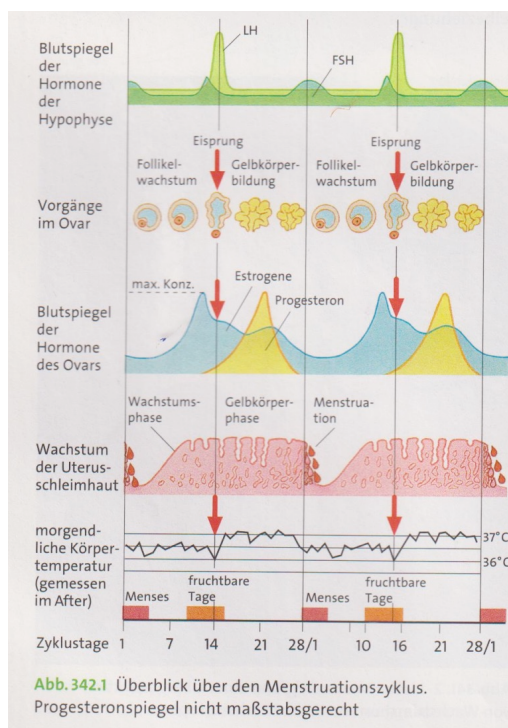
Es liegt also nahe, dass das Eindringen der LNPs in die Eierstöcke geimpfter Frauen einen Einfluss hat, auf den Hormonhaushalt. Nachteilige Folgen für den Monatszyklus sind damit absehbar.

Biologische Grundlagen

Der hormonelle Monatszyklus der Frau ist Schulstoff der Mittelstufe, welcher im Lehrbuch Linder Biologie Gesamtband, 23. Auflage auf Seite 342f behandelt wird.

Zwei Organe nehmen hormonell Einfluss auf den Monatszyklus: Das Hirn (Hypothalamus/Hypophyse) und die Eierstöcke.

1. Der **Hypothalamus**, ein Abschnitt des Zwischenhirns (<https://de.wikipedia.org/wiki/Hypothalamus>). Der Hypothalamus veranlasst die **Hirnanhangdrüse (Hypophyse)** (<https://de.wikipedia.org/wiki/Hypophyse>) das Follikelstimmulierende Hormon (FSH) abzugeben. FSH regt die Entwicklung des Eifollikels an.
2. Der im **Eierstock** heranwachsende Eifollikel wiederum bildet Estrogene, z. Bsp. Estradiol, die das Wachstum der Uterusschleimhaut stimulieren.
3. Drei Tage vor dem Eisprung nimmt die Konzentration der Estrogene stark zu. Das veranlasst die **Hypophyse** ein weiteres Steuerungshormon freizusetzen, das Gelbkörper bildende Hormon (LH).
4. Dieses bewirkt das Platzen des **Follikels** im **Eierstock** und die Bildung des **Gelbkörpers**. Auch der Gelbkörper erzeugt Hormone (Progesteron, Gestagen, Estrogene).



Der

Monatszyklus der Frau ist also ein aufeinander abgestimmtes Zusammenspiel von Hirn und

Eierstöcken. Ist einer der Mitspieler durch das modRNA-Produkt geschädigt, kommt dieses exakt aufeinander abgestimmte Zusammenspiel durcheinander, was sich in diversen symptomatischen Störungen des Monatszyklus manifestiert.

Es konnte gezeigt werden, dass der Zeitpunkt der Impfung bei Frauen einen großen Unterschied bei den Nebenwirkungswahrscheinlichkeit bei zyklusbedingten Störungen hat. Impfungen in der ersten Zyklushälfte hatten einen stärkeren Einfluss auf

Blutungsveränderungen als Impfungen nach dem Eisprung (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38412506/>).

Die teils unterschiedlichen Ergebnisse der Studien zu Menstruationsstörungen könnten durch diesen nicht beachteten hormonellen Effekt erklärt werden. Dennoch sind die Studien auch ohne Differenzierung nach Zyklusphase recht eindeutig und belegen einen messbaren Effekt der modRNA-Produkte auf den weiblichen Monatszyklus. Paik et al. hat Studien zu Menstruationsstörungen wie ungleichmäßige Zyklen und Blutungsstärke zusammengefasst (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37258099/>).

Schadmechanismen

Nanopartikel sind generell schädlich für das Reproduktionssystem. Bereits 2018 wurde publiziert, dass Nanopartikel generell einen schädlichen Effekt auf das Reproduktionssystem von Säugetieren haben. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30587973/>).

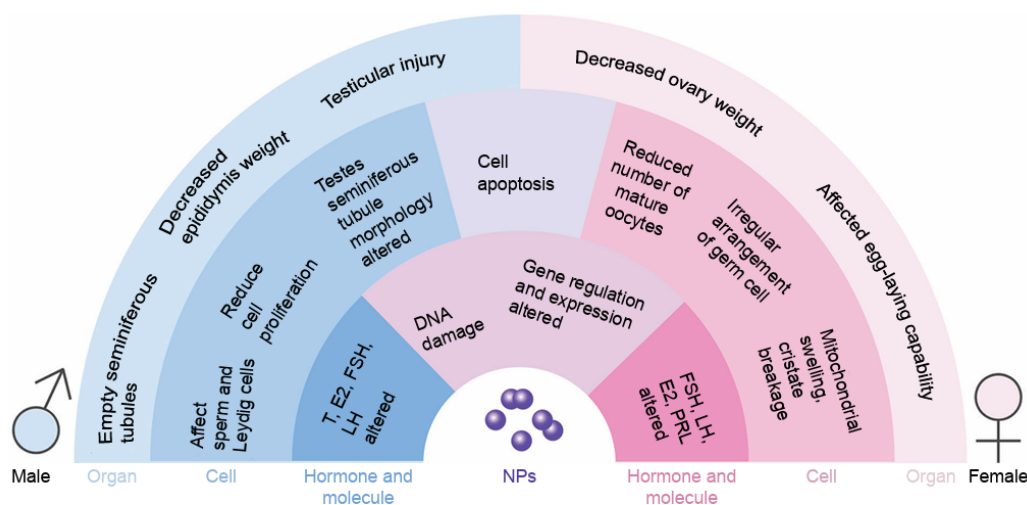


Figure 1 Adverse effect of NPs in the reproductive cell organs and molecules.

Abbreviations: E2, estradiol; FSH, follicle-stimulating hormone; LH, luteinizing hormone; NPs, nanoparticles; PRL, prolactin; T, testosterone.

8490

submit your manuscript | www.dovepress.com
Dovepress

International Journal of Nanomedicine 2018:13

Das Eindringen von LNPs in die Eierstöcke, wie von BioNTech/Pfizer selbst in Tierversuchen belegt, führt zu DNA Schäden, geänderter Genexpression, geänderter Genregulation, Verändert die Hormonausschüttung von FSH, LH, Estrogen und Progesteron, reduziert die Anzahl der Eizellen, schädigt die Mitochondrien und führt zu Zelltod.

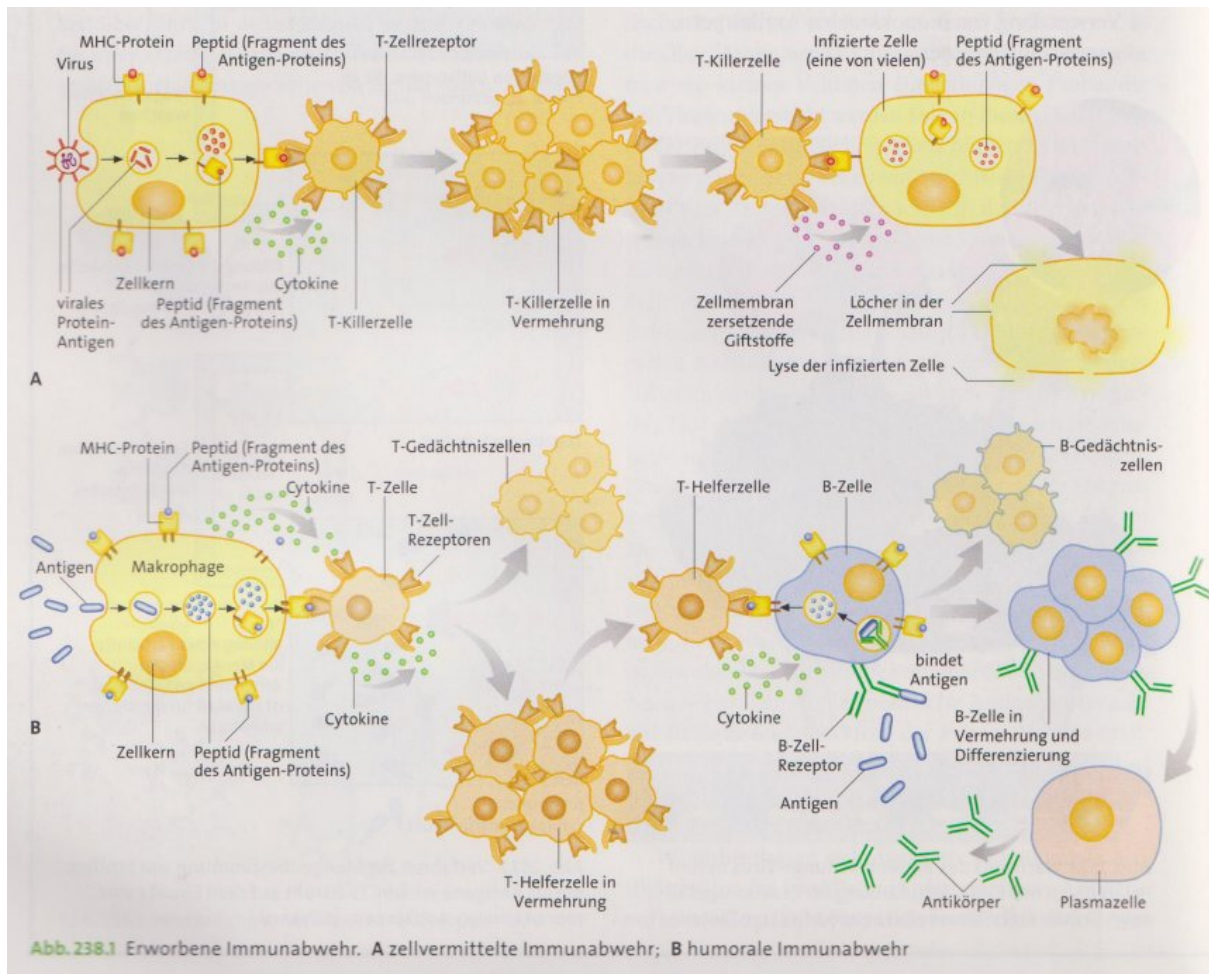
Das Spike Protein

Das Spike Protein bindet an Estrogenrezeptoren und moduliert diese. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36449624/>) Estrogen ist ein wichtiges Hormon im Monatszyklus der Frau, wie oben beschrieben.

Die Eierstöcke, der Uterus, die Vagina und die Placenta exprimieren den ACE2 Rezeptor, an welchen das Spike Protein bindet. Über die Funktion und Effekte des ACE2 Rezeptors im Reproduktionssystem der Frau ist wenig bekannt. Die Effekte daher nicht vorhersagbar und möglicherweise sehr divers.

Autoimmunangriffe auf die Eierstöcke/Hypophyse

Die modRNA akkumuliert, wie von BioNTech/Pfizer selbst gemessen, in den Eierstöcken und kann die Blut-Hirn-Schranke problemlos überwinden um Hirnstrukturen zu transfizieren (Siehe Gutachten neurologische Schäden). Diese werden daraufhin körperfremdes Spike Protein produzieren, das zum einen an die Estrogenrezeptoren der Geschlechtsorgane binden wird. Zum anderen werden Fragmente des Spike Proteins aus der zelleigenen Produktion über MHC I dem Immunsystem auf der Oberfläche der transfizierten Zellen präsentiert. Dies führt zu einem Autoimmunangriff durch CD8 Zellen (T-Killer-Zellen), wie man im Biologie Schulbuch Linder Biologie Gesamtausgabe 23. Auflage Seite 238 nachlesen kann, da es sich hierbei um Schulstoff der Mittelstufe handelt:



Schädigung/Störung der Hypophyse

1. Siehe Gutachten neurologische Schäden.
2. Die Hypophyse exprimiert den ACE2-Rezeptor, an welchen das Spike Protein bekanntermaßen bindet.
3. SARS-CoV-2-Impfstoffe / das von den Produkten induzierte Spike Protein (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33939057/>) rufen/ruft nachgewiesenen Hypophysen-Erkrankungen hervor (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36560413/>).

Schädigung der Eierstöcke oder Hypophyse durch Thrombosen

Thrombosen in den Eierstöcken oder der Hypophyse bzw. deren zuführenden Gefäßen können zu einer Unterversorgung dieser Organe führen und so das hormonelle Zusammenspiel stören.

Die Hypophyse ist dafür besonders anfällig, weil in dieser von Natur aus bereits ein nur geringer Blutdruck herrscht. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35955859/>)

Beweis für den gesamten obigen Vortrag unter der Überschrift „weibliches Reproduktionssystem“:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Schwangerschaft:

Es ist seit langem bekannt, dass LNPs nicht nur die Blut-Hirn-Schranke überwinden, sondern auch die Plazentaschranke. Das ist altes Wissen aus einer Zeit lange vor der Corona-Pandemie.

Man weiß zudem auch, dass nackte RNAs die Plazentaschranke überwinden.

Die Literaturliste zum Thema RNA, LNPs, Schwangerschaft und Toxizität von LNPs ist lang und sehr eindeutig. Und das schon lange vor der Corona-Pandemie.

Die Schadmechanismen der Covid-Injektionen während der Schwangerschaft sind also mannigfaltig und dazu kommt noch das Spike Protein selbst, welches die Plazenta-Schranke überwinden kann.

BioNTech/Pfizer bekannte Schwangerschaftsprobleme

Die Datenlage zur Anwendung der modRNA-Produkte in Schwangeren ist schlecht, daher hat Pfizer die Veröffentlichung der Daten wohl 364 Tage verzögert.

Die Studie umfasste nur 348 Frauen, von denen die Hälfte ein inertes Placebo erhielt. Die zu geringe Probandenzahl macht es somit unmöglich, schwerwiegende unerwünschte Ereignisse mit einer Häufigkeit von weniger als 1 von 180 Frauen festzustellen. Alle Frauen waren zum Zeitpunkt der Injektion in der 27. bis 34. Schwangerschaftswoche, d. h. in einem Stadium, in dem die Entwicklung des Babys bereits weit fortgeschritten ist, so dass es bei den geimpften Müttern keine Hinweise auf ein erhöhtes Risiko angeborener Fehlbildungen beim Fötus gibt. Die ersten 12 Wochen der Schwangerschaft sind die empfindlichsten und verletzlichsten. Da Frauen im ersten Schwangerschaftsdrittel von der Studie ausgeschlossen wurden, liefert die Studie von Pfizer keine Informationen über das Risiko von Fehlgeburten, die auf ihr Produkt zurückzuführen sind.

Des Weiteren fehlen in dem Datensatz vollständige Angaben zu den Geburtsergebnissen. Von den 348 Frauen, die an der Studie teilnahmen, berichtete Pfizer nur über die Geburt von 335 Lebendgeborenen.

Von den 13 nicht erfassten Schwangerschaften meldete Pfizer einen fötalen Tod (Totgeburt) in der Impfstoffgruppe, und der Ausgang der anderen 12 Schwangerschaften bleibt unbekannt. (<https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/history/NCT04754594>)

Die Impfung Schwangerer fand somit ohne entsprechende Studiendaten statt, welche die Sicherheit überprüft hätten. In der Zulassungsstudie waren Schwangere und Stillende Mütter explizit ausgeschlossen

(https://www.phmpt.org/wp-content/uploads/2022/04/125742_S1_M5_5351_c4591001-fa-interim-sample-crf.pdf).

Das Dokument 5.3.6 Cumulative Analysis of Post-authorization Adverse Event Reports (<https://www.onoway.ca/public/download/files/198030>) listet auf Seite 12f, dass 20 % der 413 gemeldeten unerwünschten Ereignisse in Schwangerschaften "schwerwiegend" waren. Dazu gehörten 25 Fehlgeburten, 5 fötale Todesfälle sowie Gebärmutterkontraktionen während der Schwangerschaft, Frühgeburten, vorzeitige Membranbrüche und fötale Wachstumsstörungen. Zu den schwerwiegenden und weniger schwerwiegenden Nebenwirkungen bei gestillten Säuglingen gehörten auch kindliches Erbrechen, Fieber, Hautausschlag, Unruhe und Allergien gegen den Impfstoff.

Der Pregnancy and lactation cumulative Review / Schwangerschaft und Laktation kumulative Überprüfung

(https://www.phmpt.org/wp-content/uploads/2023/04/125742_S2_M1_pll-cumulative-review.pdf?ref=vfox) listet

- Unerwünschte Ereignisse in über 54 % der Fälle von "mütterlicher Exposition" gegenüber dem Impfstoff (248 von 458).
- 53 Berichte [oder 21% - 53/248] über Spontanabort (51)/ Abort (1)/ verpasster Abort (1) nach BNT162b2 (Pfizer mRNA) Impfung".
- Sechs Fälle von vorzeitigen Wehen und Entbindungen, die zum Tod von zwei Neugeborenen führten.
- Bei 19 % (41/215) der von Pfizer erfassten Säuglinge, die dem COVID-mRNA-Impfstoff des Unternehmens über die Muttermilch ausgesetzt waren, wurden 48 verschiedene Kategorien von unerwünschten Ereignissen festgestellt

Die Daten, die verfügbar sind, zeigen, dass die modRNA-Produkte für Schwangere nicht sicher sind.

Aus der Literatur lange bekannte Schadmechanismen der modRNA-Technologie während der Schwangerschaft

RNA überschreitet die Plazentaschranke und greift in die Entwicklung des Fötus ein
Während der Schwangerschaft wird über RNAs auf die Entwicklung des Fötus Einfluss genommen. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4444809/>)

Das heißt im Klartext: Jeder ist das Ergebnis der Fressattacken seiner Mutter während der Schwangerschaft. Schon microRNA (miRNA) von Pflanzen, die wir gegessen haben, die also im Außenbereich des Körpers (und dazu gehört auch der Verdauungstrakt, der eine Art spezieller Außenbereich ist, der einmal durch den Körper geht) vorhanden sind, nimmt Einfluss auf ein werdendes Leben nehmen, dass eigentlich hinter einer Schutzschranke sitzt. Diese miRNAs überwinden also nicht nur die Darmwände, sie gelangen auch ins Blut der Mutter und sogar über die Plazentaschranke.

Die modRNA-Injektionen haben es da deutlich einfacher. Diese gelangen direkt ins Blut oder in die Lymphe und müssen nicht erst dem Magen-Darm-Trakt widerstehen.

RNA-Bruchstücke in der Schwangerschaft sind somit harmlos und auch freie RNA außerhalb der LNPs, die nicht korrekt verpackt wurde, hat Schadpotential.

Die EMA kannte das Problem der modRNA Bruchstücke und ignorierte es (https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf S. 137). Was die EMA zudem unterschlägt, ist der Einfluss kurzer RNA Bruchstücke, sogenannte microRNA/miRNA auf genetische Regulationsmechanismen in Lebewesen und auf die Krebsentwicklung. Diese Mechanismen findet man sogar problemlos auf Wikipedia (<https://de.wikipedia.org/wiki/MicroRNA>).

Die in der Wikipedia beschriebenen Probleme betreffen erst einmal „nur“ miRNA. Wir reden im Falle der modRNA-Impfungen von micromodRNA/mimodRNA mit allen damit einhergehenden Problemen, wie wobbling, Stabilität, Probleme mit den Bausteinen der modRNA in den Zellen nach dem Abbau der modRNA, usw.

Placenta als Ziel des Spike-Proteins / Einfluss des Spike- Proteins auf die ACE-gesteuerten Signalkaskaden

Man weiß, dass die Placenta ein Ziel des SARS-COV2- Virus sein kann. Damit ist die Placenta auch automatisch Ziel des Spike-Proteins selbst und der damit einhergehenden Schäden einer Deregulation von Signalkaskaden durch das Binden des Spike-Proteins an ACE2-Rezeptoren der Placenta

(<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666379121003244>). Welche Signalkaskaden dadurch möglicherweise dereguliert werden könnten ist aktuell unbekannt, da unerforscht. Man weiß jedoch ziemlich sicher, dass ACE2 Hemmer in der Schwangerschaft kontraindiziert sind

(https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/textanpassung/TA-ace-hemmer.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Besonders im zweiten und dritten Schwangerschaftstrimester.

ACE Hemmer wirken zwar anders als das Spike-Protein, das Resultat ist aber ein Einfluss auf ACE2 gesteuerte Kaskaden, ob nun durch Blockade oder Aktivierung, es wird in ACE-gesteuerte Informationsflüsse eingegriffen, von denen man seit langem bei der BFARM weiß, dass sie den Fötus schwer schädigen können.

Es wäre möglich, dass diese Schäden durch ACE2 Hemmer, durch Deregulation placentaler Signalwege geschieht, die auch durch das Spike-Protein dereguliert werden könnten. Die Produktion des Spike-Proteins kann sich über Wochen, Monate bis Jahre erstrecken und die Konzentration in Extremfällen kurzzeitig bis zu 14.6 µg/ml (<https://doi.org/10.3390/s21175857>) erreichen. Zum Vergleich, eine Novavax Injektion umfasst 5µg insgesamt und hat schon bei 5µg eine Myocarditis Warnung bekommen. Der menschliche Körper enthält 5 bis 8 Liter Blut. Frauen haben weniger Blut als Männer.

1 Liter Blut entspricht 1000ml

5 Liter Blut entsprechen 5000ml

14,6µg/ml entsprechen bei 5000ml 73000µg also 73mg Spike Protein.

Zum Vergleich eine Tabelle zur Dosierung von ACE-Hemmern bei Erwachsenen:

Vergleichstabelle: ACE-Hemmer

Arzneistoff ¹	Äquivalenzdosis (mg)	Empfohlene Dosierungen bei Hypertonie (mg/Tag)		Empfohlene Dosierungen bei Herzinsuffizienz (mg/Tag)	
		Initialdosis	Erhaltungsdosis ²	Startdosis	Zieldosis
Benazepril	10	1 x 10	1 x 10 - 20	1 x 2,5	1 x 5 - 10 (max. 20)
Captopril	50	2 x 25 - 50	2 x 50 - 75	3 x 6,25	3 x 25 - 50
Cilazapril	2,5	1 x 1	1 x 2,5 - 5	1 x 0,5	1 x 1 - 2,5 (max. 5)
Enalapril	10	1 x 5 - 10	1 x 10 - 20	1 - 2 x 2,5	2 x 10 - 20
Fosinopril	15	1 x 10	1 x 20	1 x 10	1 x 20 (max. 40)
Lisinopril	10	1 x 10	1 x 20	1 x 2,5	1 x 20 - 35
Moexipril	15	1 x 7,5	1 x 7,5 - 15	–	
Perindopril	4	1 x 4	1 x 8	1 x 2,5 ³	1 x 5 ³
Quinapril	10	1 x 10	1 x 10 - 20	2 x 2,5	1 x 10 - 20
Ramipril	2,5	1 x 2,5	2 x 5 oder 1 x 10	1 x 1,25	2 x 5 oder 1 x 10
Trandolapril	2	1 x 1	1 x 1 - 2	1 x 0,5 (1. Tag), 1 x 1 (2. Tag) ⁵	2 x 2 ⁵
Zofenopril ⁴	30	1 x 15	1 x 30	–	

Vergleichstabelle der Dosierungen der ACE-Hemmer (p.o.) | ERWACHSENE

Stand: 25. Mai 2020

1

https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Arzneimittelkommission/Aequivalenzdosistabellen/ACEi_AEquivalenzdosistabelle.pdf

LNPs überschreiten die Plazentabarriere und transfizieren den Fötus

Man weiß, dass LNPs in der Schwangerschaft toxisch sind (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21342124/>), die Plazentaschranke überwinden können und nachteilige physiologische Wirkungen hervorrufen und die Embryogenese behindern können (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22052087/>).

Aus Mausversuchen ist bekannt, dass Quantumdots (QD), welche weiblichen Mäusen gespritzt wurden über die Plazentaschranke auf ihre Föten übertragen werden können. Kleinere QDs werden leichter übertragen als größere QDs, und die Anzahl der übertragenen QDs nimmt mit steigender Dosis zu (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20143348/>). Der schwangeren Maus wurden dabei die Quantumdots nur in den Schwanz gespritzt und dennoch endeten sie in den Babymäusen. Quantum Dots sind etwa 2-10 nm klein. Das Spike Protein ist 21,97 nm and 22,45 nm klein (<https://ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10019041/>).

Die S1 Einheit ist noch kleiner. Partikel bis 500 nm können die Plazentabarriere überschreiten und von fetalen Organen aufgenommen werden (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26526105/>).

Man ist auch dabei LNPs zu entwickeln, mit denen man die Föten schon vor der Geburt einer Gentherapie unterziehen kann (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33523869/>), aktuell zur Therapie von Erbkrankheiten (<https://www.nature.com/articles/d41586-018-05726-5>) in Mäusen.

Was passiert, wenn der Fötus im Uterus Spike-Proteine herstellt, während sein Immunsystem noch lernt zwischen Selbst und Fremd zu unterscheiden? Das Spike wird als

körpereigenes Protein akzeptiert und kann so ungestört seinen Schaden anrichten. Herzinfarkte/Herzstillstände bei ungeborenen Babys, Thrombosen bei Föten, ... wären die Folgen.

Autoimmunangriffe auf die Plazenta

Sollte die Plazenta selbst durch das modRNA Produkt transfiziert werden, würde das eine Entzündung durch Autoimmunangriffe und somit eine kleinere und geschädigte Plazenta nach sich ziehen, die mit einer Unterversorgung des Fötus und somit von Frühgeburten oder leichteren Kindern einhergehen würde.

Autoimmunangriffe über MHC I sind biologisch nicht zu verhindern, da der zelleigene Qualitätskontrollmechanismus über MHC I Bruchstücke aller in der Zelle produzierten Proteine dem Immunsystem zur Kontrolle vorlegt. Plazentazellen, welche von der modRNA transfiziert wurden, produzieren anschließend körperfremdes Spike-Protein, das zum einen an die Estrogenrezeptoren der Geschlechtsorgane binden wird, was zu einer Deregulation des in der Schwangerschaft empfindlichen Hormonhaushalten führen kann. Zum anderen werden Fragmente des Spike Proteins aus der zelleigenen Produktion über MHC I dem Immunsystem auf der Oberfläche der transfizierten Plazentazellen präsentiert. Dies führt zu einem Autoimmunangriff durch CD8 Zellen (T-Killer-Zellen), wie man im Biologie Schulbuch Linder Biologie Gesamtausgabe 23. Auflage Seite 238 nachlesen kann, da es sich hierbei um Schulstoff der Mittelstufe handelt:

Da diese Produktklasse die Plazentraschranke überschreiten ist eine Transfektion der Plazenta selbst eine logische Folge. Anwendungen mit direkter Transfektion der Plazenta wurde bereits vom Nobelpreisträger Drew Weissman veröffentlicht (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36789893/>) im Rahmen der Behebung plazentaler Probleme (bei Mäusen).

Beweis für den gesamten obigen Vortrag unter der Überschrift „Schwangerschaft“:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

(4)

Angaben zur „Wirksamkeit“ (ab Seite 9) überraschen, da in dieser Produktinformation auf Seite 4 im 2. Absatz offen eingeräumt wird, dass die „Dauer des Impfschutzes“ nicht bekannt sei.

Oben wurde bereits ausführlich dargelegt, warum Comirnaty nicht nur unwirksam, sondern sogar negativ wirksam ist und dass für die Beurteilung der Wirksamkeit eines Arzneimittels einzig und allein die absolute Wirksamkeit maßgebend ist.

Auch wurde oben nachgewiesen, dass die Beklagte um diese Unwirksamkeit wusste.

Angaben zu einer relativen Wirksamkeit (so ausdrücklich u.a. auf Seite 15 Mitte dieser Produktinformation) sind nichts als reine Irreführung.

(5)

Diese Produktinformation verschweigt auch zahlreiche andere erhebliche Gesundheitsrisiken.

So gibt es auch konkrete Anhaltspunkte für die dramatische Zunahme von Krebsfällen, siehe hierzu u.a.:

6-teilige Beitrags-Reihe von Dr. Hans-Joachim Kremer zum Thema Turbokrebs, siehe:

<https://tkp.at/2023/03/15/vaers-daten-belegen-turbokrebs-6-metastasen-und-uebersicht/>

Siehe hierzu auch:

<https://tkp.at/2022/10/30/drastische-zunahme-von-krebsfaellen-seit-anfang-2021-und-ihre-ursachen/>

<https://corona-blog.net/2022/03/02/neue-studie-zur-karzinogenitaet-des-biontech-pfizer-impfstoffs-das-gibt-anlass-zur-sorge/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, wie vor

Viele Ärzte könnten eidesstattlich versichern, dass sie in ihrer Praxis eine dramatische Zunahme von Krebsfällen seit Beginn der Covid-19-Injektionen beobachtet haben. Dies hat mir u.a. der „Ärztlichen Berufsverband Hippokratischer Eid“ bestätigt, siehe:

<https://www.aerzte-hippokratischer-eid.de>

(6)

Im Hinblick auf die streitgegenständlichen Gesundheitsschäden der Klägerin / des Klägers bleibt die Geltendmachung von Auskunftsansprüchen gegenüber der Klägerin zu allen hierzu betriebsintern bekannten Daten für die Zeit ab der (erstmaligen) bedingten Zulassung von Comirnaty am 21.12.2020 ausdrücklich vorbehalten.

7.2

Exkurs: Die Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung (MedBVSV) - Keine Einschränkung der Haftung durch die MedBVSV

Hierzu heißt es in dem Beitrag „Schadenersatz für Corona-Impfschäden (1. Teil) des Netzwerks Kritischer Richter und Staatsanwälte e.V. vom 5.12.2022 (**Zitat**):

„...III.

Die Geltungsdauer der MedBVSV war zunächst gekoppelt an die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (§ 5 Abs. 4 S. 1 IfSG). Beschließt der Bundestag das Ende der epidemischen Lage, war zeitgleich das Außerkrafttreten der MedBVSV vorgesehen (§ 5 Abs. 4 S. 1 IfSG).

Der Bundestag hat am 18.11.2021 mit Wirkung zum 25.11.2021 die „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ entgegen eines Regierungsantrags nicht verlängert.

Dennoch wird die MedBVS bis heute angewendet. In den folgenden IfSG-Novellen wurde § 5 Abs. 4 IfSG fortlaufend ergänzt um verlängerte Geltungsfristen. Erst bis zum 31.05.2022, dann bis zum 25.11.2022 und zuletzt bis zum 31.12.2023 durch das „Gesetz zur Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19“ vom 16.09.2022.³

IV.

Bei der Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen des § 84 AMG kann nach alledem die MedBVS nicht unbeachtet bleiben. Doch löst die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für ihren Erlass – § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4a IfSG – verfassungsrechtliche Bedenken aus, da sie nicht den Anforderungen des Bestimmtheitsgebots des Art. 80 Abs. 1 S. 2 Grundgesetz (GG) entspricht.

1.

In Art. 80 Abs. 1 GG ist bestimmt: „Durch Gesetz können die Bundesregierung, ein Bundesminister oder die Landesregierungen ermächtigt werden, Rechtsverordnungen zu erlassen. Dabei müssen Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung im Gesetz bestimmt werden.“

Hierbei handelt es sich nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) um die „bereichsspezifische Konkretisierung des Rechtsstaats-, Gewaltenteilungs- und Demokratieprinzips“.⁴ Wesentliche Entscheidungen muss der Gesetzgeber selbst treffen.⁵ Der schleichenden Veränderung des Verfassungssystems durch Abgabe der Rechtssetzungsmacht an die Exekutive werden durch die Anforderungen des Bestimmtheitsgebots an die Ermächtigungsnorm Grenzen gesetzt.

Das BVerfG hat dazu konkretisierend ausgeführt, der Gesetzgeber habe selbst zu entscheiden, welche Probleme durch die Rechtsverordnungen der Exekutive geregelt werden und welchem Zweck sie dienen sollen (sog. Selbstentscheidungsvorbehalt).⁶ Auch hat der Gesetzgeber der ermächtigten Stelle ein Programm an die Hand zu geben, aus dem sich ergibt, welchem Ziel die Ermächtigung dienen soll (sog. Programmsetzungspflicht). Schließlich soll bereits aufgrund der Ermächtigung vorhersehbar sein, in welchen Fällen und mit welcher Tendenz von ihr Gebrauch gemacht werden wird und welchen Inhalt die aufgrund der Ermächtigung erlassenen Verordnungen haben können, so dass sich die Normunterworfenen mit ihrem Verhalten darauf einstellen können (sog. Vorhersehbarkeitsgebot).⁷

2.

Selbst der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages hatte schon im April 2020 Zweifel an der Verfassungsgemäßheit der Ermächtigung in § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4a IfSG.⁸ Zwar bestünden laut BVerfG keine generellen Bedenken gegen die Verwendung dieser gesetzgebungstechnischen Form der Anwendungsbeschränkung von Gesetzen. Und die Ausnahmen seien vorliegend zumindest programmatisch gefasst, da sie für die Dauer der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zur „Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln einschließlich Impfstoffen“ thematisch eingegrenzt seien auf die „Herstellung, Kennzeichnung, Zulassung, klinische Prüfung, Anwendung, Verschreibung und Abgabe, Ein- und Ausfuhr, das Verbringen und die Haftung, sowie (...) Betrieb von Apotheken

einschließlich Leitung und Personaleinsatz“. Allerdings hält es der Wissenschaftliche Dienst für fraglich, ob die vom BVerfG geforderten eindeutigen Grenzen für solche anwendungsbeschränkende Verordnungen vorliegend gewahrt wurden und die Vorschrift ausreichend erkennbar und vorhersehbar ist.

Erkennbarkeit und Vorhersehbarkeit sind in § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4a IfSG zweifelsohne nicht ausreichend berücksichtigt. Die Vorschrift erlaubt Ausnahmen von einer unüberschaubaren Zahl an gesetzlichen Vorschriften aus insgesamt fünf Gesetzen. Schon die mehr als 100 Vorschriften des AMG – die in ihrer Mehrheit wesentliche Bedeutung haben für den der Arzneimittelsicherheit zugrundeliegenden, grundgesetzlich garantierten Lebens- und Gesundheitsschutz (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) – berühren die Themen Herstellung, Kennzeichnung, Zulassung, Haftung etc. Eine ausreichende programmatische Eingrenzung der Exekutive und eine Vorhersehbarkeit für den Normadressaten sind damit nicht gegeben. Der Gesetzgeber hat dem Bundesgesundheitsminister in wesentlichen Fragen der Arzneimittelsicherheit eine Blankovollmacht erteilt und damit gegen das Bestimmtheitsgebot des Art. 80 Abs. 1 S. 2 GG verstoßen. Die MedBVSV ist seit ihrem Erlass im Frühjahr 2020 mangels verfassungsgemäßer Ermächtigungsgrundlage nichtig. Die Einschränkung der Gefährdungshaftung nach § 84 AMG ist damit von Anfang an unwirksam.

V.

Daran hat sich auch nichts geändert durch die Verlängerung der MedBVSV-Geltungsdauer durch den Bundestag, denn auch diese ist verfassungswidrig. Derzeit bestimmt § 5 Abs. 4 S. 2 Nr. 4 IfSG, dass Rechtsverordnungen wie die MedBVSV, die auf der Grundlage der – verfassungswidrigen – Ermächtigung des § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4 IfSG erlassen wurden, bis zum 31.12.2023 in Kraft bleiben. § 10 MedBVSV wiederholt das Datum konkret für die MedBVSV.

Damit befinden wir uns in einer merkwürdigen Lage. Durch Parlamentsgesetz hat der Bundestag zum wiederholten Male die Geltungsdauer für alle aufgrund § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 4a IfSG erlassenen Rechtsverordnungen über die epidemische Lage von nationaler Tragweite hinaus bis zum 31.12.2023 verlängert (§ 5 Abs. 4 S. 2 Nr. 4 IfSG).⁹ Und er hat ebenfalls per Parlamentsentscheidung konkret die Geltungsdauer der MedBVSV bis zum 31.12.2023 verlängert.¹⁰ Da die Ermächtigung des Bundesgesundheitsministers zum Erlass von Rechtsverordnungen im November 2021 mit dem Ende der epidemischen Lage endete, wurde die Geltungsdauer per Parlamentsgesetz verlängert.

Kann die Nichtigkeit einer gegen das Bestimmtheitsgebot verstoßenden Rechtsverordnung durch anschließende parlamentarische Zueigenmachung und Verlängerung geheilt werden? Zutreffend ist dies sicher für den Selbstentscheidungsvorbehalt (s. o.). Am programmatischen Bestimmbarkeitsmangel sowie an der fehlenden Vorhersehbarkeit hat sich durch die parlamentarische Absegnung allerdings nichts geändert. Außerdem ist die der MedBVSV zugrundeliegende epidemische Lage von nationaler Tragweite aufgehoben.

1.

Die Verlängerung der Geltungsdauer der MedBVSV muss sich als Parlamentsgesetz an der verfassungsmäßigen Ordnung messen lassen (Art. 20 Abs. 3 GG). Insbesondere darf kein ungerechtfertigter Eingriff in Grundrechte vorliegen, die staatliche Maßnahme muss verhältnismäßig, d. h. geeignet, erforderlich und angemessen sein.

Bei den in der MedBVSV normierten Ausnahmen vom AMG handelt es sich zweifelsohne um Eingriffe in den Schutzbereich des Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) von Impfgeschädigten. Aus diesem Grund nennt das AMG als eine seiner zentralen Zweckbestimmungen die Sorge um die Unbedenklichkeit von Arzneimitteln (§ 1 AMG).

Die Geltungsdauerverlängerung der MedBVSV ist unverhältnismäßig, da ungeeignet.

Geeignet ist eine staatliche Maßnahme, wenn sie einen im öffentlichen Interesse liegenden Zweck zumindest fördert. Legitime Zwecke sind dabei grundsätzlich allenfalls öffentliche Interessen.

Die Suche nach einem solchen Zweck zur fortgesetzten Einschränkung der AMG-Schutzvorschriften gestaltet sich schwierig. Der Gesetzeswortlaut der Verlängerungsvorschriften gibt keinerlei Auskunft. Auch der Regelungszusammenhang mit der epidemischen Lage von nationaler Tragweite (§ 5 Abs. 2 IfSG) lässt keine Erkenntnisse über den Zweck der Verlängerung zu, da die epidemische Lage aufgehoben ist.

Bleibt noch § 1 MedBVSV (i. V. m. dem allgemeinen Zweck des § 1 IfSG, Infektionskrankheiten beim Menschen vorzubeugen und deren Weiterverbreitung zu verhindern), der als Verordnungszweck nennt „die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln während der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachten Epidemie.“¹¹

Der vom Gesetzgeber anvisierte Zweck könnte also sein, dass es der Ausnahmen vom AMG bedarf zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit Impfstoffen als Schutz vor Covid-19. Zwar ist mittlerweile wissenschaftlich belegt, dass dieser Zweck durch diese Impfungen unerreichbar ist, da sie eine Virusverbreitung nicht verhindern. Das braucht hier aber nicht weiter vertieft zu werden. Denn ausreichend ist es zu klären, ob es im Zeitpunkt der letzten Verlängerung der MedBVSV im September 2022 der Ausnahmen vom AMG (Verzicht auf Chargenprüfung, Deckungsvorsorge, Gefährdungshaftung, Kennzeichnung etc.) bedurfte, um genug Impfstoff zur Verfügung zu stellen. Das impliziert, dass es ohne die AMG-Ausnahmen zu Produktions- und Lieferengpässen kommen würde und die Abstriche im Bereich der Arzneimittelsicherheit notwendig sind, um den drängenden und großen Bedarf an Impfstoffen für die Bevölkerung zu gewährleisten.

Dem ist nicht so. Nach den [eigenen Angaben des BMG](#) sieht die Impfstoffversorgung wie folgt aus:

„Soweit Impfstoffe nicht für die nationale Kampagne benötigt werden, werden sie COVAX¹² angeboten. 2021 wurden rund 95 Millionen Impfstoffdosen aller Hersteller an COVAX übertragen. Zusätzlich hat die Bundesregierung rund 7,7 Millionen Dosen bilateral an 6 Länder gespendet. Insgesamt wurden somit über 100 Millionen Dosen gespendet. Im Jahr 2022 sollen weitere 75 Millionen Impfstoffdosen gespendet werden.“

2.

Der wirkliche Zweck für die Verlängerung der Ausnahmen vom AMG durch die MedBVSV wird erst deutlich durch das genaue Studium der [Gesetzesmaterialien](#) zum „Gesetz zur

Stärkung des Schutzes der Bevölkerung und insbesondere vulnerabler Personengruppen vor COVID-19“ vom 16.09.2022, über das der Bundestag in einer „Sturzgeburt“ entschieden hat.

Am 06.09.2022 hatte der Bundestagsausschuss für Gesundheit eine Beschlussempfehlung auf der Grundlage eines Regierungsentwurfs für den Bundestag erstellt und hierin erstmals die Verlängerung der MedBVSV in das Gesetzgebungsverfahren aufgenommen.¹³

Am 07.09.2022 hat dieser Ausschuss seinen [Bericht](#) zur Begründung für seine Beschlussempfehlung vom 06.09.2022 nachgeliefert.

Am 08.09.2022 hat der Bundestag in 2. und 3. Lesung über den Gesetzesentwurf in der Fassung der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses beraten und sie angenommen. Aus dem Beratungsprotokoll ist keine inhaltliche Auseinandersetzung mit den die MedBVSV betreffenden Gesetzesänderungen ersichtlich.¹⁴ Die Entscheidung erfolgte praktisch „blind“ ohne Abwägung des Für und Widers in einer Debatte.

Allein der 44-seitige Bericht des Gesundheitsausschusses enthält eine Begründung für die Verlängerung der MedBVSV. Dort wird der eigentliche Zweck der Verlängerung der Geltungsdauer, über das Ende der epidemischen Lage von nationaler Tragweite hinaus, wie folgt benannt: „Ferner bleiben Regelungen zur Versorgung mit Arzneimitteln und anderem medizinischen Bedarf bis spätestens 31. Dezember 2023 in Kraft; Änderungen an den Regelungen dürfen jedoch nicht mehr vorgenommen werden. Dies betrifft die Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung, auf deren Grundlage das Bundesministerium für Gesundheit COVID-19-Impfstoffen und Arzneimittel zentral beschafft und in Verkehr bringt. **Die Beschaffungsverträge für Impfstoffe gegen COVID-19 laufen noch bis mindestens Ende 2023, weswegen die Beschaffung und Verteilung der Impfstoffe auf Grundlage der Medizinischer Bedarf Versorgungssicherstellungsverordnung für diesen Zeitraum erforderlich ist**“¹⁵ (Hervorhebung hinzugefügt).

Die MedBVSV-Verlängerung ist demnach notwendig zur Erfüllung der vertraglichen Abnahmeverpflichtungen bis mindestens Ende 2023 gegenüber den Impfstoffherstellern.

Die Bundesregierung hat darüber hinaus [beschlossen](#), Verträge zur Bereitstellung von Corona-Impfstoffen für die kommenden Jahre bis 2029 abzuschließen, was mit einer Verlängerung der MedBVSV bis weit über Ende 2023 einhergehen könnte.

Da – wie für den Gesetzgeber im September 2022 erkennbar – die Impfstoffe weder die Verbreitung von Coronaviren verhindern noch eine Knappheit an verfügbaren Impfstoffen vorliegt, ist die Verlängerung der MedBVSV nicht im öffentlichen Interesse. Im Gegenteil, die Nichtanwendbarkeit etwa der staatlichen Chargenprüfung, der Gefährdungshaftung oder die Außervollzugsetzung der Vorsorgeverpflichtung der Impfstoffhersteller zur Entschädigung eintretender Impfschäden stehen im Widerspruch zu den öffentlichen Interessen der Arzneimittelsicherheit und der Wiedergutmachung erlittener Impfschäden.

Der genannte Zweck, die Verpflichtungen aus den Impfstoffbeschaffungsverträgen zu bedienen, liegt vielmehr allein im privaten Interesse der Hersteller. Die in der MedBVSV normierten Ausnahmen vom AMG erleichtern ihnen die risikolose Gewinnmaximierung, vor der der Schutz der Bevölkerung zurückzutreten hat. Zur Illustration: Während Deutschland bislang viele Milliarden Euro Steuergelder für die Impfkampagne ausgegeben hat,¹⁶ geht

Pfizer für dieses Jahr von einem Corona-Impfstoffumsatz zwischen 99,5 bis 102 Milliarden Dollar aus. Für die ersten neun Monate waren es bereits [76 Milliarden Dollar](#).

Die Entscheidung des Gesetzgebers, die MedBVSV zu verlängern, ist eine Teilaufrechterhaltung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch die Hintertür zulasten der Bevölkerung und zugunsten der Impfstoffhersteller und damit mangels öffentlichen Interesses und Geeignetheit der Maßnahme verfassungswidrig.

VI.

Zusammenfassend ist festzustellen: Die Außervollzugsetzung des § 84 AMG durch § 3 der MedBVSV ist verfassungswidrig und damit nichtig. § 84 AMG gilt uneingeschränkt als Anspruchsgrundlage für den Schadensersatz für eingetretene Impfschäden... (Zitat Ende, **Unterstreichungen hinzugefügt**)

Quelle:

<https://netzwerkkrista.de/2022/12/05/schadensersatz-fur-corona-impfschaden-teil-1/>

Dem ist im Grunde nichts hinzuzufügen.

Somit kann dahinstehen, ob hier überhaupt die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 3 Abs. 4 der MedBVSV erfüllt sind.

Die hier streitgegenständlichen Gesundheitsschäden wurden auch nicht durch „Abweichungen vom AMG“ i. S. des § 3 Abs. 4 der MedBVSV, sondern durch die oben dargestellten vorsätzlichen Lügen der Beklagten im gesamten Herstellungsprozess und das totale Versagen der involvierten zuständigen Arzneimittelbehörden verursacht.

Zur Ergänzung sei aber auch noch auf den Kommentar zur MedBVSV von Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, Seite 160 – 168 mit zahlreichen weiteren Nachweisen verwiesen.

II.

Ansprüche aus Verschuldenshaftung

§ 91 AMG besagt:

„Unberührt bleiben gesetzliche Vorschriften, nach denen ein nach § 84 Ersatzpflichtiger im weiteren Umfang als nach den Vorschriften dieses Abschnitts haftet oder nach denen ein anderer für den Schaden verantwortlich ist.“

Somit hält § 91 AMG den Impfgeschädigten ausdrücklich die allgemeine Verschuldenshaftung offen.

„Dies ist u. a. deshalb von Bedeutung, weil in dem AMG für die Haftung nach § 84 AMG in Bezug auf die Entschädigungsleistung Höchstgrenzen gesetzt sind (§§ 86 – 88 AMG). Der vollen Haftung ist der Hersteller von Impfstoffen – trotz der Erweiterung des § 84 AMG auf Schmerzensgeldansprüche – erst ausgesetzt, wenn sein schuldhaftes Verhalten als Haftungsgrund mit einbezogen wird.“ (so auch:

1.

Kein Anspruch aus Produkthaftung nach ProdHaftG

„Zu diesen von § 91 AMG offen gehaltenen Haftungsansprüchen wegen Verschuldens gehört die Haftung für fehlerhafte Produkte im Sinne von § 1 Abs. 1 S. 2 ProdHaftG **nicht**.

Die Produkthaftung ist nach deutschem Recht neben einer Haftung aus § 84 AMG durch § 15 ProdHaftG ausgeschlossen.

Ob § 15 ProdHaftG gegen die europäische Produkthaftungsrichtlinie RL 85/374 verstößt, ist umstritten.

Ausgangspunkt dieser Kontroverse ist einerseits die Absicht der RL 85/374, eine Vollharmonisierung in allen EU-Staaten zu erreichen und andererseits die Tatsache, dass sie in Art. 13 Ausnahmen zugunsten bereits bestehender nationaler Regelungen vorhält.¹⁷ Da letztlich auch die Kommission § 15 ProdHaftG nicht beanstandet hat,¹⁸ wird hier von der Vereinbarkeit des § 15 ProdHaftG mit Unionsrecht ausgegangen. Eine Produkthaftung des Herstellers besteht folglich nicht.“ (Aus: Manfred Kölsch, Schadenersatz für Corona-Impfschäden, Teil 2, <https://netzwerkkrista.de/2022/12/29/schadenersatz-fur-corona-impfschaden-teil-2/>)

2.

Anspruch aus Produzentenhaftung nach § 823 Abs. 1 BGB

„Haftet nach § 84 Abs. 1 AMG nur der pU, so erstreckt sich die Produzentenhaftung nicht nur auf diesen, sondern auch auf den Hersteller.

Hersteller ist, wer den Impfstoff gewinnt, anfertigt, be- oder verarbeitet usw. (vgl. § 4 Abs. 14 AMG). Er wird in der Regel identisch sein mit dem pU, sodass die Unterscheidung (vgl. § 4 Abs. 14, Abs. 18 AMG) für die Passivlegitimation ohne Bedeutung ist. Für den Fall, dass sie nicht identisch sind, kann es nahe liegen, den Hersteller z. B. für Entwicklungs- und Herstellungsfehler in Anspruch zu nehmen. Eine Haftung des pU kommt dagegen eher in Frage bei Fehlern im Anmeldeverfahren, der Marktüberwachung, verspätet ausgesprochenen Warnhinweisen oder vorwerfbarem Unterlassen, den Impfstoff vom Markt zu nehmen (auf die in § 63b AMG geregelten, ihn betreffenden allgemeinen Pharmakovigilanz-Pflichten wird verwiesen).

aa)

Es kann dahinstehen, ob es sich bei der **Produzentenhaftung** um eine Gefährdungs- oder um eine Verschuldenshaftung handelt, oder ob es dabei nur einer die Haftung auslösenden objektiven Sorgfaltswidrigkeit bedarf.¹⁹ Die heftige Kontroverse erweist sich als nur von akademischer Natur, besteht doch Übereinstimmung darin, dass die Einstandspflicht des Warenherstellers von einem Sorgfaltspflichtverstoß abhängt. Es handelt sich um Verkehrssicherungspflichten, die zu beachten sind in den Bereichen der Konstruktion, Instruktion, Produktbeobachtung usw. Es sind wahrheitsgemäße, die Impfstoffentwicklung vollständig spiegelnde Zulassungsunterlagen einzureichen. Warnhinweise und

Rückruffpflichten sind bei konkreten Anhaltspunkten von Nebenwirkungen extensiv im Sinne der Gesundheit der Bevölkerung auszuüben. Die Verletzungen dieser Verkehrssicherungspflichten sind im Unrechtstatbestand des § 823 Abs. 1 BGB verankert.

bb)

Der Hersteller/pU haftet auch für die Folgen der Wirkungslosigkeit seines Produkts. Vertreibt der Chemieunternehmer ein wirkungsloses Pflanzenschutzmittel und wiegt Landwirte in der irrigen Gewissheit, ihre Ernte sei vor Schädlingen geschützt, haftet er für die eingetretenen Schäden. Dies gilt auch für Impfstoffe. Besondere Bedeutung kommt der Haftung für Impfstoffe zu, wenn im Vertrauen auf deren Wirksamkeit andere Maßnahmen zum Schutz von Rechtsgütern unterlassen werden.²⁰ Anerkannt ist zwischenzeitlich, dass die mRNA- und Vektorimpfstoffe weder vor Selbstansteckung mit Coronaviren schützen noch deren Weitergabe an Dritte verhindern. Sie sind in dieser Hinsicht unwirksam. Unterlässt jemand z. B. die Einnahme anderer Arzneimittel gegen Corona-Ansteckung, weil er fälschlicherweise an die propagierte Wirksamkeit der mRNA- und Vektorimpfstoffe gegen Selbstansteckung und Fremdansteckung geglaubt hat, so haftet der Hersteller/pU für eingetretene Nebenwirkungen, die ohne Impfung nicht aufgetreten wären.

cc)

Es gelten die allgemeinen Grundsätze deliktischer Sorgfaltspflichten. Die Sorgfaltsanforderungen werden nicht an den Kenntnissen und Fähigkeiten des konkreten Herstellers/pU gemessen. Es ist ein objektiver Maßstab anzulegen.²¹ Konnte ein vernünftiger und fachkundiger Impfstoffhersteller/pU den Fehler erkennen? Standen ihm Maßnahmen der Schadensvermeidung zur Verfügung? Hat er bei der Herstellung gegen anerkannte medizinische Standards verstoßen?

Zu den Verkehrssicherungspflichten ist im Einzelnen auszuführen: Bei der Herstellung **neuer Produkte** (wie mRNA- und Vektorimpfstoffe) besteht, bevor sie in den Verkehr gebracht werden, die Verpflichtung, **aktiv nach möglichen Schadensrisiken zu forschen**.²² Je innovativer das Produkt, je größer die drohenden Schäden, je höher die Schadenswahrscheinlichkeit, desto größere Anstrengungen in puncto Gefahrenerforschung muss der Hersteller/pU unternehmen. Das Produkt muss dem geltenden Standard medizinischer Forschung entsprechen. Folgerichtig sind die Sorgfaltspflichten besonders intensiv wahrzunehmen, wenn schwerwiegende Schäden, insbesondere an Leben, Gesundheit und körperlicher Unversehrtheit mit nicht zu vernachlässigender Wahrscheinlichkeit drohen. Hier wäre zu prüfen, ob die Entwicklung der mRNA- und Vektorimpfstoffe medizinischen Standards entsprach und ob die Hersteller/pU dazu vollständige und wahrheitsgemäße Angaben gemacht haben. Ergibt sich, dass das Produkt nicht hinreichend sicher hergestellt werden kann, darf es nicht vermarktet werden.²³

Entwickeln sich die Kenntnisse über Gefahren fort oder erweitern sich die Möglichkeiten der Technik, kann der Hersteller/pU allerdings gehalten sein, die Nutzer der bereits im Verkehr befindlichen Produkte vor nunmehr erkannten oder vermeidbaren Gefahren zu **warnen**.

In den Apfelschorf-Fällen hat die Rechtsprechung mit Recht den Hersteller für verpflichtet gehalten, seine Produkte nach Inverkehrgabe auf noch unbekannte schädliche Eigenschaften hin zu beobachten und sich über sonstige Gefahrenlagen verursachende

Folgen ihres Gebrauchs zu informieren. Nach dieser Entscheidung ist ein besonders strenger Maßstab anzulegen, wenn Leben und Gesundheit gefährdet sind.

Die **Produktbeobachtungspflicht** hat also die Funktion, die Verantwortung des Herstellers/pU für sein Produkt über den Zeitpunkt der Inverkehrbringung und den damaligen Stand der Kenntnisse und Möglichkeiten hinaus zu perpetuieren. Eine zeitliche Grenze kennt die Produktbeobachtungspflicht nicht.²⁴

Die Produktbeobachtungspflicht beschränkt sich nicht nur darauf, Beschwerden von Anwendern über eingetretene Schäden zu sammeln und systematisch auszuwerten.²⁵ Der Hersteller/pU muss der Produktbeobachtungspflicht im Rahmen des Möglichen und Zumutbaren aktiv nachkommen. Erfahrungen von Konkurrenzprodukten gleicher oder ähnlicher Beschaffenheit sind zu sammeln, wissenschaftliches Schrifttum (auch das internationale) ist auszuwerten. Je höher das Schädigungspotential des Produktes ist, umso größere Anforderungen sind an die aktive Produktbeobachtung zu stellen.

Die Verletzung der Produktbeobachtungspflicht allein verursacht keine Schäden, sondern diese entstehen erst dadurch, dass es der Hersteller unterlassen hat, aus den im Wege der Beobachtung gewonnenen Informationen die gebotenen Konsequenzen zu ziehen, oder es versäumt hat, tatsächlich verfügbare Informationen zu erheben oder auszuwerten und sich dadurch von vornherein jeder Reaktionsmöglichkeit begeben hat.

Die **Reaktionspflichten** sind ein Brennpunkt des Produkthaftungsrechts. Es können sich daraus **Meldepflichten** an die zuständigen Bundesbehörden ergeben. Rückrufanordnungen bzw. Rücknahme der erteilten Zulassung können erforderlich sein.

Das OLG Düsseldorf hat entschieden, dass öffentlich-rechtliche Produktbeobachtungs- und Reaktionspflichten auch das zivilrechtliche Pflichtenheft der Hersteller und pU prägen.²⁶

Zu den Reaktionspflichten aus der Produktbeobachtung kann ergänzend festgehalten werden:

Besonders bei neuartigen Impfstoffen hat der Hersteller bei auftretenden Nebenwirkungen in neuen Testreihen den Impfstoff zu verändern, um Sicherheitsmängel abzustellen. Die Instruktion der Anwender der Impfstoffe und derjenigen, die vor einer Impfung stehen, ist zu verbessern. Vor den mit der Nutzung verbundenen Gefahren ist zu warnen. Lassen sich die Produktrisiken dadurch nicht zuverlässig vermeiden, ist der weitere Vertrieb des Impfstoffes einzustellen. Letztlich ist der Impfstoff vom Markt zu nehmen, wenn der Hersteller nach objektiven Kriterien einen schwerwiegenden, substantiierten Verdacht für Risiken für Leib und Leben haben muss.

Der BGH ist der teilweise vertretenen Ansicht nicht gefolgt, wonach der entscheidende Zeitpunkt für die Beurteilung einer Pflichtverletzung die letzte mündliche Verhandlung sei.

Der Umfang der geforderten Sorgfaltspflicht ist nach dem (objektiven) Sorgfaltsmaßstab des § 276 Abs. 1 Satz 2 BGB zu beurteilen. Danach ist entscheidend darauf abzustellen, *„ob und in welchem Maße für ein sachkundiges Urteil die naheliegende Möglichkeit bestand, daß Rechtsgüter anderer verletzt werden konnten, wenn Sicherungsmaßnahmen unterblieben.“*²⁷

Der maßgebende Zeitpunkt kann danach durchaus unterschiedlich sein, wenn z. B. mehrere Sorgfaltsverstöße im Einzelfall eine Rolle spielen. Die Kenntnislage kann im Zeitpunkt der Herstellung oder bei den später zu erfüllenden Instruktionspflichten (ungenügende Marktbeobachtung; keine Wahrnehmung der sich evtl. ändernden wissenschaftlichen Erkenntnisse – auch ausländischer; zu späte bzw. dem Inhalt nach unzureichende Warnhinweise; zu später oder gänzlich unterbleibender Rückruf bereits ausgelieferter Impfdosen usw.) erheblich auseinanderfallen.“ (Aus: Manfred Kölsch, Schadenersatz für Corona-Impfschäden, Teil 2, Haftungstatbestände, <https://netzwerkkrista.de/2022/12/29/schadenersatz-fur-corona-impfschaden-teil-2/>)

3.

Anspruch aus § 823 Abs. 2 BGB i.V. mit Schutzgesetzen (insbes. des StGB)

(2) Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalt des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

Hier kommen insbesondere in Betracht:

§ 823 II i.V.m.

§§ 95 Abs. 1 Nr. 1 und 3 lit. a, Abs. 3 S. 2 Nr. 1 lit. a und b) AMG

§§ 6 und 7 VStGB

§§ 211, 212, 22, 23 StGB sowie

§§ 223, 224, 226 StGB sowie

3.1

§§ 95 Abs. 1 Nr. 1 und 3 lit. a, Abs. 3 S. 2 Nr. 1 lit. a und b) AMG

Die lange Zeit – auch aktuell immer noch (!) - irreführenden Angaben der Beklagten und der zuständigen bundesdeutschen Behörden zu Wirksamkeit und Gefährlichkeit der Covid-19-Injektionen begründen somit schon einmal den dringenden Tatverdacht einer Strafbarkeit eines besonders schweren Falls nach § 95 Abs. 1 Nr. 1 und 3 a, Abs. 3 S. 2 Nr. 1 lit. a) und b) AMG, und nicht nur diesen Tatverdacht.

Bezüglich der – bereits vorgetragenen – DNA-Verunreinigungen in den mRNA-Injektionen erklärte die **Kollegin Dr. Röhrig** in einem Interview mit Epoch Times am 11.10.2023 u.a. Folgendes (Zitat):

„Unter Zugrundelegung der Analyseergebnisse von Kevin Mc Kernan und auch der von Herrn Dr. Kirchner in Deutschland veranlassten Untersuchungen ist davon auszugehen, dass die COVID-mRNA-Injektionen in einer Menge Plasmide und linearisierte DNA enthalten, die weit über der von der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) selbst festgelegten Grenze von zehn Nanogramm DNA pro Dosis allein für linearisierte DNA liegen. Die EMA selbst hatte im Rahmen des sogenannten „Rapporteur Rolling Review

critical assessment report“ vom 19. November 2020 zur Qualität auf Seite 100 diese Grenzwerte anerkannt und als solche festgelegt.

Werden diese Grenzwerte nicht eingehalten, ist das betreffende Arzneimittel folglich qualitativ mangelhaft und entspricht nicht den von der EMA festgelegten pharmazeutischen Regeln.

Im deutschen Recht regelt § 55 Absatz 8 Arzneimittelgesetz (AMG), dass bei der Herstellung von Arzneimitteln nur Stoffe verwendet werden dürfen, die den anerkannten pharmazeutischen Regeln entsprechen. Qualitativ mangelhafte Arzneimittel dürfen nicht zugelassen werden. Hinzu kommt, dass insbesondere die festgestellten DNA-Verunreinigungen auch schwerwiegende negative gesundheitliche Folgen nach sich ziehen können. Bei mangelhafter Qualität ist das Arzneimittel daher auch nicht mehr sicher.

Sind Qualität und Sicherheit des Arzneimittels nicht angemessen oder ausreichend nachgewiesen, ist die Zulassung nach Artikel 12 Absatz 1 der Verordnung Nr. 726/2006 zu versagen.

Wenn für ein Arzneimittel nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass es bei bestimmungsgemäßem Gebrauch eine schädliche Wirkung hat, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen, gehört es zu den „bedenklichen Arzneimitteln“. Dann darf es nach § 5 AMG nicht in den Verkehr gebracht werden. Und derzeit gehen Wissenschaftler davon aus, dass mit den DNA-Verunreinigungen gesundheitliche Risiken und Schäden einhergehen.

Was bedeutet das konkret?

Solange die bestehenden Qualitätsprobleme nicht gelöst sind, müssten die derzeit zugelassenen auf mRNA basierenden COVID-19-Injektionen zurückgerufen und weiteres Inverkehrbringen untersagt werden. Die Zulassungen sollten zurückgenommen oder zumindest ruhend gestellt werden. Außerdem dürften zukünftige mRNA-basierte COVID-19-Injektionen gar nicht erst zugelassen werden, da es an einem Nachweis für ihre ordnungsgemäße Qualität und Sicherheit fehlt.

Derzeit basieren die Zulassungen für alle Injektionen gegen Varianten des Spike-Proteins unter anderem auf den Qualitätsunterlagen und -untersuchungen der ursprünglich zugelassenen COVID-Injektionen. Wenn diese unzureichend sind, sind in der Konsequenz auch die Qualitätsunterlagen der Varianten-Injektionen unzureichend beziehungsweise mangelhaft.

Bevor es irgendwelche Folgen für den Impfstoffhersteller gibt, müssen die Behörden jedoch erst einmal pflichtgemäß handeln. Das bedeutet, es bedarf zumindest eines Rückrufes und der Aussetzung der Zulassungen, bis eine umfassende neue Bewertung der mRNA-basierten Injektionen abgeschlossen ist.

Was bedeutet das aus strafrechtlicher Sicht?

Ein Verstoß gegen das Verbot des § 5 AMG stellt einen Straftatbestand dar, der nach § 95 Absatz 1 Nr. 1 AMG mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe geahndet wird. In besonders schweren Fällen, beispielsweise bei einer großen Anzahl Betroffener, ist

gemäß § 95 Abs. 3 AMG sogar die Verhängung einer Freiheitsstrafe von ein bis zu zehn Jahren möglich.

Darüber hinaus kommt ein Verstoß gegen das Verbot des § 8 Abs. 1 Nr. 1 AMG in Betracht. Diese Vorschrift untersagt unter gleicher Strafandrohung wie bei einem Verstoß gegen § 5 AMG, Arzneimittel oder Wirkstoffe herzustellen oder in den Verkehr zu bringen, die durch Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln in ihrer Qualität nicht unerheblich gemindert sind. Auch hier ist die Strafandrohung nach § 95 Abs. 1 Nr. 3a AMG bis zu drei Jahre Haft oder Geldstrafe oder in besonders schweren Fällen Freiheitsstrafe von ein bis zu zehn Jahren.“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://www.epochtimes.de/gesundheit/dna-verunreinigung-in-covid-impfstoffen-dr-roehrig-die-rechtlichen-konsequenzen-liegen-auf-der-hand-a4435394.html?welcomeuser=1>

An diesem Beitrag ist allenfalls die Zurückhaltung der Kollegin Dr. Röhrig zu würdigen, da in diesem Kontext auch eine ganze Reihe schwerer Straftaten nach dem StGB zu prüfen sind.

3.2

§§ 6 und 7 VStGB und §§ 211, 212, 221, 223 StGB und sonstiges Strafrecht

Nach diesseitiger Auffassung begründen die oben dargelegten Umstände insbesondere den Tatverdacht

des Völkermordes gem. § 6 VStGB,

der Verbrechen gegen die Menschlichkeit gem. § 7 VStGB,

des Totschlags und Mords gem. § 212 und 211 StGB,

der fahrlässigen Tötung gem. § 222 StGB,

Ist so viel kriminelle Energie vorstellbar?

Auf der Webseite gemeinwohl-lobby.de können wegen der Verdachtsmomente, die sich aus der gesamten Covid-19-Injektionskampagne ergeben, u.a. eine Vorlage für eine „internationale“ Strafanzeige (zur Einreichung beim IStGH) und – für Deutschland - eine „nationale“ Strafanzeige (zur Einreichung beim Generalbundesanwalt) mitsamt zugehörigen Anlagen gegen diverse Beschuldigte (und „Beitrittsformulare“ hierzu) kostenlos abgerufen werden, siehe:

<https://gemeinwohl-lobby.de/strafanzeige-icc/#nationaleanzeige>

Diese internationale und nationale Strafanzeigen-Entwürfe im Umfang von 29 und 25 Seiten werden hier mitsamt ihren Anlagen als

Anlage K 16A1: Vorlage für Strafanzeige an den IStGH von Mai 2021

Anlage K 16A2: Vorlagen für Strafanzeige an den GBA von Mai 2021

und die Anlagen zu diesen Strafanzeigen als

Anlage K 16B1

Anlage K 16B2

Anlage K 16B3

Anlage K 16B4 (ist identisch mit Anlage K 15))

Anlage K 16B5

Anlage K16B6

Anlage K16B7

überreicht.

Diese Strafanzeigen und Anlagen sind für jedermann unter folgenden Links jeweils direkt kostenlos abrufbar:

Link für nationale Strafanzeige für Deutschland:

<https://gemeinwohl-lobby.de/wp-content/uploads/2024/05/Strafanzeige-Dtld-1-Pers.pdf>

Link für internationale Strafanzeige_

https://gemeinwohl-lobby.de/wp-content/uploads/2024/05/Strafanzeige-ICC_deutsch.pdf

Link für die Anlagen hierzu:

<https://gemeinwohl-lobby.de/beweismaterial-strafanzeigen/>

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen vollumfänglich auf den Inhalt dieser wohlbegründeten Strafanzeigen und ihrer Anlagen verwiesen, womit dieser zum Vortrag erhoben wird.

Die Anlagen wurden nicht übersetzt, da der Verteidigung hierfür die Zeit und die Mittel fehlen. Englischsprachige Texte können sicherlich auch problemlos im Original gelesen werden.

In einem Artikel auf dem Online-Portal „Ansage!“ mit der Überschrift **„EU PFIZERVERTRAG: MASSENHAFTE STRAFANZEIGEN BEIM INTERNATIONALEN GERICHTSHOF EINGEREICHT“** wird dieses Projekt u.a. wie folgt kommentiert (**Zitat**):

Auf Initiative der deutschen Bürgerinitiative *GemeinWohl-Lobby* hat der ungarische Menschenrechtsanwalt Dr. Attila Monostory am vergangenen Freitag im Namen von über 1.500 EU-Bürgern beim Internationalen Strafgerichtshof in Den Haag Strafanzeige gegen die Verantwortlichen für den Vorabkaufvertrag vom 20. November 2020 zwischen der Europäischen Union und dem Pharmakonzern *Pfizer* eingereicht. Beklagt werden demnach zahlreiche Vergehen, wie unter anderem Verstöße gegen den *Nürnberger*

Kodex, Verbrechen gegen die Menschlichkeit und sogar das mutmaßliche Verbrechen des Völkermordes. Nach Meinung der Kläger hätten die *“kriminellen Inhalte”* des EU-Pfizer-Vorabkaufvertrages dazu geführt, dass unzählige gravierende gesundheitliche und materielle Schäden entstanden seien.

Tatsache ist, dass für diese Schäden bis heute weder eine Regierung noch eine irgendeine EU-Institution jedwede Verantwortung übernimmt. Der Strafanzeige wurde umfangreiches Beweismaterial beigefügt, das ausschließlich offizielle Dokumente von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und EU-Behörden beinhaltet. **Diese Dokumente beweisen nach Überzeugung der Kläger und ihrer hochkarätigen juristischen Beistände eindeutig, dass die verantwortlichen Behörden die Gefahr schwerer gesundheitlicher Schäden von vorneherein kannten, die durch die Impfungen dann ja auch tatsächlich – nachweislich und vielfach – entstanden sind. Trotz dieser Kenntnis wurde die Verbreitung und Verabreichung des Impfstoffes von Pfizer in der EU bis heute nicht gestoppt.** Vielmehr werde weiterhin verkündet, dass der Impfstoff *„sicher und wirksam“* sei und *„keine Langzeitnebenwirkungen“* verursache, monieren die Kläger.

Auch in Deutschland und Österreich hunderte Strafanzeigen

Inzwischen litten jedoch immer mehr Menschen unter den verheerenden Folgen dieser *„bewussten Täuschung“*, so die *Gemeinwohl-Lobby*. Dies ergebe sich eindeutig aus den offiziellen Daten der *Europäischen Arzneimittelagentur* (EMA) und der WHO. Um diese humanitäre Katastrophe zu begrenzen, fordern die klagenden EU-Bürger den Internationalen Strafgerichtshof in Den Haag auf, die Ermittlungen gegen die Verantwortlichen unverzüglich einzuleiten und die weitere Verbreitung des Pfizer-Impfstoffs mit sofortiger Wirkung zu stoppen. Parallel zu dieser internationalen Strafanzeige wurden zeitgleich am 10. Mai 2024 in Deutschland und Österreich weitere Hunderte Strafanzeigen bei den zuständigen Staatsanwaltschaften gegen die Verantwortlichen in den jeweiligen Ländern erstattet – wegen deren Zustimmung zu dem Vertrag und seiner Umsetzung.“ **(Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)**

Quelle:

<https://ansage.org/eu-pfizer-vertrag-massenhafte-strafanzeigen-beim-internationalen-gerichtshof-eingereicht/>

Einige Anmerkungen zur Strafbarkeit nach dem StGB:

Vor diesem Hintergrund führen uns Grundlagenkenntnisse zur strafrechtlichen Zurechnungslehre in den Bereich der Tötungsdelikte nach §§ 212, 211 StGB:

Prof. Martin Schwab hat hierzu bereits in seinem Schriftsatz an das BVerwG vom 12.12.2022 (dort auf Seite 5) u.a. ausgeführt (Zitat):

„...Bereits in ihrem Schriftsatz vom 11.5.2022 hatte die Beschwerdegegnerin eingeräumt, dass lebensbedrohliche Thrombosen zu den bekannten Impfkomplicationen gehören. Damit hat die Beschwerdegegnerin zugegeben, dass sie ihren Soldaten wissentlich nach dem Leben trachtet. Wer nämlich wissentlich eine lebensbedrohliche Impfung **befiehlt**, die dann schlussendlich zum Tode des Impflings führt, **verwirklicht den Tatbestand des vollendeten Totschlags (§ 212 StGB)** und kann sich nicht darauf berufen, der Impfling wäre wahrscheinlicher an einer Infektion verstorben. Selbst wenn nämlich Letzteres

stimmen würde, würde es sich um einen unbeachtlichen hypothetischen Kausalverlauf handeln, auf den sich der Impfbefehlsgeber ebenso wenig berufen kann wie jeder andere Täter eines Tötungsdelikts..." (**Zitat Ende**)

Die Verantwortlichen der Beklagten haben die weitere Verabreichung von Covid-19-Injektionen zu keiner Zeit unterbunden, obschon schon seit der Durchführung der Zulassungsstudie und insbesondere ab Anfang 2021 erhebliche Warnsignale bekannt waren und somit nicht nur das PEI auf Grund der ihm durch das AMG eingeräumten Befugnisse, sondern gerade auch die Beklagte alle erforderlichen Maßnahmen ergreifen konnte und auch musste, um die weitere Verabreichung zu unterbinden.

Das gilt auch für „Impfstoffe“ bzw. Gentherapeutika, die von der EMA / EU-Kommission zentral (bedingt) zugelassen worden sind.

Von all den seit Anfang 2021 bekannten Fakten und Warnsignalen vollkommen unbeeindruckt blieben die Verantwortlichen der Beklagten – das zum Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums gehörende PEI und die EMA eingeschlossen - bis heute passiv und unternahm nichts.

(1)

Mordmerkmal der Heimtücke (§ 211 Abs. 2 Var. 5)

Angesichts der bekannten Daten können die Verantwortlichen der Beklagten – ebenso wie Verantwortlichen des PEI und der EMA - dabei nur wissentlich „in feindseliger Willensrichtung“ zum Nachteil aller Menschen in diesem Land und in der EU gehandelt worden sein.

In der Welt, in der ich lebe, wird das Verhalten von Menschen, die eine potentiell lebensgefährliche und unwirksame Spritze nicht aus dem Verkehr ziehen oder mir sogar – wie es der Bundesgesundheitsminister tat - als „nebenwirkungsfrei“ und „wirksam“ verkaufen wollen, jedenfalls als „feindselig“ interpretiert.

Oder gilt man nunmehr als Menschenfreund / Philanthrop / fürsorglich, wenn man Menschen, die auf die effektive Arzneimittelüberwachung und -zulassung durch PEI und EMA vertrauen, durch eine unverantwortliche Politik der (bedingten) Zulassung und des Nicht-Einschreitens einem solchen russischen Roulette mit dem eigenen Leben aussetzt?

Auf Grund dieser absolut unverantwortlichen Arzneimittelpolitik haben sich nahezu alle Menschen, die Integrität der Beklagten und auch des PEI und der EMA vertraut haben, in Sicherheit gewogen, so dass sie sich nicht des Umstandes bewusst waren, dass diese Covid-19-Injektionen einem schweren Angriff auf ihre Gesundheit und (!) ihr Leben gleichkommen können.

Diese Arglosigkeit hat die „natürliche Abwehrfähigkeit“ der Menschen auch stark eingeschränkt, da sie im Vertrauen auf die Arbeit dieser Behörden – und die Aussagen des Beschuldigten Lauterbach, der bis in den Juni 2022 hinein immer wieder die „Nebenwirkungsfreiheit“ der Covid-19-Injektionen betonte - keine Veranlassung mehr gesehen haben, sich umfassend über alle ggf. in Betracht kommenden Nebenwirkungen zu informieren. Warum auch? Auf Grund dieser Irreführung haben sie ja eben darauf vertraut, dass diese Injektionen „bedenkenlos“ sind.

Für alle jur. Laien, die diese Klage irgendwann lesen mögen, sei wiederholt, was jeder Jurastudent weiß:

„**Heimtückisch** handelt, wer in feindseliger Willensrichtung die Arg- und dadurch bedingte Wehrlosigkeit des Opfers bewusst zur Tötung ausnutzt.

Arglos ist, wer mit einem schweren Angriff nicht rechnet und sich daher in Sicherheit wiegt. **Wehrlos** ist, wer aufgrund seiner Arglosigkeit, in seiner natürlichen Abwehrfähigkeit gegenüber dem konkreten Angriff zumindest stark eingeschränkt ist. (vgl. BGH, Beschluss vom 05.04.2022 – 1 StR 81/22, Rn. 5)

In diesem Sinne müssen sich die Verantwortlichen der Beklagten dem Vorwurf stellen, dass sie heimtückisch agiert haben, weil sie nicht nur nicht darauf hingewirkt haben, dass die (weitere) Verabreichung der Covid-19-Injektionen unterbunden wird, sondern darüber hinaus auch noch irreführende öffentliche Behauptungen geduldet haben, dass diese Injektionen nebenwirkungsfrei und (hoch) wirksam seien.

In dem Wissen um das wahre Ausmaß der Wirkungslosigkeit und Gefahren, die mit diesen Injektionen verbunden sein können, hätte sich sicherlich kaum ein Mensch – der frei von Panik und Zwang und noch Herr seiner Sinne ist - einem solchen Experiment ausgesetzt, auch mit unter dem Druck von rechtlichen Sanktionen.

Meines Erachtens sind angesichts aller bekannten Tatumstände zwingend auch noch andere Mordmerkmal im Hinblick auf alle jeweils in Betracht kommenden Beteiligungsformen (Täter, Mittäter, Gehilfe) zu prüfen, insbesondere die Merkmale:

(2)

Mordmerkmal der gemeingefährlichen Mittel (§ 211 Abs. 2 Var. 7)

Als „**gemeingefährlichen Mittel**“ müssen alle Chargen der Covid-19-Injektionen qualifiziert werden, die schwere Nebenwirkungen bis hin zum Tod verursacht haben.

Definition gemeingefährliche Mittel:

„Gemeingefährlich ist ein Tötungsmittel, wenn es in der konkreten Tatsituation eine unbestimmte Anzahl von Menschen an Leib oder Leben gefährden kann, weil der Täter die Ausdehnung der Gefahr nicht in seiner Gewalt hat (BGH, Beschluss vom 18. Juli 2018 – 4 StR 170/18, NStZ 2019, 607 mwN). Dabei ist nicht allein auf die abstrakte Gefährlichkeit eines Mittels abzustellen, sondern auf seine Eignung und Wirkung in der konkreten Situation unter Berücksichtigung der persönlichen Fähigkeiten und Absichten des Täters (BGH aaO). Die Qualifikation hat ihren Grund in der besonderen Rücksichtslosigkeit des Täters, der sein Ziel durch die Schaffung unberechenbarer Gefahren für andere durchzusetzen sucht.“ (vgl. BGH, Urteile vom 4. Februar 1986 – 5 StR 776/85, BGHSt 34, 13, 14, und vom 16. August 2005 – 4 StR 168/05, NStZ 2006, 167, 168 mwN).

Dieses Mordmerkmal muss eindeutig bejaht werden, wenn die modRNA-Injektionen Biowaffenqualität haben. Experten wie Prof. Dr. Ulrike Kämmer, der Dr. Steve Martin und Sascha Latypova haben eindeutige Beweise für benannt, dass diese Biowaffe das Resultat einer Gain-of-Function-Forschung ist. Weitere Ausführungen hierzu finden sich ganz am Ende des Schriftsatzes im Anhang D.

Dem obigen Vortrag und insbesondere der bereits o.g. Homepage „**How bad is my batch**“ können zudem konkrete Hinweise dafür entnommen werden, dass einige Chargen sehr viel toxischer waren als andere, siehe abermals:

<https://corona-blog.net/2022/01/19/how-bad-is-my-batch-sind-einige-chargen-der-impfstoffe-gefaehrlicher-als-andere/>

Trotz dieses Wissens unternahmen die Verantwortlichen nichts.

(3)

Mordmerkmal der Habgier (§ 211 Abs. 2 Var. 3 StGB)

„**Habgier**“, da dieses totale Versagen letztlich nur durch die Aussicht auf sagenhafte Gewinne nachvollzogen werden kann.

Definition Habgier:

„Habgier bedeutet ein Streben nach materiellen Gütern oder Vorteilen, das in seiner Hemmungslosigkeit und Rücksichtslosigkeit das erträgliche Maß weit übersteigt und das in der Regel durch eine ungehemmte triebhafte Eigensucht bestimmt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass sich das Vermögen des Täters ? objektiv oder zumindest nach seiner Vorstellung ? durch den Tod des Opfers unmittelbar vermehrt oder dass durch die Tat jedenfalls eine sonst nicht vorhandene Aussicht auf eine Vermögensvermehrung entsteht.“ (vgl. BGH 4 StR 140/20 - Beschluss vom 19. Mai 2020)

In dem Buch „Das indoktrinierte Gehirn“ von Dr. med. Michael Nehls heißt es auf Seite 16 f. (**Zitat**):

„Im Jahr 1860 verfasste Thomas Joseph Dunning (1799 – 1873), Sekretär der Londoner Vereinigung der Buchbinder, ein Pamphlet über die Philosophie der damaligen Wirtschaftsbewegung, in dem er ein extremes Wesensmerkmal von wirtschaftlicher Macht und Profitgier beschrieb:

„Das Kapitel hat einen Horror vor Abwesenheit von Profit, wie die Natur vor der Leere. Bei ausreichendem Profit wird Kapital sehr mutig. Ein Prozentsatz von 10 Prozent sichern ihm Beschäftigung an jedem Ort; 20 Prozent erzeugen viel Eifer; 50 Prozent enorme Kühnheit; 100 Prozent machen es bereit, alle menschlichen Gesetze mit Füßen zu treten; 300 Prozent, und es gibt kein Verbrechen, vor dem es nicht zurückschreckt und kein Risiko, das es nicht eingeht, bis hin zur Gefahr, dass sein Besitzer gehängt wird. Wenn Turbulenzen und Unruhen einen Gewinn bringen, wird es diese bereitwillig fördern.“ (**Zitat Ende**)

Vor dem Hintergrund dieses Zitats kann das, was im Zuge dieser Injektionskampagne wohl teilweise, aber sicherlich nicht ausschließlich erklärt werden.

Aber bleiben wir bei der Frage: Wem hat diese „Impf“-Kampagne denn genutzt? Cui bono?

Mit Gewissheit allen, die durch die Herstellung und die Verabreichung dieser Injektionen in sehr kurzer Zeit sehr viel Geld verdient haben.

Im Zusammenhang mit dem Milliardengeschäft mit PCR-Tests spricht sogar tagesschau.de von einem „Lehrstück über Lobbyismus“, siehe:

<https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr-wdr/pcr-tests-113.html>

Bei dem noch viel größeren Geschäft mit den Covid-19-Injektionen soll es anders gewesen sein?

Der Einfluss der Pharmaindustrie auf Politik und Medien bewegt sich – nicht nur nach der Wahrnehmung kritischer Journalisten – in „nahezu unvorstellbaren Dimensionen“.

Frei zugängliche Artikel und Dokus hierzu sind Legion, so dass man mit einem Quellenverzeichnis hierzu wiederum mehrere Bücher füllen könnte. Ergänzend zu den einleitend genannten Quellen möchte ich hierzu nur noch eine weitere, jedermann kostenlos zugängliche Quellen benennen:

<https://www.rubikon.news/artikel/die-pharma-allmacht>

(4)

Mordmerkmal der Grausamkeit (§ 211 Abs. 2 Var. 6 StGB)

„**Grausamkeit**“, weil das Leiden einer aktuell noch unbekannten Anzahl Menschen, die nachweislich kausal schwer an diesen Covid-19-Injektionen erkrankt sind, nur als grausam bezeichnet werden kann, und dieses grausame Schicksal vieler Geschädigten muss für die Verantwortlichen der Beklagten auf Grund der schon in 2021 und 2022 bekannten Nebenwirkungen auch vorhersehbar gewesen sein.

Vor diesem Hintergrund kommt mir schon lange stets der folgende Spruch aus „The Tempest“ von William Shakespeare in den Sinn, wenn ich an die STIKO und das RKI denke:

“Hell is empty, And all the devils are here.” (“Die Hölle ist leer, alle Teufel sind hier.”)

(5)

Es kommen freilich – gerade auch im Hinblick auf die Weigerung der Beteiligten, Comirnaty trotz aller hier dargelegten Umstände vom Markt zu nehmen - auch noch weitere Mordmerkmal wie Handeln aus niederen Beweggründen und das Ermöglichen und Verdecken einer anderen Straftat in Betracht.

Hierzu sei nur angemerkt: Durch die jahrelange Fortsetzung der Covid-19-modRNA-Injektionen wurden unzählige weitere Straftaten ermöglicht. Ggf. diene dies Praxis auch der Verdeckung der Tatsache, dass die Verantwortlichen nach Bekanntwerden der katastrophalen Folgen dieser Injektionen den Eindruck vermitteln wollten, als wäre das Nutzen-Risiko-Verhältnis (immer noch) positiv. „Edle“ Motive bzw. „Beweggründe“ müssen bei einem derart unverantwortlichen bzw. in jeder Hinsicht menschenverachtenden Handeln, das mit dem Leben und der Gesundheit und dem Lebensglück so vieler Menschen herumgespielt hat, sicher ausgeschlossen werden.

3.3

Weiter begründen die o.g. Umstände den Tatverdacht

der gefährlichen und schweren Körperverletzung mit Todesfolge gem. §§ 223, 224 Abs. 1 Nr. 1, Nr. 3, Nr. 4 und 5, 226 Abs. 1 Nr. 3 Var. 2, 3 und 5, 227 und (soweit Amtsinhaber involviert sind) 340 StGB,

sowie

aller sonst in Betracht kommenden Straftatbestände (soweit eine Garantenstellung besteht, auch i.V.m. § 13 StGB), Deliktsstadien und Beteiligungsformen (einschl. der mittelbaren Täterschaft in der Konstellation des Täters hinter dem Täter wegen des Ausnutzens von organisatorischen Machtapparaten und Befehlsstrukturen) nach dem

StGB (u.a. § 330 a StGB) und VStGB (insbes. §§ 14 und 15 VStGB) (die Verwirklichung der einschlägigen Varianten dieser Straftatbestände ist selbsterklärend)

§ 14 Heilmittelwerbegesetz (HWG) i.V.m. § 3 HWG (die Verwirklichung des einschlägigen Straftatbestandes ist ebenfalls selbsterklärend)

§ 20 Kriegswaffenkontrollgesetz (KrWaffKontrG) (Zur Verwirklichung der einschlägigen Varianten dieses Straftatbestandes wird auf die Ausführungen zu den vorbehaltenen Beweisanträgen ganz am Ende des Schriftsatzes im Anhang D verwiesen)

und ggf. sonst noch einschlägigen Straftatbeständen.

Weitere Ausführungen zu den vorgenannten, regelmäßig auch für einen jur. Laien offensichtlich einschlägigen Straftatbeständen, erscheinen aktuell nicht geboten, bleiben aber vorbehalten.

4.

Anspruch aus § 826 BGB: Sittenwidrige vorsätzliche Schädigung

§ 826 BGB ist dem anderen zum Ersatz des Schadens verpflichtet, wer in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise einem anderen vorsätzlich Schaden zufügt.

Die obigen Ausführungen offenbaren ein Ausmaß an Design-Fehler, Manipulationen und Faktenverdrehungen durch die Beklagte, das weit jenseits dessen liegt, was sich die – ahnungslose – Bevölkerung selbst in ihren dunkelsten Alpträumen auch nur vorstellen konnte.

Wer sich in allen Phasen der Entwicklung, Produktion und Vertriebs auf diese Art und Weise des angestrebten wirtschaftlichen Erfolgs wegen über gesetzliche Bestimmungen, Sicherheitsstandards und ethische Standards hinwegsetzt und damit in einem noch nie dagewesenen Umfang bei so vielen geimpften Menschen schwere Nebenwirkungen bis hin zum Tod in Kauf nimmt, der agiert nicht nur bedingt vorsätzlich.

Wer so rücksichtslos und frei von jeglichem Gewissen agiert, der geht aus Habgier sprichwörtlich über Leichen.

„Sittenwidrig“ ist da schon ein extrem verharmlosendes Adjektiv für den Vorsatz einer solchen Schädigung von Millionen Menschen.

5.

Anspruch aus § 32 GenTG

Wortlaut des § 32 Abs. 1 Gentechnikgesetz (GenTG) - Haftung

„Wird **infolge** von **Eigenschaften** eines **Organismus**, die auf **gentechnischen Arbeiten beruhen**, jemand getötet, sein Körper oder seine Gesundheit verletzt oder eine Sache beschädigt, so ist der Betreiber verpflichtet, den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.“

Ausgangspunkt sind die in § 3 GenTG unter den Nummern 3, 3 a enthaltenen Begriffsbestimmungen (Zitat):

„3.

gentechnisch veränderter Organismus

ein Organismus, mit Ausnahme des Menschen, dessen genetisches Material in einer Weise verändert worden ist, wie sie unter natürlichen Bedingungen durch Kreuzen oder natürliche Rekombination nicht vorkommt; ein gentechnisch veränderter Organismus ist auch ein Organismus, der durch Kreuzung oder natürliche Rekombination zwischen gentechnisch veränderten Organismen oder mit einem oder mehreren gentechnisch veränderten Organismen oder durch andere Arten der Vermehrung eines gentechnisch veränderten Organismus entstanden ist, sofern das genetische Material des Organismus Eigenschaften aufweist, die auf gentechnische Arbeiten zurückzuführen sind,

3a.

Verfahren der Veränderung genetischen Materials in diesem Sinne sind insbesondere

a)

Nukleinsäure-Rekombinationstechniken, bei denen durch die Einbringung von Nukleinsäuremolekülen, die außerhalb eines Organismus erzeugt wurden, in Viren, Viroide, bakterielle Plasmide oder andere Vektorsysteme neue Kombinationen von genetischem Material gebildet werden und diese in einen Wirtsorganismus eingebracht werden, in dem sie unter natürlichen Bedingungen nicht vorkommen,

b)

Verfahren, bei denen in einen Organismus direkt Erbgut eingebracht wird, welches außerhalb des Organismus hergestellt wurde und natürlicherweise nicht darin vorkommt, einschließlich Mikroinjektion, Makroinjektion und Mikroverkapselung,

c)

...

Das Wirkprinzip von Comirnaty, insbesondere die in transfektionsfähige Lipidhüllen verpackte modRNA und auch herstellungsbedingte DNA-Reste, stellt unstreitig eine gentechnische Methodik dar. Die in Comirnaty verwendete Transfektions-Techniken mittels (lipidhüllenbasierte Zelltransfektion) werden als klassische Gentechniken (und Gentherapien) weltweit angewendet.

In der BioNTech-„Geschäftsberichtpräsentation 2020“ heißt es auf Seite 52 (**Zitat**):

„mRNA:

Unsere proprietären Formate und Formulierungen von Messenger-Ribonukleinsäure bzw. mRNA wurden entwickelt, **um genetische Informationen an Zellen zu liefern**, wo sie zur körpereigenen Herstellung von Proteinen für therapeutische Zwecke eingesetzt werden.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

PDF der BioNTech-„Geschäftspräsentation 2020“, die hier als

Anlage K 17

Überreicht wird.

Ebenda heißt es auf Seite 63 (Zitat):

„mRNA-Therapien

BioNTech nutzt Boten-Ribonukleinsäure (mRNA), **um genetische Informationen in die Zellen zu transportieren**, wo sie zur Expression von Proteinen für die therapeutische Wirkung genutzt werden.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

wie vor

Der gentechnische Aspekt von Cormirnaty besteht folglich darin, dass die menschlichen Zellen des „Imfplings“ eine neue fremde Geninformation bekommen (hier über RNA und die begleitend kontaminierende DNA einschließlich der Reste der Herstellungsplasmide) und dadurch die einzelne betroffene Zelle zum Äquivalent eines gentechnisch veränderten Organismus (GVO) wird.

Ist das ausserhalb des Organismus (in Biofermentern der Hersteller) produzierte Nukleinsäuremolekül (hier: modRNA), welches natürlicherweise nicht in menschlichen Zellen vorkommt (hier das Spike-Protein von SARS-CoV-2), mithilfe der Mikroverkapselung (hier die Lipidhülle) in die Zellen eingebracht, löst es die Produktion des zellfremden viralen Spike-Proteins aus.

Im BioNTech-„Geschäftsberichtpräsentation 2020“ heißt es hierzu auf Seite 52 (**Zitat**):

„mRNA:

Unsere proprietären Formate und Formulierungen von Messenger-Ribonukleinsäure bzw. mRNA wurden entwickelt, **um genetische Informationen an Zellen zu liefern**, wo sie zur körpereigenen Herstellung von Proteinen für therapeutische Zwecke eingesetzt werden.“ Infolge dieser Eigenschaften werden auch die „Eigenschaften“ bzw. Funktionsweisen der auf diesem Wege manipulierten Zellen verändert. Aus vormals gesunden Zellen werden jetzt Spikeprotein-Fabriken.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

wie vor

Infolge dieser Eigenschaften werden auch die „Eigenschaften“ bzw. Funktionsweisen der auf diesem Wege manipulierten Zellen verändert. Aus vormals gesunden Zellen werden jetzt Spikeprotein-Fabriken.

Zu dieser Thematik hat die schweizer Kanzlei Kruse Law schon in ihrer – bereits o.g. – Strafanzeige gegen Swissmedic vom 14.7.2022 („Version 1.0“) ab Seite 63 ausgeführt (**Zitat**):

„So stufte etwa das Bundesamt für Umwelt (BAFU) den mRNA-«Impfstoff» aufgrund der Kombination der mRNA mit den Lipidnanopartikeln als gentechnisch veränderten Organismus (GVO) ein. Legt man diese Einschätzung der vorliegenden Substanz zugrunde, so hätte eine «befristete Zulassung» zu keinem Zeitpunkt erteilt werden dürfen:

Bei GVO handelt es sich um Einheiten (inkl. Gemische etc.), die fähig sind, sich zu vermehren oder **genetisches Material zu übertragen**, und dabei so hergestellt bzw. verändert worden sind, «wie dies **unter natürlichen Bedingungen** durch Kreuzen oder natürliche Rekombination **nicht vorkommt**». Liegt ein solcher GVO vor, werden an eine Zulassung massiv erhöhte Anforderungen gestellt, auf welche hinten (N 551 ff., N 565, N 569, 599 f., N 750 ff.) näher eingegangen wird und die mit einer befristeten Zulassung in keiner Weise erfüllt werden können. Fände gar eine Übertragung des genetischen Materials in menschliche **Keimzellen** statt, so würde dadurch die Integrität des menschlichen Erbguts verletzt, welche nach **Art. 119 Abs. 2 lit. a BV absolut geschützt ist: «alle [...] Eingriffe in das Erbgut menschlicher Keimzellen und Embryonen sind unzulässig»**. Dabei reicht es aus, dass auch nur schon einzelne Gensequenzen direkt verändert werden, wie dies etwa bei der **CRISPR/Cas9-Technologie** der Fall ist, bei welcher gezielt DNA-Sequenzen «herausgeschnitten» und punktgenau durch gentechnisch veränderte DNA-Sequenzen ersetzt werden.

Die vorgesehene Wirkungsweise der mRNA-«Impfstoffe» sieht zwar vordergründig keinen direkten Eingriff in die DNA vor. Allerdings lagen bereits Ende 2020 **diverse Studien vor, die in menschlichen Zellen eine sogenannte «reverse Transkription» von mRNA in DNA gezeigt haben**. Die mRNA in den «Impfstoffen» wurde so modifiziert (insbesondere: Ersatz von Uridin durch Pseudouridin, modifizierte Verkappung des 5'-Endes), dass sie länger im Körper «überlebt» und vor einem Abbau durch Enzyme («Ribonukleasen») und vor dem Immunsystem geschützt wird. Mit dieser künstlichen Anpassung der mRNA wird das Ziel verfolgt, diese sicher in die Zellen zu bringen und so möglichst viel Spike-Protein synthetisieren zu können. Die Gefahr durch das «Spike-Protein» wurde durch die Swissmedic als «gering eingeschätzt», weil mit einer «minimalen systemischen Exposition nach intramuskulärer Anwendung» zu rechnen sei. Bereits Ende 2020 war bekannt, dass eine **anhaltende Expression des toxischen Spike-Proteins** einerseits durchaus das **Potential möglicher Nebenwirkungen (wie Krebserkrankungen) erhöht** (zur Toxizität des Spike-Proteins und den entsprechenden Folgen eingehend hinten N172, N185ff., N 265 ff.). Andererseits führt die künstliche Modifizierung dazu, dass die mRNA sich länger als unter natürlichen Umständen im Körper aufhält – und möglicherweise an Orte gelangt, wo sie nicht hingelangen sollte, wie zum Beispiel in die Geschlechtsorgane, was bei Tierversuchen festgestellt wurde. Im beiliegenden Evidenzrapport wird eingehend dargelegt, dass auf diese Weise ein – **ungewolltes – Einwirken der mRNA auf die menschliche DNA in den Keimzellen stattfinden könnte....**“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

Oben wurde bereits unter Beweisantritt dargelegt, dass und warum die Wirkungsweise der modRNA-Injektionen zu einem direkten Eingriff in die DNA führen kann und auch führt und warum diese Injektionen auch ohne einen direkten Eingriff in den Zellkern zu erheblichen Schäden in der menschlichen Zelle führen können.

Da die Krankheitssymptome der Klägerin / des Klägers erst nach dem Erhalt der Comirnaty-Injektion(en) aufgetreten sind, sind ihr / sein Körper und ihre / seine Gesundheit auch „infolge“ dieser Eigenschaften verletzt worden.

Für solche Konstellationen enthält **§ 34 Abs. 1 GenTG** folgende Beweislastregel:

„Ist der Schaden durch gentechnisch veränderte Organismen verursacht worden, so wird vermutet, dass er durch Eigenschaften dieser Organismen verursacht wurde, die auf gentechnischen Arbeiten beruhen.“

Die hier dargelegten Schäden sind – wie oben unter Beweisantritt aufgezeigt – durch gentechnisch veränderte Organismen verursacht worden.

§ 35 GenTG begründet folgende Auskunftsansprüche der Geschädigten:

„(1) Liegen Tatsachen vor, die die Annahme begründen, daß ein Personen- oder Sachschaden auf gentechnischen Arbeiten eines Betreibers beruht, so ist dieser verpflichtet, auf Verlangen des Geschädigten **über die Art und den Ablauf der in der gentechnischen Anlage durchgeführten oder einer Freisetzung zugrundeliegenden gentechnischen Arbeiten** Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Feststellung, ob ein Anspruch nach § 32 besteht, erforderlich ist. Die §§ 259 bis 261 des Bürgerlichen Gesetzbuchs sind entsprechend anzuwenden.“

(2) Ein Auskunftsanspruch besteht unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 1 auch gegenüber den Behörden, die für die Anmeldung, die Erteilung einer Genehmigung oder die Überwachung zuständig sind.“

Tatsachen, die eine solche Annahme begründen, wurden oben schlüssig dargelegt.

Aus diesem Grunde ist die Beklagte in dem in § 35 Abs. 1 GenTG bezeichneten Umfang auf Verlangen der Klägerin / des Klägers zur Auskunft verpflichtet.

Ein solches Auskunftsverlangen bleibt ausdrücklich vorbehalten.

Zwar heißt es in § 2 Abs. 3 GenTG:

(3) Dieses Gesetz gilt nicht für die Anwendung von gentechnisch veränderten Organismen am Menschen.

Die einschlägige Kommentarliteratur stellt aber klar, dass diese Einschränkung nicht für Organismen gilt, die sich noch im Stadium der klinischen Erprobung befinden.

Zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen haftungsbegründenden Injektionen waren die klinischen Studien zu Comirnaty aber noch abgeschlossen.

Diese Regelung soll hier aber (noch) nicht vertieft werden.

III.

§ 840 BGB

§ 840 BGB - Haftung mehrerer

(1) Sind für den aus einer unerlaubten Handlung entstehenden Schaden mehrere nebeneinander verantwortlich, so haften sie als Gesamtschuldner.

Die Beklagte kann sich somit nicht mit einem pauschalen Verweis auf die ggf. parallel bestehende Haftung Dritter, insbesondere eines Impfarztes, der vor den streitgegenständlichen Injektionen in Ermangelung einer dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Arzneimittelinformation „ggf.“ nicht richtig aufklären konnte und auch nicht richtig aufgeklärt hat, verteidigen.

D)

Womit sich die Beklagte nicht verteidigen kann:

1.

Keine Haftung wegen Aufklärung?

Kann sich der Beklagten darauf berufen, dass er auf diese „möglichen“ Impfschäden hingewiesen hat oder dass der Geimpfte eingewilligt hat?

Nein, da alle Verbraucher und auch Zulassungsbehörden wie EMA **systematisch getäuscht** wurden durch:

Zur Begründung sei auf die obigen Ausführungen verwiesen:

2.

Kein Ausschluss der Haftung **durch Einwilligung** - Keine wirksame Einwilligung:

Die Beklagte hat Dritte, insbesondere Ärzte, Impfzentren, Impfwillige auch nicht korrekt aufgeklärt.

Meines Erachtens kann man die unzureichende Aufklärung schon aus dem Umstand ableiten, dass sich Menschen diese Geninjektion verabreichen ließen. Wenn diese Menschen vorher korrekt aufgeklärt worden wären, dann hätten sie sich mit Gewissheit regelmäßig nicht auf dieses gefährliche russische Roulette mit ihrem Leben und ihrer Gesundheit eingelassen.

„Die Impfung ist eine Körperverletzung, die durch die **Einwilligung** des Patienten gerechtfertigt sein kann. Hat die Impfung zu nachweisbaren gesundheitlichen Schäden geführt, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen, ist die Körperverletzung nur gerechtfertigt, wenn die Einwilligung dazu von dem Impfenden lege artis herbeigeführt worden ist.

Was der Behandelnde zur Vorbereitung einer wirksamen Einwilligung zu tun hat, ist in den §§ 630a – 630h BGB umfassend gesetzlich normiert. Der Geschädigte wird, gestützt auf zulässige Beweismittel (z. B. Vorlage des Aufklärungsbogens, Inhalt der Einwilligungserklärung, Dokumentation der Behandlung gemäß § 630f BGB; Inhalt von Beipackzettel und Fachinformation des Herstellers, Auskünfte des Herstellers nach § 84a AMG und evtl. Zeugenaussagen), nachzuweisen versuchen, weshalb die Einwilligung nicht den Kriterien der § 630d Abs. 2, § 630e BGB entspricht und deshalb für die erlittene Körperverletzung nicht rechtfertigend wirken kann. Wegen der Bedeutung der Einwilligung ist ergänzend zu betonen:

Vor der Impfung ist der Patient in verständlicher Weise über sämtliche im Zusammenhang mit der Impfung wesentlichen Umstände aufzuklären (§ 630c BGB). Nach § 630d Abs. 2 BGB ist die verpflichtend einzuholende Einwilligung zur Impfung nur wirksam, wenn der Patient nach Maßgabe des § 630e Abs. 1 – 4 BGB „*über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände*“ aufgeklärt worden ist. Die Einwilligung ist nur dann rechtswirksam, wenn der Patient u. a. über die „*Eignung*“, die „*Erfolgsaussichten*“ und „*die zu erwartenden*

Folgen und Risiken“ der Impfung aufgeklärt worden ist. Der Behandelnde hat den allgemeinen Gesundheitszustand des Patienten in die Art und den Umfang der Aufklärung einzubeziehen. Der BGH hat in seiner Entscheidung vom 18.05.2021²⁸ gefordert, es sei auch über bloß vermutete Risiken aufzuklären, wenn diese sich soweit verdichtet haben, dass sie zum Schutz des Patienten in dessen Entscheidungsfindung einbezogen werden sollten. Auf die zum Zeitpunkt der Verabreichung nicht auszuschließenden unbekannten Risiken bei den mit neuen Wirkmechanismen ausgestatteten mRNA- und Vektorimpfstoffen ist hinzuweisen. Bei dieser sog. Neulandmedizin ist ein besonders strenger Maßstab anzulegen. Der Inhalt der pflichtgemäßen Aufklärungspflicht kann sich während des zeitlichen Ablaufs von mehreren Impfungen gemäß dem evtl. veränderten Gesundheitszustand des Patienten auf Grund einer vorangegangenen Impfung erweitern (ändern). Über im Laufe der Zeit gesammelte wissenschaftlich-medizinische Erkenntnisse über Impfnebenwirkungen ist aufzuklären. Die Reaktionen des Patienten nach vorangegangenen Impfungen müssen erfragt und dürfen bei der ergänzenden Aufklärung nicht außer Acht gelassen werden. Wenn all dies unterlassen worden ist, kann darin nicht nur ein Aufklärungs-, sondern auch ein Behandlungsfehler liegen.

Gelingt dem Patienten der Nachweis eines schuldhaften Verstoßes gegen die in den §§ 630a ff., 280 BGB (der zugleich einen Verstoß gegen § 823 BGB darstellt) geregelten Pflichten und kann darüber hinaus belegt werden, dass sich der Patient bei pflichtgemäßer Aufklärung nicht hätte impfen lassen und wird letztlich durch von der ZPO zur Verfügung gestellte Beweismittel der Nachweis erbracht, dass zwischen der Impfung und dem vorhandenen über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehenden gesundheitlichen Schaden ein Kausalzusammenhang besteht, hat eine eventuelle Schadensersatzklage hinreichende Aussicht auf Erfolg.“ (Manfred Kölsch, ebenda).

Zu der Frage, ob die Beklagte fehlerhafte Aufklärung zu Comirnaty geleistet hat, wird in der o.g. Strafanzeige der schweizer Kanzlei Kruse Law vom 7.2.2024 (Anlage 2) ab Seite 343, Gliederungsziffer 2., festgestellt (**Zitat**):

„Die Bundesrepublik Deutschland gab auf entsprechende Anfrage eines Bürgers «sämtlichen E-Mail- und Briefverkehr mit Vertreter*innen der Firma BioNTech, inklusive von BioNTech Beauftragten Unternehmen, wie zum Beispiel Beratungsfirmen oder Stiftungen» heraus.²⁶⁷ Viele Unterlagen waren (einmal mehr) geschwärzt, doch fanden sich unter den über 200 herausgegebenen Dateien auch solche, deren Inhalt vollständig ersichtlich ist – etwa ein Formular «Anamnese Einwilligung» und zweiseitiges «Aufklärungsmerkblatt zur Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoff–».²⁶⁸ Ob diese Formulare aber in Deutschland überhaupt Anwendung fanden, ist vorliegend unbekannt. Zudem genügen zumindest diese Formulare (Stand: Dezember 2020) einer vollumfänglichen Aufklärung in keiner Weise, werden doch zentrale Informationen (wie etwa die völlig unzureichende Studienlage) abermals verschwiegen und die mRNA-Injektionen in absolut beschönigender Weise (etwa: «zumeist milde oder mässige» «Impfreaktionen») dargestellt.“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

Strafanzeige der schweizer Kanzlei Kruse Law vom 7.2.2024 (Anlage 2), S. 343 f. m.w.N.

Ebenso wie die von der Kanzlei Kruse Law vertretenen Privatklägerinnen (siehe ebenda, S. 345) wurde Klägerin / der Kläger bei keinem der o.g. „Impf“-Termine darüber aufgeklärt,

dass ihre Gesundheit ohne eine COVID-«Impfung» aufgrund von SARS-CoV-2 keinesfalls erheblich gefährdet ist, und dass es durchaus valable Alternativen zur Prävention, respektive zur Behandlung einer schweren Erkrankung aufgrund Infektion mit SARS-CoV-2 gab und gibt,

dass es sich bei den Zulassungen der COVID-19-«Impfstoffe» keinesfalls um ordentliche Zulassungen handelt, sondern nur um sogenannte bedingte Zulassungen im Sinne von Art. 9a HMG,

dass diese Zulassungen gemäss Fach- und Patienteninformationen auf einer **unvollständigen klinischen Datenlage** erteilt wurden,

dass eine beschränkte («entblindete») Studienpopulation und eine massiv verkürzte Studiendauer vorlagen,

dass zufolge komplett fehlender Langzeitstudien nicht alle Risiken und Nebenwirkungen bekannt waren und noch immer nicht bekannt sind,

dass es sich demnach um einen experimentellen «Impfstoff» handelt, welcher sich noch immer in der Testphase des Menschenversuchs (klinische Phase III-Studien) befindet,

sie/er somit an einem großangelegten Feldversuch teilnimmt.

Beweis:

Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin / des Klägers

Zutreffend geht die Kanzlei Kruse Law davon aus, dass nur schon diese wichtigen Informationen wesentliche Risikofaktoren betreffen und für einen freien Impfscheid schlicht unentbehrlich sind, so dass alle Einwilligungen, die ohne ihre Kenntnis und individuelle Abwägung getroffen worden sind, auf einem Sachverhaltsirrtum.

Im Interesse eines effektiven Verbraucherschutzes kann auch nur die Information relevant sein, die in der Muttersprache der Klägerin / des Klägers – hier unstreitig: deutsch – veröffentlicht worden ist. Informationen oder eine Aufklärung in fremder Sprache, die vom Verbraucher nicht verstanden wird, ist irrelevant.

Bezüglich weiterer Informationen zur ärztlichen Aufklärung bei Behandlungen mit bedingt zugelassenen mRNA-Geninjektionen siehe auch:

Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, Seite 498 ff.

Rechtsanwalt Carlos A. Gebauer und Prof. Dr. Katrin Gierhake - Ärztliche Aufklärung bei Behandlungen mit bedingt zugelassenen mRNA Impfarzneien, NJW 2023, 2231 ff.

Zu der Rolle der „Impfärzte“, die entgegen ihren Berufspflichten faktisch bedenkenlos Geninjektionen verabreicht haben, möchte ich auch an dieser Stelle noch einmal von **Prof. Dr. Arne Burkhardt** zitieren, der in seinem **April 2022** veröffentlichten Beitrag mit dem Titel **„Kriminelle, unprofessionelle Impftreibjagd“** (siehe Anlage 9) zum Versagen der Impfärzte gesagt hat (**Zitat**):

„14. Die Rolle der Ärzte

Alle derzeit praktizierenden Ärzte wurden in ihrer Ausbildung über die Prinzipien und Gefahren von Manipulationen am Genom aufgeklärt.

Schon im Jahre 1980 schrieb der international renommierte Pathologe Hans Cottier / seinerzeit Universität Bern) hellseherisch in seinem Standardwerk „Pathogenese“ unter dem Kapitel „Möglichkeit und Gefahren der experimentellen Genetik“: „Es ist unschwer zu erkennen, dass diese Technik sowohl therapeutische Möglichkeiten als auch große Gefahren mit sich bringen kann. Es besteht das Risiko, krankmachende Nukleinsäuren oder gar Viren zu produzieren, die sich kaum ausreichend kontrollieren ließen“. Ein solches Risiko wäre ärztlich nur vertretbar bei schwerwiegenden Erkrankungen, z.B. mit Sicherheit tödlichen Krebserkrankungen. Hier aber wurde eine pandemische Therapie mit unklaren Risiken an **Gesunden** (!) angestrebt.

Fast die gesamte derzeit praktizierende Ärzteschaft hat sich – in geschichtlich hier leider nicht einmaliger Art – trotz der seit über 40 Jahren bekannten Gefahren einer Gen-Manipulation unqualifizierten und kriminellen Empfehlungen, Weisungen und Propaganda kritiklos ergeben, und sich wieder einmal „staatstragend“ verhalten.

Dabei ging der Druck nicht nur von Politik und No-COVID-MaßnahmeFanatikern, sondern in verächtlicher Weise auch und gerade von den eigenen „Fachvertretern“, d.h. Ärztekammer, sogenannten Fachgesellschaften bis hin zum „Weltärztepräsident“ aus.

Alle Impfärzte, die diese Gesinnungsmanipulation mitmachen/mitmachten sind schuldig des Verstoßes gegen Ihre ärztliche Verpflichtung, ihre Handlungen am Patienten stets selber und *unabhängig* zu prüfen und Schaden vom Patienten abzuwenden.

Zu dieser erforderlichen unabhängigen Prüfung sind und waren alle Ärzte aufgrund ihrer Ausbildung fähig. Ein Verlass auf Empfehlungen und Anweisungen oder gar Propaganda ist kriminell. „Die Impfung ist sicher, Langzeitfolgen sind auszuschließen“, allein diese mantraartig wiederholten, selbst für den Laien erkennbar pseudologischen Aussagen, hätte alle Ärzte zur Verweigerung der „Impfung“ veranlassen müssen.

Noch schlimmer ist es, wenn von Ärzten auch die verpflichtende Aspiration unterlassen wurde und die Injektion durch Nicht-Ärzte veranlasst wurde. Die Vermutung einer unterlassenen und damit kunstfehlerhaften „Impfung“ liegt dann nahe, wenn in ca. 6 Wochen nach der letzten Injektion bei einem Arzt mehr als 2 Patienten verstorben sind.

Dies sollte ähnliche ~~ordnungsrechtliche~~ Ermittlungen zur Folge haben, wie sie bei den angeblich falschen Masken- und Impfbescheinigungen zur Anwendung kommen.

Bei Pathologen und Rechtsmedizinern ist anzumerken, dass sie methodisch bedingt die möglichen „Impf“folgen meist nicht erkennen und abklären konnten. Anders ist es bei deren Fachverbänden, die durch Verleumdung von kritischen Kollegen die zeitnahe Aufklärung behinderten.“ **(Zitat Ende)**

Beweis:

wie vor (Anlage K 11)

Auch sei noch einmal das Statement des Freiburger Mediziners **Prof. Dr. Klaus-Dieter Rückauer** aus seinem Beitrag „Corona Legenden und Wahrheit“ wiederholt (**Zitat**):

„Es ist eine bittere Einsicht: Die Kenntnisse der Mehrzahl der Ärzte im Zusammenhang mit Corona über Tests, Schutzmaßnahmen, Therapie- Möglichkeiten, Impfungen, Komplikationen bewegen sich auf Tagesschau- Niveau, weil unabhängige Quellen von der großen Mehrheit nicht genutzt werden. Die uniforme, völlig einseitige Darstellung in den sogenannten Qualitätsmedien lässt, wie wir in bedrückender Deutlichkeit erlebt haben, keine anderen Vorstellungen zu als die veröffentlichten, politisch vorgegebenen. Bei nur mäßig eigenständigem und kritischem Denken wären die Diskrepanzen und Unwahrheiten mühelos für jeden sofort erkennbar.

In einem akademischen Beruf hat man eine Holschuld für Wissen. **Das Verhalten des großen Teils der Ärzteschaft muss als schweres kollektives Versagen eines ganzen Berufsstandes gesehen werden.“ (Zitat Ende)**

Somit hat auch jeder Arzt, der vor der Verabreichung von Comirnaty regelmäßig nicht wirksam aufgeklärt hat, eine tatbestandliche (gefährliche) Körperverletzung begangen, die – nach den Umständen des Einzelfalls – auch als schwere Körperverletzung und Körperverletzung mit Todesfolge qualifiziert werden muss.

Ausführungen wie im Urteil des Landgerichts Heilbronn vom 13.2.2023 – Wo 1 O 65/22,

<https://www.landesrecht-bw.de/bsbw/document/NJRE001530190>

mit denen die Ersatzansprüche einer Covid-19-Injektionsgeschädigten gegenüber ihrem Impfarzt ausgehebelt worden sind, gehen jedenfalls vollkommen an der Realität und der Rechtslage vorbei.

Für den, der über die wahren Anforderungen einer korrekten Aufklärung informiert ist, kommentiert sich dieses Urteil von selbst.

Von daher beschränke ich mich auf ein paar Anmerkungen zu diesem Urteil:

In dem Urteil heißt es u.a. (Zitat):„...Unter Umständen, insbesondere bei öffentlich empfohlenen Impfungen, kann der Arzt ausnahmsweise davon ausgehen, dass der Patient auf eine zusätzliche gesprächsweise Risikodarstellung keinen Wert legt. ..." - Tja, und wie sahen diese "öffentlichen Empfehlungen" aus? Die bestanden von allem Anfang an aus dreisten Lügen: "Nebenwirkungsfrei", „Drittenschutz“, "hohe Wirksamkeit". Das hätte jeder Arzt in Frage stellen müssen.

Und weiter (Zitat):„...Der mRNA-Impfstoff von Biontech/Pfizer war seit Herbst 2020 Gegenstand der Berichterstattung in den Medien. Daher ist davon auszugehen, dass der Grund für die Impfung und der Impfstoff in der Bevölkerung allgemein bekannt war. Nach den klinischen Prüfungen, die eine hohe Wirksamkeit des Impfstoffs versprochen, war die Grundstimmung im überwiegenden Teil der Bevölkerung gegenüber der Impfung positiv..."

Das hätte dieses Landgericht Heilbronn am 13.2.2023 schon sehr viel besser wissen müssen. "Der Impfstoff" war "bekannt", aber die Menschen wussten doch nicht, dass er faktisch unwirksam und hochgefährlich ist (und nur bedingt zugelassen war). Es ist auch vollkommen belanglos, wenn auf Grund massiver Täuschung der Bevölkerung ein "überwiegender Teil der Bevölkerung" der "Impfung" "positiv" gegenüberstand. Die Aufklärungspflicht eines Arztes hängt nicht von solchen Umfragewerten ab, die zudem evident nur auf Grund der systematischen Täuschung der Bevölkerung möglich waren.

Und weiter (Zitat): „...Aufgrund der breiten öffentlichen Diskussion, dem hohen Informationsstand in der Bevölkerung und auch der hohen Impfbereitschaft konnte der Impfarzt davon ausgehen, dass der Impfling bei einer schriftlichen Aufklärung auf eine zusätzliche gesprächsweise Risikodarstellung keinen Wert legt. Schweigt der Impfling vor Verabreichung der Impfung auf die Frage des Impfarztes, ob noch Fragen bestünden bzw. auf die Ankündigung, dass die Impfung nun vorgenommen werden könne, kann der Arzt davon ausgehen, dass er keine weiteren Informationen zu den Risiken der Impfung möchte. Der Aufklärungspflicht ist daher Genüge getan, wenn ein Aufklärungsmerkblatt ausgehändigt wird und zusätzlich im mündlichen Arztgespräch die Möglichkeit zu Nachfragen besteht (in diesem Sinne auch Spickhoff NJW 2022, 1718 Rn. 4; auf der Heiden, NJW 2022, 3737 Rn. 23).“

Welche „öffentliche Diskussion“ sind hier gemeint?? Kritiker der Geninjektionen kamen doch gar nicht öffentlich zu Wort? Wo denn? Wann denn? Alles Kritische wurde wegzensiert. Und welcher "hohe Informationsstand" ist hier gemeint? Sind damit jahrelang verbreitete Fake-News wie "Die Covid-19-Injektionen sind nebenwirkungsfrei" gemeint? Und wieso kann eine (durch massiven öffentlichen Druck und all die Formen der Nötigung) erreichte angebliche "hohe" "Impfbereitschaft" die Aufklärungspflicht im Einzelfall suspendieren?

Der Impfgeschädigte ist also selber schuld, denn der hätte ja nachfragen können. Und wenn er nachgefragt hätte? Welche Antworten hätte er dann bekommen? So gut wie allen Impfgeschädigten, die solche Nachfragen gestellt haben, ist nur dummes Zeug erzählt worden, z.B. dass es vorübergehend zu Kopfschmerzen etc. kommen könne. Das war's dann regelmäßig mit der Auskunft.

Es ist und bleibt ganz einfach: Dass jemand nicht korrekt aufgeklärt wurde kann man daran erkennen, dass er sich die Spritze hat geben lassen. Denn wäre er über alle wesentlichen Aspekte korrekt aufgeklärt worden, dann hätte er sich - wenn er noch bei Verstand war - niemals diese Spritze geben lassen.

Schließlich ist nicht dementierbar, dass alle Ärzte – weltweit – schon Ende 2020 (!) erkennen konnten und auch erkannt haben, warum sie Comirnaty nicht verabreichen durften.

Der Sachverständige Hans-Joachim Kremer hat in seinem o.g. unter Gliederungspunkt Ziff. 5.5 u.a. ausgeführt (**Zitat, Fettdruck hinzugefügt**):

„Die Ergebnisse der C4591001 wurden **bereits am 10. Dezember 2020** im NEJM³ elektronisch und am 31. Dezember 2020 in Papierform publiziert; dieser Artikel war sofort und in vollem Umfang frei zugänglich. Dieser Artikel liegt heute (24. April 2024) in Sachen Aufmerksamkeit an 6. Stelle aller wissenschaftlichen Artikel überhaupt, an 1. Stelle aller NEJM-Artikel (das NEJM ist das wichtigste Journal weltweit in Sachen klinischer Forschungsergebnisse) und an 2. Stelle aller mit ähnlichem Alter.⁴⁵ Selbstverständlich wurde dieser Artikel sofort eingehend in medizinisch-wissenschaftlichen Sekundärliteratur (z.B. Ärztezeitung⁴⁶, dort sogar am gleichen Tag) sowie der allgemeinen Presse referiert. **Einmal von exotischen Fachgebieten abgesehen, kann kein Mediziner behaupten, er hätte diesen Artikel nicht wahrgenommen.** Zumal um Weihnachten 2020 herum, d.h. mitten im „Lockdown“ mit nächtlichen Ausgangssperren und Besuchsverboten, als also die meisten Mediziner auch die Muße gehabt haben sollten, sich den Artikel genauer anzuschauen. Mit genauer anschauen meine ich, nicht nur die textlichen Aussagen wahrzunehmen, sondern auch einmal ein Blick auf die Daten zu werfen...“ (**Zitat Ende**)

Nach eingehender Würdigung des vorgenannten NEJM-Artikels kommt er schließlich zu dem Fazit (**Zitat**):

„Bereits an den seit dem 10. Dezember 2020 verfügbaren Daten war klar erkennbar, dass dieser Impfstoffe keinerlei Nutzen haben konnten, wenn man einmal vor der trügerischen und bald danach nicht mehr zu erfüllenden Erwartung eines Langzeiteffekts absieht.

Wurde jemals derartiges in Aufklärungsgesprächen erörtert?“ (**Zitat Ende**)

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen vollumfänglich auf die Ausführungen unter Ziff. 5.5 der vorgenannten Anlage Bezug, womit er zum Vortrag der Klägerin / des Klägers erhoben wird.

Fakten wie diese sind von Gerichten wie dem Landgericht Heilbronn nicht berücksichtigt worden, weshalb sie vollkommen an der wahren Faktenlage vorbeigehen.

3.

Keine Einwilligung wegen unzulässigem Druck auf Ungeimpfte

Es versteht sich von selbst, dass eine Einwilligung in eine Covid-19-Injektion nur freiwillig erfolgen kann. Sonst ist sie von vornherein unwirksam.

Da ab Ende 2020 auf alle Menschen in diesem Land ein massiver – rechtswidriger - öffentlicher Druck ausgeübt worden ist, sich eine Covid-19-Injektion verabreichen zu lassen, insbesondere durch die flächendeckend eingeführten 3G-, 2G- oder gar 1G-Regelungen, konnte letztlich kein Mensch mehr wirksam in seine Covid-19-Injektion einwilligen.

Da hätten wir insbesondere:

-die Nachweispflicht im Gesundheitswesen, die faktisch eine massive Nötigung aller im Gesundheitswesen tätigen Personen dargestellt hat,

-die direkte Covid-19-Injektionspflicht bei der Bundeswehr, die dort sogar mit Mitteln des Straf- und Disziplinarrecht durchgesetzt worden ist, weil – was ebenfalls allgemein und jedenfalls gerichtsbekannt ist - die Weigerung eines Soldaten, sich diese Covid-19-Injektion verabreichen zu lassen, als Befehlsverweigerung ausgelegt wurde und wird,

-unzählige 3G, 2G oder gar 1G-Regelungen in allen möglichen gesellschaftlichen Bereichen, insbesondere am Arbeitsplatz, in Schule und Universitäten, im Handel, in Arztpraxen, bei vielen Dienstleistern (auch in vielen Anwaltskanzleien),

-ständiger und massiver öffentlicher Druck durch zahlreiche Politiker und alle sog. Leit- bzw. Mainstream-Medien, sehr oft verbunden mit der massiven Beleidigung und Diffamierung aller Ungeimpften, wofür erstinstanzlich zahlreiche konkrete Beispiele benannt worden sind, insbesondere auch durch Verweis auf Webseite **„Ich habe mitgemacht“** und das Buch **„Möge die gesamte Republik mit dem Finger auf Euch zeigen“**.

Hinzu kamen, was ebenfalls allgemein bekannt war, insbesondere:

der im Arbeitsleben sehr oft von Arbeitgebern, Vorgesetzten und Kollegen ausgeübte Druck auf Ungeimpfte,

erhebliche soziale Spannungen innerhalb der Familien, die bis zur Ausgrenzung von Ungeimpften – insbesondere auch bei Familienfesten - gereicht haben.

Besonders hervorzuheben ist aber der „Angriff“, dem alle Menschen in diesem Land durch die konkret drohende Einführung einer allgemeinen Covid-19-Injektionspflicht nicht nur sehr konkret drohend „unmittelbar bevorstand“. Schon die öffentliche Debatte über die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht hat alle Ungeimpften Menschen in diesem Lande, die einer Covid-19-Injektion mit einer hochexperimentellen Geninjektion ablehnend gegenüberstanden, zutiefst beunruhigt.

Das es spätestens ab Dezember 2021 diese massiven Angriffe auf zahlreiche Grundrechte aller Menschen, insbesondere auf die Ungeimpften, gab, kann niemand dementieren, denn das hat nun wirklich jeder in diesem Land mitbekommen.

In dem Beitrag **„Arbeitsstättenbezogene Betretungsverbote in Krisenzeiten – Zur Unzulässigkeit von „3G-Regeln“ im Beschäftigungskontext de lege abrogata und de lege ferenda“** in der Neuen Zeitschrift für Verwaltungsrecht, Ausgabe 24/2023 vom 23.12.2023, heißt es auf Seite 6 unter lit. d) u.a. (**Zitat**):

„d) Impfung oder Genesung

Letztlich liefe jede 3G-Regel am Arbeitsplatz bereits dadurch ins Leere, dass nur derjenige Teil der Beschäftigten, der keinen Impf- oder Genesenennachweis vorlegt, der täglichen Testpflicht unterliegt. Inzwischen ist hinlänglich bekannt, dass die in der EU (bedingt und befristet) zugelassenen CO- VID-19 Impfarzneien keinen relevanten Schutz vor Ansteckung anderer („Fremdschutz“ oder „Transmissions- schutz“) und erst recht keine „sterile Immunität“ herbeiführen.⁸¹ Bereits im Juli 2021, und somit zeitlich vor Einführung der arbeitsstättenbezogenen 3G-Regel, lagen bezüglich der Ausbreitung der Delta-Variante des SARS-CoV-2 offizielle Daten aus Ländern mit hoher Impfquote vor, die darauf hindeuteten, dass geimpfte Menschen ebenso kontagiös sind wie ungeimpfte Menschen.⁸² Darüber hinaus zeigen zahlreiche bis Ende 2021 veröffentlichte Studien, dass entweder gar keine oder keine klinisch und epidemiologisch signifikante Transmissionsreduktion durch die Verabreichung der Corona-Impfstoffe erreicht wird.⁸³ Bis heute lässt sich der anfänglich erhoffte Fremdschutz nicht durch belast- bare Studien belegen.

Unterdessen hat die EMA in einem wenig beachteten Schreiben vom 18.10.2023 klargestellt, dass die beiden modRNA- Vakzine „Comirnaty“ von Biontech/Pfizer und „Spikevax“ von Moderna nie dafür zugelassen waren, die Virusübertragung von einer Person auf eine andere zu verhindern. Dem- zufolge beschränkt sich die Zulassung seit jeher auf den „Eigenschutz“ der geimpften Person vor schwerer Erkran- kung.⁸⁴ Über diese Indikation hinaus ist die Anwendung der modRNA-basierten COVID-19 Impfarzneien als sog. *Off- Label-Use* zu werten.⁸⁵ Jedenfalls war die ursprüngliche Annahme des Gesetzgebers,⁸⁶ die Kontagiösität geimpfter oder genesener Personen sei „deutlich geringer“, als bei nicht geimpften oder nicht genesenen Personen, von Anfang an unbegründet.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

https://rsw.beck.de/docs/librariesprovider176/default-document-library/nvwz-online-aufsatz_9_2023.pdf?sfvrsn=1e39266b_1

Weiter sei auf den Beitrag auf **netzwerkkrista.de** vom 2.4.2023 hingewiesen, wo es u.a. heißt (**Zitat**):

„Die *Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht (NVwZ)* – eine bedeutende juristische Fachzeitschrift – veröffentlichte am 10. März 2023 einen gleichermaßen sehr lesenswerten wie umfangreichen zweiteiligen Onlineaufsatz des Rechtsanwalts Sebastian Lucenti mit dem Titel *Keine „Lex-COVID-19“ für Corona-Maßnahmen – Teil I und Teil II.*^[1] Darin nimmt der Autor u.a. eine Analyse der gerichtlichen Verhältnismäßigkeitsprüfung von Corona-Maßnahmen vor.

Er kommt zu dem Ergebnis, dass der Gesetzgeber seinen staatlichen Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum – entgegen den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts vom 19.11.2021 („Bundesnotbremse I und II“), vom 10.2.2022 und vom 27.4.2022 („COVID-19-Impfpflicht I und II“) – längst überschritten habe. Eine Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen hielten bei einer umfassenden Sachverhaltsauswertung einer Verhältnismäßigkeitsprüfung nicht stand. Dies gelte umso mehr bei einer sorgfältig durchgeführten gerichtlichen Beweisaufnahme.

Weiter stellt er fest, Gesetzgeber und Exekutive hätten bei der Beurteilung der Gefährdungslage durch COVID-19 und bei der Auswahl der Mittel eine Vielzahl vermeidbarer systemischer Fehler begangen, indem sie rationale differenzierte Grundüberlegungen außer Acht ließen.

Er resümiert, Teile der Bevölkerung dürften nicht als menschliche Schutzschilde für einen anderen Teil der Bevölkerung eingesetzt werden, schon gar nicht Kinder und Jugendliche.

Die mit staatlichen Corona-Maßnahmen befassten Gerichte seien eindringlich aufgerufen, den maßgeblichen Sachverhalt selbständig zu ermitteln und die Richtigkeit der Empfehlungen und Daten weisungsgebundener staatlicher Einrichtungen kritisch zu prüfen – so insbesondere diejenigen des Robert Koch-Instituts (RKI) und des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), die zudem maßgeblichen Einfluss auf die gerichtlich zu überprüfende Gesetzgebung und den Verordnungserlass hatten. Eine richterliche Sachprüfung mit offenen Augen sei zumeist ausgeblieben. Eine rasche kritische Aufarbeitung der Corona-Rechtsprechung sei notwendig.“ (**Zitat Ende**)

4.

Kein Ausschluss durch Zulassungsentscheidungen der EMA

Zur Einführung sei auf die diesbezüglichen Ausführungen von Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 274 – 430 mit zahlreichen weiteren Nachweisen verwiesen.

a)

Kein Ausschluss durch die bedingte und unbedingte Zulassung der EMA.

Die bedingte und auch die unbedingte Zulassung wurden auf der Basis der Daten erteilt, die mit den Geninjektionen ermittelt wurden, die nach dem Herstellungsprozess 1 gewonnen wurden. Dieser Herstellungsprozess kam nur im Rahmen der Zulassungsstudie zur Anwendung.

Die Chargen, die in den weltweiten Vertrieb gelangt sind, wurden aber nach dem gänzlich anders konzipierten Herstellungsprozess 2 produziert. Für diesen Herstellungsprozess 2 wurde aber nie eine bedingte oder unbedingte Zulassung erteilt, was zwingend erforderlich gewesen wäre.

Mit anderen Worten: Für die streitgegenständlichen Chargen gab es nie eine Zulassung.

Also gibt es auch von vornherein keine Zulassung, die irgendwelche Ansprüche der Klägerin / des Klägers ausschließen könnte (bloß theoretisch unterstellt, dass diese unsinnige Argumentation überhaupt solche Ansprüche ausschließen könnte).

Und selbst wenn es eine solche bedingte und unbedingte Zulassung gegeben hätte (Konjunktiv!“, dann wäre diese – aus den oben aufgezeigten Gründen - ohnehin offenkundig absolut unvertretbar und unrechtmäßig und daher evident nichtig.

Zudem könnten einem Impfgeschädigten nur dann zu seinem Nachteil die Rechtswirkungen einer solchen bedingten Zulassung vorgehalten werden, wenn er die Möglichkeit hatte, gegen eine solche Zulassungsentscheidung ein Rechtsmittel einzulegen. Eine solche Möglichkeit hatte aber kein Geschädigter.

b)

Auch kein Ausschluss durch die spätere unbedingte Zulassung, da diese – wie oben aufgezeigt - erst recht absolut willkürlich und unrechtmäßig und nichtig war und ist.

Zudem könnten einem Impfgeschädigten nur dann zu seinem Nachteil die Rechtswirkungen einer solchen unbedingten Zulassung vorgehalten werden, wenn er die Möglichkeit hatte, gegen eine solche Zulassungsentscheidung ein Rechtsmittel einzulegen. Eine solche Möglichkeit hatte aber kein Geschädigter.

c)

Im Übrigen geht dieses Argument auch schon deshalb ins Leere, weil sich Ansprüche nach § 84 AMG immer nur gegen Hersteller zugelassener Arzneimittel, die legal auf den Markt gelangt sind und an Menschen verabreicht wurden, richten können.

Wenn schon die Zulassung eines Humanarzneimittels an sich zum Ausschluss der Ansprüche von § 84 AMG führen könnte, dann wäre § 84 AMG suspendiert und obsolet.

5.

Kein Ausschluss durch die Einschätzung der EMA, das bei diesen Injektionen das Nutzen-Risiko-Verhältnis positiv sei

Das könnte man der Klägerin/dem Kläger nur dann vorhalten, wenn eine solche Einschätzung überhaupt rechtsverbindlichen Charakter hätte.

Und auch hier gilt:

Man könnten einem Impfgeschädigten nur dann zu seinem Nachteil die Rechtswirkungen einer solchen Einschätzung vorgehalten werden, wenn er die Möglichkeit hatte, gegen eine solche Einschätzung ein Rechtsmittel einzulegen. Eine solche Möglichkeit hatte aber kein Geschädigter.

6.

Kein Ausschluss durch die Behauptung, die Symptomatik der Klägerin / des Klägers sei lediglich „Long Covid“

Wie bei anderen Virus-Infektionen auch gibt es wohl tatsächlich einige Patienten, die nach der akuten Erkrankung protrahierte Symptome zeigen. Die pauschale Bezeichnung für anhaltende Schwäche nach akuten Infektionen ist - auf Neudeutsch - "chronic fatigue syndrome" (CFS), siehe:

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chronic-fatigue-syndrome/symptoms-causes/syc-20360490>

Insofern wäre "Long Covid" nichts anderes ist als CFS nach einer Covid-19-Injektion.

Das CFS ist bei Covid-19-Injektionsgeschädigten aber regelmäßig nur ein Krankheitssymptom von vielen.

Nach Auffassung von Experten wie Prof. Dr. Andreas Sönnichsen gibt es „Long Covid“, so wie es diverse postvirale Syndrome gibt. In vielen Fällen sei das tatsächlich ein sogenanntes Chronic Fatigue Syndrom (CFS) oder eine Myalgische Enzephalomyelitis mit CFS (ME-CFS). Es gebe aber auch diverse andere postvirale Manifestationen wie z.B. Arthralgien, Arthritiden, Polyneuropathien etc. Letztlich wisse man sehr wenig über diese Syndrome. Sie wurden über lange Zeit als „psychosomatisch“ abgetan, weil man häufig bei technischen Untersuchungen keine Pathologien findet.

Das Problem mit „Long Covid“ ist seiner Auffassung nach nicht, dass hier etwas erfunden wurde, was es nicht gibt, sondern dass es gezielt benutzt wird, um Impfnebenwirkungen zu verschleiern, da ja so gut wie alle Geimpften zusätzlich auch COVID durchgemacht haben, häufig sogar mehrfach.

Jedenfalls setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass die komplexen Schadensbildern von Injektionsgeschädigten nicht als „Long Covid“ bezeichnet werden dürfen.

Experten wie der mittlerweile verstorbene Pathologe Prof. Dr. Arne Burkhardt hat mir gegenüber schon Mai 2022 geäußert, dass er überzeugt sei, dass die Diagnose „Long Covid“ regelmäßig nur ein Etikettenschwindel sei, mit dem man Post-Vac-Schäden vertuschen wolle.

In einem Beitrag auf tkp.at vom 15.3.2024 mit dem Titel „**Australische Behörde: „Long Covid“ gibt es nicht**“ heißt es hierzu u.a. (**Zitat**):

Das deutsche Gesundheitsministerium steckt Millionen in die Forschung von „Long Covid“ und betreibt intensive Propaganda rund um angebliche Erkrankung. Auch während der Covid-Politik war „Long Covid“ ein zentraler Baustein der Staatspropaganda. Aus Australien kommt jetzt aber ein Durchbruch in die andere Richtung: Der Begriff „Long Covid“ sollte gestrichen werden, fordert ein Bundesstaat von Australien nach einer Untersuchung. Denn eine spezifische Krankheit „Long Covid“ gäbe es nicht.

Das Ende von Long Covid

So sagen die Gesundheitsexperten, dass sich die Symptome von Menschen, die nach einem Jahr noch immer an „Long Covid“ leiden, nicht von den Symptomen anderer typischer Virenerkrankungen (wie Influenza) unterscheiden. Es sei an der Zeit, dieses Label nicht mehr zu verwenden, auch weil es ein „angstmachender Ausdruck“ sei, sagen die Forscher.

„Wir glauben, dass es an der Zeit ist, Begriffe wie ‚Long COVID‘ nicht mehr zu verwenden“, sagte Dr. John Gerrard, der die Studie beaufsichtigt hat. Er ist der Chef von Queenslands Health und somit der oberste Kopf des Public Health Services des australischen Bundesstaates. Gerrard weiter: „Sie implizieren fälschlicherweise, dass es etwas Einzigartiges und Außergewöhnliches an länger anhaltenden Symptomen im Zusammenhang mit diesem Virus gibt.“ Das sei aber falsch und könne zu „unnötigen Ängsten und in manchen Fällen zu einer übermäßigen Wachsamkeit gegenüber längeren Symptomen führen, die die Genesung behindern können.“

Insgesamt hatten die Forscher von Queensland Health 5.112 Betroffene im Alter von 18 Jahren und älter befragt. Die Forscher zogen ihre Probanden aus einem Pool kranker Australier, die im späten Frühjahr 2022 einen COVID-19-Test gemacht hatten – mit positivem oder negativem Ergebnis – und befragten sie ein Jahr später zu ihren Symptomen und ihrer Lebensqualität.

Sechzehn Prozent der Befragten gaben an, im Frühjahr 2023 unter Symptomen zu leiden, und 3,6 Prozent berichteten über „mäßige bis schwere Funktionsbeeinträchtigungen“ in ihrem Alltag. Jedoch wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass Erwachsene, die im Jahr 2022 positiv getestet wurden, diesen erhöhten Grad an Beeinträchtigung in höherem Maße erfahren als diejenigen, die negativ getestet wurden, oder diejenigen, die die Grippe hatten.

Das Papier soll im nächsten Monat auch auf dem Europäischen Kongress für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten 2024 in Barcelona vorgestellt werden, berichtet die [NY Post](#).“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2024/03/15/australische-behoerde-long-covid-gibt-es-nicht/>

7.

Exkurs: Direkte Haftung des Staates

Der infektionsschutzrechtliche **Versorgungsanspruch** nach § 60 Abs. 1 IfSG ist eine Form des allgemeinen zivilrechtlichen Aufopferungsanspruchs und schließt diesen aus.³¹

Nach § 60 Abs. 1 IfSG erhält derjenige auf Antrag eine sich nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) richtende Versorgung, wenn er durch eine Impfung einen Impfschaden erlitten hat.

Gemäß § 61 IfSG genügt zur Anerkennung eines Gesundheitsschadens durch eine Impfung „die *Wahrscheinlichkeit des ursächlichen Zusammenhangs*“.³² Mit den relativ geringen Voraussetzungen zur Begründung eines Anspruchs nach §§ 60 ff. IfSG korrespondiert der eingeschränkte Umfang der gesetzlich bewilligten Kompensation.

Der Anspruch nach § 60 ff. IfSG ist kein Schadensersatzanspruch, sondern zielt auf Versorgungsansprüche nach dem BVG.

Der Umfang des Anspruchs beinhaltet Heilbehandlung, Versehrtenleibesübungen, Krankenbehandlung, Beschädigtenrente, Pflegezulage, Bestattungsgeld, Sterbegeld sowie eine Hinterbliebenenrente. Passivlegitimierter des Anspruchs ist das Bundesland, in dem der Geschädigte im Zeitpunkt des Eintritts des Schadens seinen Wohnsitz hatte (§ 66 Abs. 2 IfSG). Sachlich zuständig sind die Sozialgerichte (§ 68 Abs. 2 IfSG).“ (Quelle: ebenda, <https://netzwerkkrista.de/2022/12/29/schadensersatz-fur-corona-impfschaden-teil-2/>)

Sofern bereits eine Anerkennung des Impfschadens durch staatliche Stellen nach § 60 IfSG erfolgt ist, ist insofern von einer Tatbestandswirkung auszugehen, d.h. der Impfschaden als solcher ist als feststehend zu behandeln.

8.

Exkurs: Warum Beschaffungsverträge der EU-Kommission mit BioNTech/Pfizer Null und nichtig sind – mit AGB-Recht / Verbraucherschutzrecht unvereinbar

Schon gar nicht können die hier geltend gemachten Ansprüche durch irgendwelche Vereinbarungen der Bundesrepublik Deutschland oder der EU-Kommission mit der Beklagten oder ihrem Partnerunternehmen Pfizer ausgeschlossen worden sein.

Diese absolut einseitigen, höchst verbraucherfeindlichen Verträge sind in jeder Hinsicht nichtig.

Dieses Fazit ergibt sich schon aus dem Umstand, dass die Beklagte ihre Vertragspartner (EU / Bundesrepublik Deutschland) in dem oben dargestellten Umfang vorsätzlich und somit arglistig getäuscht hat.

In Anbetracht der dargelegten Gesamtumstände ist von einer Nichtigkeit dieser Verträge gem. § 138 BGB und auch gem. § 134 BGB auszugehen, da sie die staatliche Schutzpflicht förmlich mit Füßen treten.

Der Kollege Björn Pirwitz hat sich mit diesen Fragen näher befasst und hierzu festgestellt (**Zitat**):

„Advance Purchase Agreements“ (APAs) (Impfstoffbeschaffungsverträge) zwischen EU-Kommission und Pfizer/BioNTech und Moderna:

Sind die Mitgliedstaaten rechtswirksam zu den von ihr in den APAs auferlegten weitreichenden Haftungsübernahmen verpflichtet worden?

Die Verträge sind hier nachzulesen:

Pfizer/Biontech:

https://www.rai.it/dl/doc/2021/04/17/1618676600910_APA%20BioNTech%20Pfizer__.pdf

Moderna: https://www.rai.it/dl/doc/2021/04/17/1618676613043_APA%20Moderna__.pdf

Hintergrund:

Bekanntlich hat die EU-Kommission die Beschaffung für die Covid19-Impfstoffe zentral für die EU übernommen und zu diesem Zwecke Verträge mit verschiedenen Herstellern geschlossen. Diese Verträge waren geheim, wurden aber, jedenfalls soweit Pfizer/BioNTech und Moderna betroffen sind, geleakt.

Die Verträge unterliegen (qua Rechtswahlklausel) belgischem Recht. Eine belgische Anwaltskanzlei hat diese beiden Verträge zu ausgewählten Fragen, insbesondere den Haftungsklauseln analysiert und hierüber ein Gutachten erstellt, das hier veröffentlicht wurde:

https://drive.google.com/file/d/1c-Pf8nmR7hyg7M_wLaafHpxlSybJUu2w/view

Zusammenfassend kommen sie zu folgendem Schluss:

Die Klauseln, nach denen die Impfstoffhersteller die Wirksamkeit und das Ausbleiben von Nebenwirkungen weder garantieren noch verantworten, sollten nach belgischem Vertragsrecht von vornherein als illegal angesehen werden. Diese Klauseln zielen nämlich darauf ab, die Hersteller von ihrer primären Verpflichtung (etwas vertragsgemäß zu liefern und zu garantieren) zu befreien, aber auch – und vor allem – den Vertrag von seiner Substanz und jeder nützlichen Wirkung zu befreien.

Die Klauseln, wonach sich die Mitgliedstaaten (als Käufer des Produkts) verpflichten müssen, die Hersteller (als Verkäufer des Produkts) von (fast) jedem Schaden freizustellen, den Impfstoffe bei Dritten (geimpften Personen) verursachen könnten, sind auf den ersten Blick problematisch. Da das wirtschaftliche Gewicht der zivilrechtlichen Haftung gegenüber Dritten letztlich (fast) vollständig von den Mitgliedsstaaten getragen wird, haben die Hersteller keinen wirklichen Anreiz mehr, wirksame und sichere Impfstoffe zu liefern und zu garantieren. Infolgedessen hat die Verpflichtung der Hersteller keine Substanz.

Das soll aber hier nicht Gegenstand der Betrachtung sein. Mir geht es um folgende Frage:

Rechtsverhältnis EU-Kommission – Mitgliedstaaten

In den Verträgen (Advance Purchase Agreements genannt – nachfolgend „APA“ bzw „APA's“) werden den Mitgliedsstaaten weitreichende Pflichten aufgebürdet, die für diese erhebliche und zudem ungedeckelte finanzielle Verpflichtungen und Haftungsrisiken nach sich ziehen. Hierzu gehören

Abnahmeverpflichtungen,

die Übernahme umfangreicher Garantien, und

Haftungsfreistellungen der Hersteller,

um die wichtigsten und schwerwiegendsten zu nennen (alles im Einzelnen in dem Gutachten der belgischen Kollegen nachzulesen).

Die Mitgliedstaaten sind jedoch nicht Vertragsparteien. **Zivilrechtliche Verträge** – und darum handelt es sich hier zweifelsohne: die EU-Kommission handelt hier fiskalisch und nicht hoheitlich – zu Lasten Dritter, also zu Lasten Unbeteiligter, sind jedoch nach keiner Rechtsordnung möglich. Das ist auch begrifflich nicht anders denkbar, denn Vertragsrecht ist Parteirecht. Wer nicht Partei ist kann weder berechtigt noch verpflichtet werden.

1. Auftrag der Mitgliedstaaten an die EU-Kommission

Rechtstechnisch gesehen gibt es daher nur 2 Möglichkeiten wie die Mitgliedstaaten dennoch rechtswirksam verpflichtet werden konnten: Im Wege der Bevollmächtigung (einseitig) oder im Wege einer Beauftragung (Vertrag zwischen der EU-Kommission und den Mitgliedstaaten). Gewählt wurde hier der zweite Weg. In der Tat enthält das Pfizer/BioNTech APA (ich werde nachfolgend vereinfachend vom „Pfizer APA“ sprechen)¹ in Annex II (S. 52-57) einen solchen Auftrag. Der Titel dieses Annexes lautet:

„AGREEMENT BETWEEN THE COMMISSION AND MEMBER STATES ON PROCURING COVID-19 VACCINES ON BEHALF OF THE MEMBER STATES AND RELATED PROCEDURES, ANNEXED TO THE COMMISSION DECISION C(2020) 4192 FINAL OF 18 JUNE 2020“

Das hört sich zunächst einmal gut und einschlägig an. Aber ist dies wirklich ein rechtswirksamer Auftrag?

Zunächst einmal fällt bei näherer Betrachtung auf, dass dieser Auftrag, der ja die Basis für das Tätigwerden der EU-Kommission und für die Eingehung von weitreichenden Verpflichtungen zu Lasten der Mitgliedstaaten ist, lediglich ein Vertragsmuster ist. Jedenfalls liest es sich so. Anstelle von namentlich aufgeführten Auftraggebern („*Participating Member States*“ genannt) enthält dieses an das APA angehängte Vertragsdokument lediglich Platzhalter: „(XXX)“. Dieses Dokument enthält zudem weder ein Datum noch Unterschriftsseiten. Damit fehlen alle Wesensmerkmale eines Vertrages.

(¹ Ich konzentriere mich hier aus Vereinfachungsgründen auf den Pfizer-Vertrag. Der Moderna-Vertrag hat eine etwas andere Gliederung und ist deutlich kürzer. Materiell, d.h. was ihren wesentlichen Regelungsgehalt betrifft, unterscheiden sich beide Verträge jedoch nicht wesentlich.)

Es ist lediglich ein Vertragsmuster. Eine wirksame Beauftragung kann auf dieser Grundlage jedenfalls nicht erteilt worden sein.

Heißt das bereits, dass die Mitgliedsstaaten somit gar nicht wirksam verpflichtet worden sind? Nicht unbedingt. Es ist theoretisch denkbar, dass die unterzeichneten Originale der Beauftragungen durch die Mitgliedstaaten an anderer Stelle vorliegen. Dennoch würde ich

sagen, dass dies absolut ungewöhnlich wäre. Das APA trägt ja die Hauptunterschriften der Vertragsbeteiligten, nämlich von Stella Kyriakides, der EU-Gesundheitskommissarin für die EU-Kommission als Auftraggeber und von Nanette Cocero, Global Vice President Vaccines, Pfizer Biopharmaceuticals Group, Pfizer, Inc. namens des Herstellerkonsortiums (S. 28). Also warum soll jemand ein Vertragsdokument unterschreiben, dessen Anhänge nicht vollständig sind? Noch dazu, wenn in dem Vertrag entscheidende Pflichten auf Dritte verlagert werden, die nicht beteiligt sind? Bei einem wirtschaftlich derart bedeutenden Vertrag muss ich als eine Unterschrift Leistender doch absolut sicher sein, dass alle Verpflichteten auch vertreten bzw. wirksam rechtlich gebunden sind! Dieses Risiko kann ich doch gar nicht eingehen, denn ansonsten hafte ich ja möglicherweise selbst persönlich! Es ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass auf beiden Seiten Anwälte und Rechtsabteilungen beteiligt waren. Die hätten, so kenne ich es und so würde es unter normalen Umständen im Geschäftsleben ablaufen, geprüft und darauf bestanden, dass die Aufträge der Mitgliedstaaten nicht nur vorliegen, sondern dem Vertrag auch ordentlich beigelegt werden. Es ist absurd und völlig weltfremd anzunehmen, dass man sich darauf einigt, die entscheidenden Beauftragungen durch die Mitgliedstaaten separat abzulegen und im Beschaffungsvertrag selbst nur ein Vertragsmuster als Anhang zu inkludieren.

Dafür sprechen auch zwei weitere eher formale Argumente der Wortlautauslegung:

Zum einen der Umkehrschluss zu Folgendem: Der Vertrag unterscheidet zwischen zwei Arten von Beifügungen: „Annexes“ und „Attachments“, die integraler Bestandteil des Vertrages sind (**„which form an integral part of this APA“**). Auf Seite 2 werden diese alle aufgezählt, also 4 Annexes und 5 Attachments. Sodann heißt es:

„The full content of the Attachments will be provided as soon as possible after Authorisation has been obtained and prior to the first shipment and may be updated by the Contractor and communicated to the Participating Member States from time to time, it being understood that any changes made will be of practical nature and will not materially alter the risk, cost or liability of the parties“.

Mit anderen Worten, die Vertragsparteien nehmen hier zur Kenntnis, dass die Kategorie „Attachments“ vorläufig ist und Änderungen unterliegen kann. Hinsichtlich der „Annexes“ findet sich allerdings kein derartiger Vorbehalt bzw. Öffnungsklausel. Das deutet darauf hin, dass die „Annexes“ anders als die „Attachments“ von den Parteien als abschließend und vollständig betrachtet werden.

Das zweite ebenfalls etwas formale Argument ist wie folgt: Annex I enthält in der Tat ein Muster, nämlich das Bestellformular (*Order Form*) mittels dessen die Mitgliedstaaten dann Vakzine unter dem APA abrufen können/müssen. Dementsprechend lautet der Titel von Annex I denn auch *„Model for Vaccine Order Form“*. Bei Annex II fehlt allerdings das Wörtchen „Model“ vor dem Titel *„Agreement between the Commission and Member States on procuring Covid-19 vaccines on behalf of the Member States and related procedures...“*. Der Titel suggeriert, dass es sich um eine bereits abgeschlossene Vereinbarung mit den Mitgliedstaaten handelt, die hier lediglich nachrichtlich und der guten Ordnung halber beigelegt wird damit die Kette der Ermächtigungen/Befugnisse nachvollziehbar vorliegt. Dies spricht ebenfalls dafür, dass die Vertragsparteien nicht intendiert haben, hier lediglich ein Vertragsmuster beizufügen, sondern die tatsächlich von den Mitgliedstaaten unterschriebenen Beauftragungen der Kommission. Dass dies dann offensichtlich nicht geschehen ist, steht auf einem anderen Blatt...

Ergebnis: Wir können nur sagen, dass dem APA selbst keine wirksame Beauftragung der EU-Kommission durch die Mitgliedsstaaten beigelegt ist. Daraus würde sich ergeben, dass die Mitgliedstaaten nicht rechtswirksam an die von den Vertragsparteien des APA ihnen auferlegten Verpflichtungen gebunden worden sind. Es ist allerdings nicht auszuschließen, dass wirksame Beauftragungen an anderer Stelle erteilt worden sind bzw. vorliegen, so weltfremd dies auch wäre.

2. Inhalt der Beauftragung der EU-Kommission durch die Mitgliedstaaten

Unterstellen wir aber mal, es wäre ein wirksamer Auftrag zwischen der EU-Kommission und den Mitgliedstaaten zustande gekommen (wenngleich wir nicht wissen, wo sich diese Dokumente befinden) und wenden uns dessen Inhalt zu:

In Artikel 1 wird der Auftragsumfang definiert:

*„On the basis of the present agreement, **the Commission is mandated to conclude, on behalf of the Participating Member States**, Advance Purchase Agreements (“APA”) with vaccine manufacturers with the objective to procure vaccines for the purposes of combatting the COVID 19 pandemic at Union level.*

The Annex to this agreement sets out the negotiating directives for this purpose“

In Artikel 5 heißt es dann weiter:

*„Once concluded, **the terms of the APA shall be legally binding on the Participating Member States**, except for those who have exercised their right to opt out.“*

So weit so gut. Ferner regelt der Auftrag noch, dass Kauforders für Vakzine unter den etwaigen APA's ausschließlich von den Mitgliedstaaten erteilt werden und nicht von der EU-Kommission (Artikel 2) und dass Mitgliedstaaten, die der Beauftragung beigetreten sind, nicht mehr separat mit Herstellern verhandeln dürfen (Artikel 7). Im Übrigen ist der "Auftrag" auffallend kurz und unspezifisch, vor allem angesichts des Umstandes, dass auf dessen Basis dann ein 100+ Seiten Vertrag mit weitreichenden Verpflichtungen für die Mitgliedstaaten verhandelt worden ist. Er enthält weder irgendwelche zeitlichen Vorgaben oder Einschränkungen noch finanzielle Parameter, Deckelungen oder Budgets. Viele Formulierungen sind vage, weit gefasst und viele Begriffe unbestimmt und undefiniert. Im normalen Geschäftsleben würde dies jedem Manager oder Vorstand, der einen solch vagen Auftrag unterschrieben hätte, als grobe Fahrlässigkeit ausgelegt werden. Er würde gefeuert und auf Schadensersatz verklagt werden und seine D&O Versicherung würde ihn hängen lassen!

Nun aber zu der Vorschrift, wo die Musik spielt. In Artikel 6, mit "responsibility and liability" betitelt, wird folgendes geregelt:

“The present Agreement regulates only the division of potential liability and indemnification between the Commission and the Participating Member States. It does not regulate the extent to or the conditions under which potential liability of the vaccine manufacturer may be taken over or indemnified under the APAs”.

Dies ist eine sehr interessante Vorschrift. Ich würde es sogar eine faustdicke Überraschung nennen. Was hier steht besagt nämlich, dass „the present Agreement“, also diese Beauftragung, die dann Grundlage für die EU-Kommission wird APA's mit Herstellern zu

verhandeln, **lediglich das Verhältnis der Haftung von EU-Kommission und Mitgliedstaaten untereinander regelt**. Diese Formulierung legt nahe, dass es nur um das Innenverhältnis EU-Kommission zu Mitgliedstaaten gehen soll. Also gerade keine Befugnis der EU-Kommission zu Lasten der Mitgliedsstaaten Freistellungen (‘indemnifications’) im Außenverhältnis gegenüber den Herstellern zu machen? Dies ist jetzt in der Tat unerwartet.

Der zweite Satz hat es dann aber wirklich in sich: Er spricht dann glasklar aus, dass diese Vereinbarung

„nicht den Umfang oder die Bedingungen regelt, unter denen eine mögliche Haftung des Impfstoffherstellers nach den APA übernommen oder entschädigt werden kann.“

Ich muss sagen, dass ich es fast nicht glauben konnte, als ich diesen Satz gelesen habe. Hier wird also die Befugnis der EU-Kommission zu Lasten der Mitgliedstaaten Haftungsfreistellungen gegenüber den Herstellern zu übernehmen kategorisch ausgeschlossen! Das ist mal eine Ansage.

Aber schauen wir uns doch daraufhin nochmal das Pfizer APA an und was dann dort tatsächlich vereinbart wurde. Dort heißt es unter I.12 Indemnification in I.12.1:

“Hence each Participating Member State shall indemnify and hold harmless the Contractor, their Affiliates, sub-contractors, licensors and sub-licensees, and officers, directors, employees and other agents and representatives of each (together the “Indemnified Persons”) from and against any and all liabilities incurred, settlements as per article I.12.6, and reasonable direct external legal costs incurred in the defence of Third Party Claims (including reasonable attorney’s fees and other expenses) relating to harm, damages, and losses as defined in Article I.12.2 (together, the “Losses”) arising from or relating to the use and deployment of the Vaccines in the jurisdiction of the Participating Member State in question.”

Das ist genau die weitgehende und praktisch uneingeschränkte Haftungsfreistellung der Hersteller durch die Mitgliedstaaten – die auch schon von den belgischen Anwälten als schon per se nichtig nach belgischem Recht angesehen wurde – die, IMHO, genau den Regelungsgegenstand hat, der nach Artikel 6 Satz 2 des Vertrages zwischen der EU-Kommission und den Mitgliedstaaten (sofern überhaupt unterschrieben) explizit den Befugnissen der EU-Kommission entzogen wurde!

Ergebnis: Damit würde sich ergeben, dass die Mitgliedstaaten nach diesem Vertrag nicht rechtswirksam mit den Verpflichtungen aus dem APA belastet worden sind. Es käme gar nicht darauf an, ob diese Vereinbarung zwischen EU-Kommission und den Mitgliedstaaten unterschrieben wurde oder nicht.

Die Konsequenz dessen ist, dass die EU-Kommission im Innenverhältnis (zu den Mitgliedstaaten) über das Ziel hinausgeschossen ist, ihre Befugnisse überschritten hat. Legte man die Grundsätze des deutschen Zivilrechts zugrunde so würde man ihr Tätigwerden im Außenverhältnis (also gegenüber den Herstellern) als Handeln eines ‚Vertreters ohne Vertretungsmacht‘ qualifizieren. Wie dies nach belgischem Recht zu beurteilen wäre entzieht sich meiner Kenntnis, aber ich kann mir nicht vorstellen, dass dort für diesen Fall etwas grundsätzlich anderes gelten würden. Die Konsequenz eines Handelns als ‚Vertreter ohne Vertretungsmacht‘ wäre jedenfalls, dass die EU-Kommission in diesem Falle selbst haften würde. Inwieweit die handelnden Personen, also Stella Kyriakides als unterzeichnende EU-Kommissarin und Amtsträgerin, auch persönlich in Anspruch

genommen werden könnte ist dann wohl wiederum eine Frage, die nach EU-Amtshaftungsrecht zu beurteilen wäre.

Es stellt sich noch eine weitere interessante Rechtsfrage: auf welcher Basis ist die EU-Kommission überhaupt tätig geworden? M.a.W.: Hat sie überhaupt eine Kompetenzgrundlage, um das zu tun was sie getan hat, nämlich sich als Beschafferin von Impfstoffen zu betätigen und entsprechende Verträge mit Herstellern zu verhandeln? Es ist nämlich keineswegs so, dass die EU-Kommission nach Gutdünken schalten und walten kann. Als Exekutiv-Organ der EU darf sie nur insoweit tätig werden, als sie nach den EU-Verträgen oder aufgrund von nachgeordneten Rechtsakten oder Einzelermächtigungen ermächtigt ist. Der Bereich der öffentlichen Gesundheit fällt nach den EU-Verträgen jedenfalls ausdrücklich in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten. Es muss also eine andere Rechtsgrundlage her, um das Tätigwerden der EU-Kommission zu rechtfertigen.

Die EU-Kommission hat ihren Beschluss, tätig zu werden am 18. Juni 2020 gefasst. Dieser Beschluss ist hier veröffentlicht:

https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/decision_approving_the_agreement_with_member_states_on_procuring_covid-19_vaccines_on_behalf_of_the_member_states_and_related_procedures.pdf

In diesem Beschluss beruft sich die EU-Kommission auf die **VERORDNUNG (EU) 2016/369 DES RATES vom 15. März 2016 über die Bereitstellung von Soforthilfe innerhalb der Union**, allgemein und insbesondere auf dessen Artikel 4 Absatz 5, Buchstabe (b) als Rechtsgrundlage:

Im Beschluss heißt es:

„Having regard to Council Regulation (EU) 2016/369 of 15 March 2016 on the provision of emergency support within the Union, **and in particular Article 4 paragraph 5, point (b) thereof, ...**”

Und weiter:

„Whereas:

Article 4 paragraph 5, point (b) of the ESI Regulation provides that the Commission may grant emergency support in the form of procurement on behalf of the Member States based on an agreement between the Commission and Member States.

On 12 June 2020 the Council of Ministers for Health agreed on the need for joint action to support the development and deployment of a safe and effective vaccine against COVID-19 by securing rapid, sufficient and equitable supplies for Member States...”

Es ist eine kaskadierende Legitimationskette. Aber trägt die überhaupt?

1. Die VERORDNUNG (EU) 2016/369 des Rates vom 15.03.2016 („**KatastrophenschutzVO**“) enthielt in ihrer ursprünglichen Fassung gar keinen Artikel 4 Absatz 5... Wenn man diese VO im Amtsblatt bzw. in der EUR Lex Datenbank sucht, dann findet man gar nicht den derzeit gültigen Text bzw. die derzeit gültige Fassung, sondern nur die ursprüngliche Version. Das ist per se schon mal sehr verwirrend und auch ungewöhnlich.

2.Sie wurde ihrerseits erst durch die **VERORDNUNG (EU) 2020/521 vom 14.04.2020 zur Aktivierung der Soforthilfe gemäß der Verordnung (EU) 2016/369 und zur Änderung von deren Bestimmungen unter Berücksichtigung des COVID-19-Ausbruchs („AktivierungsVO“)**, die also erst wenige Monate vor dem Kommissionsbeschluss vom 18.06.2020 ergangen ist, abgeändert und darin wurde dieser Artikel 4 der KatastrophenschutzVO um diese Ermächtigungsgrundlage ergänzt.

3.Beide Verordnungen, die KatastrophenschutzVO und die AktivierungsVO sind jedoch lediglich Sekundärrecht, d.h. Rechtsakte des Rates, die per se als Ermächtigungsgrundlage für die EU-Kommission nicht ausreichen. Sie müssen ihrerseits auf Primärrecht, also die EU-Verträge, konkret den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union („**AEUV**“) in der Fassung aufgrund des am 1.12.2009 in Kraft getretenen Vertrages von Lissabon rückführbar sein.

4.Und jetzt wird's spannend: Die KatastrophenschutzVO benennt als Rechtsgrundlage Artikel 122 AEUV. Worum handelt es sich dabei? Die Vorschrift lautet:

„Artikel 122

*(1) Der Rat kann auf Vorschlag der Kommission unbeschadet der sonstigen in den Verträgen vorgesehenen Verfahren im Geiste der Solidarität zwischen den Mitgliedstaaten, **über die der Wirtschaftslage angemessenen Maßnahmen** beschließen, insbesondere falls gravierende **Schwierigkeiten in der Versorgung mit bestimmten Waren, vor allem im Energiebereich**, auftreten.*

*(2) Ist ein Mitgliedstaat aufgrund von **Naturkatastrophen** oder **außergewöhnlichen Ereignissen**, die sich seiner Kontrolle entziehen, von **Schwierigkeiten betroffen** oder von **gravierenden Schwierigkeiten** ernstlich bedroht, so kann der Rat auf Vorschlag der Kommission beschließen, dem betreffenden Mitgliedstaat unter bestimmten Bedingungen einen **finanziellen Beistand der Union** zu gewähren. Der Präsident des Rates unterrichtet das Europäische Parlament über den Beschluss“.*

Wie unschwer zu erkennen ist geht es bei dieser Vorschrift überhaupt nicht um Gesundheit oder Public Health im weitesten Sinne, sondern im Wesentlichen um Probleme bei der Waren- und Energieversorgung aufgrund von Naturkatastrophen.

Das ist auch nicht weiter überraschend, denn Art. 122 AEUV findet sich im Titel VIII des AEUV, der die Überschrift trägt die „Die Wirtschafts- und Währungs politik“, der die Artikel 119-144 umfasst. Die EU war ja zum Start – und ist es auch in erster Linie heute noch – eine Wirtschafts- und Währungsunion gegründet auf die 4 Freiheiten (freier Warenverkehr, freier Kapitalverkehr, freier Dienstleistungsverkehr und freier Personenverkehr (Freizügigkeit)). Und hier, in Art. 122 geht es eben um eine Kompetenzgrundlage für die EU bei schwerwiegenden Störungen des Warenverkehrs tätig zu werden und dem betroffenen Mitgliedstaat Hilfe zu leisten, insbesondere finanzielle Hilfe.

Schlussfolgerung: Wenn man der Wortlaut- und systematischen Auslegung dieser Vorschrift folgt, hat man erhebliche Schwierigkeiten, dieser einen irgendwie gearteten „Gesundheitskonnex“ zu attestieren. Dieser ist schlicht nicht vorhanden. Artikel 122 als Kompetenzgrundlage dafür heranzuziehen bei einer vermeintlichen oder meinetwegen sogar tatsächlichen Gesundheitskrise als Beschaffer von Vakzinen, ob nun namens der EU als solcher oder im Auftrag für die Mitgliedstaaten, tätig zu werden, ist schlicht an den Haaren herbeigezogen und geradezu grotesk.

Dies ist auch insoweit logisch als es einen anderen Titel im AEUV gibt, den Titel XIV der die Überschrift trägt „**Gesundheitswesen**“. Man würde ja, wenn man unbedarft an die Sache herangeht, denken, dass man zuerst hier reinschaut, um eine Ermächtigungsgrundlage zu finden und dass sich die AktivierungsVO auf eine Vorschrift aus diesem Titel gestützt hätte. Man findet hier aber keine derartige Vorschrift, denn dieser Titel besteht nur aus **einer einzigen Vorschrift**, dem **Artikel 168** und diese regelt ausdrücklich, dass die Gesundheitspolitik Sache der Mitgliedstaaten ist und die EU-Kommission insoweit lediglich eine „ergänzende Zuständigkeit“ hat:

*Die Tätigkeit der Union **ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten** und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit gerichtet.*

Schlussfolgerung: Der Kommissionsbeschluss vom 18.06.2020 und die AktivierungsVO, auf die sich dieser stützt ist ultra vires. Die EU-Kommission hat unter Überschreitung ihrer Befugnisse gehandelt. Frau von der Leyen und Frau Kyriakides haften persönlich. “ (Zitat Ende, Unterstreichungen wurden hinzugefügt)

E)

Zur bisherigen Rechtsprechung gegen Covid-19-Injektionshersteller:

Soweit bekannt wurden vergleichbare Klagen von Covid-19-Impfgeschädigten bislang von der Rechtsprechung abgewiesen. Den Urteilsgründen dieser Entscheidungen kann aber ausnahmslos entnommen werden, dass sie schlicht von falschen Voraussetzungen ausgegangen sind. Beispiele:

1.

Landgericht Frankenthal, Urteil vom 20.02.2024 – 8 O 259/22:

Das Landgericht Frankenthal hat die Klage gegen BioNTech abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass kein negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis bestünde. Comirnaty sei von der EMA vor der Zulassung ausführlich geprüft worden, die Abwägung von Nutzen und Risiko sei dabei „eindeutig positiv“ ausgefallen.

Auch sei der BioNTech-„Impfstoff“ ein Arzneimittel und kein Gentherapeutikum.

Quelle:

<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/lg-frankenthal-biontech-impfschaeden-klageabweisung>

Wie oben gezeigt, hat die EMA vor „der Zulassung“ – welche auch immer damit gemeint sein mag – beide Augen zugedrückt und zwingendes EU-Recht missachtet. Die bedingte und auch die unbedingte Zulassung hätte niemals erteilt werden dürfen.

Schon seit der Durchführung der Zulassungsstudie war bekannt, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis katastrophal schlecht ist.

Vor allem ist vollkommen unerheblich, wie das Nutzen-Risiko-Verhältnis seinerzeit durch die EMA bewertet worden ist, da der aktuelle Stand der wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse maßgebend ist.

Die Bewertung der EMA ging zudem – wie oben aufgezeigt – von fehlerhaften Annahmen aus. Schließlich hat die Einschätzung der EMA zum Nutzen-Risiko-Verhältnis keinerlei Bindungswirkung gegenüber der Klägerin/dem Kläger.

Comirnaty ist unbestreitbar Gentechnologie und kein „Impfstoff“.

2.

LG Frankfurt am Main, Urteil vom 14.02.2024 – 2-12 O 264/22:

Diese Entscheidung folgt dem gleichen Argumentationsmuster. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis sei angeblich positiv, die Sicherheit des „Impfstoffs“ sei zuletzt in August 2023 durch die EMA bestätigt worden. Damit sei „bindend“ festgestellt worden, dass das Vakzin kein ungünstiges Nutzen-Verhältnis aufweise.

Außerdem könne sich eine Haftung des Herstellers – dieser Gedanke tritt hier hinzu – nur auf schädliche Wirkungen beziehen, die nach der Zulassung entdeckt worden seien.

Quelle:

<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/lg-frankfurt-schadensersatz--impfschaeden-corona-impfung>

Schon oben wurden verdeutlicht, dass auch diese tragenden Erwägungen grob fehlerhaft sind.

Überdies ist irrelevant, ob schädliche Wirkungen erst „nach“ der Zulassung entdeckt wurden. Aus den o.g. Gründen hätte die Beklagte auf Grund der katastrophalen Daten aus der Zulassungsstudie niemals eine Zulassung für Comirnaty beantragen dürfen.

Massive Manipulationen in einer ohnehin schon stark verkürzten und teleskopierten Zulassungsstudie können nicht auch noch damit gerechtfertigt werden, dass einzelne schädliche Wirkungen ggf. noch nach der Zulassung entdeckt worden sind.

Die Liste an schädlichen Wirkungen, die schon in der Zulassungsstudie bekannt wurden, ist auch so umfangreich, dass „nach“ der Zulassung kaum noch vollkommen neuartige Nebenwirkungen bekannt geworden sein können.

3.

Landgericht Düsseldorf, Urteile vom 16.11.2023 – 3 O 141/22, 3 O 151/22 und 3 O 60/23: Auch hier werden das angeblich positive Nutzen-Risiko-Verhältnisses und die wiederholten Zulassungen durch die EMA als Totschlagargument bemüht. Ergänzt wird dies mit dem Gedanken, dass die Kammer nicht veranlasst sei, das Prüfverfahren vor der EMA tatsächlich und rechtlich zu überprüfen. Aber es seien auch keine Tatsachen dargelegt worden, die berechtigte Zweifel am Zulassungsverfahren und an der Zulassungsentscheidung begründeten.

Ansprüche nach dem BGB stünden den Betroffenen – warum auch immer – nicht zu.

Quelle:

<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/lg-duesseldorf-schadensersatz-klagen-gegen-impfstoffhersteller-bleiben-erfolglos>

Mangels Kenntnis der Akten kann nicht beurteilt werden, ob der Vortrag der Betroffenen hinreichend war.

Wenn er hinreichend gewesen wäre, dann hätte das diese Kammer aber sehr wohl zu der inzidenten Prüfung veranlassen müssen, das Prüfverfahren vor der EMA in jeder Hinsicht zu überprüfen. Wenn es sich dieser Aufgabe gestellt hätte, dann hätte es die groben Fehler in diesem Prüfverfahren ebenfalls erkennen können.

Überdies können die Ansprüche der Betroffenen – wie oben gezeigt – definitiv auch auf mehrere Anspruchsgrundlagen nach dem BGB gestützt werden.

4.

Landgericht Hof, Urteil vom 03.01.2023 – 15 O 22/21:

Auch hier wurde ein negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis verneint. Auch wurden keine Anhaltspunkte für „Informationsfehler“ i.S. des § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 AMG gesehen. Hier habe die Beklagte die Fachinformation mit einem entsprechenden Hinweis ergänzt, und es hätten sich keine Anhaltspunkte dafür gefunden, dass eine vorherige Warnung auf Grund eines ernst zu nehmenden Verdachts hätte erfolgen müssen.

Auch käme kein Anspruch nach einer sonstigen Anspruchsgrundlage in Betracht, insbesondere nicht nach § 823 Abs. 1 BGB, da weder eine Verkehrspflichtverletzung, noch ein Verschulden ersichtlich sei.

Quelle: <https://openjur.de/u/2463401.html>

Wie oben aufgezeigt wurde, haben die schon vor Januar 2023 und insbesondere auch die seitdem bekannt gewordenen Tatsachen nachdrücklich bewiesen, dass auch das LG Hof seinerzeit von falschen Annahmen ausgegangen ist.

5.

Landgericht Kleve, Urteil v. 25.01.2023 - 2 O 83/22

Quelle:

<https://www.kanzlei-hersbruck.de/lg-kleve-astrazeneca/#:~:text=Februar%202023-,LG%20Kleve%3A%20Schadensersatzklage%20gegen%20Impfstoffhersteller%20scheitert,an%20einem%20Aneurysmas%20verstorbenen%20Familienvaters.>

Diese Entscheidung bezieht sich auf eine Klage gegen AstraZeneca und muss deshalb hier nicht weiter gewürdigt werden.

F)

Die Bezifferung der einzelnen Ansprüche:

I.

Immaterielle Schäden

Unter Berücksichtigung von

Nach ständiger Rechtsprechung des BGH sind für die Höhe des Schmerzensgeldes im Wesentlichen die Schwere der Verletzung, das durch diese bedingte Leiden, dessen Dauer, das Ausmaß der Wahrnehmung der Beeinträchtigung durch den Verletzten und der Grad des Verschuldens des Schädigers. Mit Urteilen vom 15.02.2022 – VI ZR 937/20 – und vom 22.03.2022 – VI ZR 16/21 hat der BGH der taggenauen Berechnung des Schmerzensgeldes eine Absage erteilt. Denn es gehe nicht um die isolierte Schau auf einzelne Umstände des Falls, sondern um eine Gesamtbetrachtung aller Umstände des Einzelfalles. Insofern habe der Tatrichter diese zunächst sämtlich in den Blick zu nehmen, dann die fallprägenden Umstände zu bestimmen und diese im Verhältnis zueinander zu gewichten. Dabei sei in erster Linie die Höhe und das Maß der entstandenen Lebensbeeinträchtigung zu berücksichtigen; hier liege das Schwergewicht. Auf der Grundlage dieser Gesamtbetrachtung sei eine einheitliche Entschädigung für das sich insgesamt darbietende Schadensbild festzusetzen, die sich jedoch nicht streng rechnerisch ermitteln lasse. Die Methode der „taggenauen Berechnung“ des Schmerzensgeldes hält der BGH auch als „Plausibilitätskontrolle“ für ungeeignet. Diese Berechnungsmethode berücksichtige zwar zutreffend die Dauer der Schmerzen, des Leidens und der Entstellung, führe aber nicht zu einer einheitlichen Entschädigung aufgrund einer Gesamtbetrachtung.

Art, Schwere und Dauer der oben dargestellten und belegten schweren Nebenwirkungen / Gesundheitsschäden der Klägerin / des Klägers, die zu einer nachhaltigen Beeinträchtigung bzw. Zerstörung der Gesundheit und jeglicher Lebensqualität geführt haben,

der absolut unverantwortlichen und vorsätzlichen sittenwidrigen Handlungsweise der Beklagten, durch die unzähligen Menschen schwere Gesundheitsschäden bis hin zum Tod erlitten haben und

der nicht nur zögerlichen, sondern durchweg jede Verantwortungsübernahme negierenden Regulierungspraxis der Beklagten

wird unter Berücksichtigung der einschlägigen Rechtsprechung und Schmerzensgeldtabellen ein Schmerzensgeld in Höhe von

mindestens 150.000,00 €

für angemessen gehalten.

Weiterer Vortrag hierzu bleibt vorbehalten.

Auf Grund des offenkundigen Schädigungsvorsatzes der Beklagten sollte das Urteil gerade auch durch die Bemessung des Schmerzensgeldes einen Beitrag dazu leisten, dass allen Arzneimittelhersteller fortan jeder Anreiz genommen wird, solchen geradezu skrupellosen Praktiken – wie sie hier dargelegt wurden – noch einmal nachzueifern.

Sollen Praktiken muss ein für alle Mal Einhalt geboten werden, damit es nie wieder zu vergleichbaren Entwicklungen kommen kann.

Dem einleitend genannten Buch von Peter C. Gotzsche kann entnommen werden, dass es in der Pharmabranche immer wieder zu systematischen Täuschungen der Verbraucher gekommen ist, die nicht selten katastrophale Folgen für Leben und Gesundheit von Millionen Menschen hatten.

Eines der jüngsten Beispiele ist die in den USA durch das „Medikament“ Oxycontin ausgelöste Opiod-Epidemie, die in den USA schätzungsweise 500.000 Menschen (!) das Leben gekostet hat und über die auch hierzulande – beispielsweise

auf Zeit-Online am 21.10.2020 (!), siehe:

<https://www.zeit.de/wirtschaft/unternehmen/2020-10/opioid-krise-usa-purdue-pharma-vergleich>

und

im Handelsblatt am 2.9.2021 (!), siehe

<https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/pharmabranche-opioid-epidemie-oxycontin-hersteller-familie-sackler-muss-milliarden-zahlen-/27574964.html>

ausführlich berichtet worden ist.

Das Treiben des Pharmakonzerns Purdue hat sogar zu einer Netflix-Serie mit dem Namen „Painkiller“ inspiriert, siehe:

<https://www.youtube.com/watch?v=ZTduyL86fZM>

Es war somit schon seit vielen Jahren – nicht nur unter Ärzten - ein offenes Geheimnis, dass bei den vollmundigen Versprechungen der Pharmaindustrie höchste Aufmerksamkeit geboten ist.

II.

Materielle Schäden

Die Klägerin ist – wie oben dargelegt - auf Grund der streitgegenständlichen Injektionsschäden nicht mehr arbeitsfähig.

Diese Schäden und die daraus ableitbaren Ansprüche sind aktuell noch nicht bezifferbar.

Weiterer Vortrag hierzu bleibt vorbehalten. Nachweise dazu werden dann als

Anlagenkonvolut K 18

nachgereicht werden.

Vom Ausgang der Klage werden ggf. betroffene Rentenversicherungsträger / Sozialleistungsträger etc. informiert.

III.

Erstattung vorgerichtlicher Kosten und Auslagen

1.

Erstattung der **Geschäftsgebühr**

Die Beklagte wurde mit außergerichtlichem Forderungsschreiben vom 27.3.2024, das hier als

Anlage K 19

überreicht wird, unter Darlegung des Gründe zur Zahlung eines angemessenen Schmerzensgeldes in Höhe von 150.000,00 € sowie zur Anerkennung aller weiteren, aktuell noch nicht bezifferbaren Schadenersatz- und Schmerzensgeldansprüche aufgefordert.

Die Beklagte hat diese Forderungen mit Schreiben vom ...?..., das hier als

Anlage K 20

zurückgewiesen.

Die Regulierung solcher „Impf“-Schäden ist eine sehr komplexe und komplizierte Materie, die zur Vermeidung von Nachteilen in jedem Einzelfall eine anwaltliche Beratung und Vertretung eines Geschädigten erforderlich macht.

Diese Auffassung wird auch von der ganz herrschenden Rechtsprechung geteilt, die sogar im Zusammenhang mit der sehr viel einfacher gelagerten Regulierung von Verkehrsunfällen den Anspruch auf Erstattung der Anwaltskosten anerkennt.

Wegen der hohen fachlichen Anforderungen wird hier auch der Gebührensatz von 2,5 angesetzt.

Nach der Rechtsprechung des BGH (siehe BGH, Urteil vom 20.5.2014 – VI ZR 396/13, VersR 2014, 110 und Urteil vom 27.5.2014 – VI ZR 279/13, NVZ 2014, 507) ergeben sich die Anwaltskosten einer Unfallregulierung **aus dem berechtigten Gesamtanspruch (einschl. SV-Kosten)**.

Somit ist auf Grund der folgenden Schadenpositionen

Schmerzensgeld	150.000,00 €
Weitere Schadenersatz- und Schmerzensgeldforderung	noch nicht bezifferbar
Sachverständigenkosten	15.000,00 €

hier vorläufig von einem **Regulierungstreitwert von insgesamt mindestens 15.000,00 €** auszugehen.

Von einem vorläufigen Streitwert von 150.000,00 € ausgehend ist für meine außergerichtliche Korrespondenz in dieser Angelegenheit eine Geschäftsgebühr in folgender Höhe angefallen, die ich hiermit gegenüber Ihrer Versicherung geltend mache.

Vergütungsrechnung:

Vorläufiger Gegenstandswert: 150.000,00 €

Geschäftsgebühr gem. §§ 2, 13, 14 VV Nr. 2300 RVG 2.518,10 €

20% Pauschale f. Post- und Telekommunikationsentgelte
gem. § 2 Abs. 2 S. 1, VV Nr. 7002 RVG (max.: 20,00 €) 20,00 €

Zwischensumme: 2.538,10 €

zuzüglich 16 % USt. gem. § 2 Abs. 2 S. 1, VV Nr. 7008 RVG. 482,24 €

Gesamtrechnungsbetrag: 3.020,34 €

Bei dem hier geltend gemachten Freistellungsanspruch werden Zinsen nicht geltend gemacht.

2.

Erstattung der Privatgutachterkosten

Die Privatgutachter nicht vom Gericht beauftragt werden, kommt eine Erstattung im Rahmen der gerichtlichen Kostenfestsetzung nach §91 Abs. 1 ZPO nur ausnahmsweise in Betracht.

Die Kosten für ein Gutachten, das vor Prozessbeginn in Auftrag gegeben wurde, sind erstattungsfähig, wenn die hierfür anfallenden Kosten mit einem konkreten, bevorstehenden Rechtsstreit in unmittelbarem Zusammenhang stehen und zu einer zweckentsprechenden Rechtsverfolgung notwendig waren (BGH, Beschluss v. 24.04.2012, VIII ZB 27/11; OLG Karlsruhe, Beschluss v. 26.03.2007, 15 W 7/07).

Ein vorgerichtlich eingeholtes Privatgutachten ist in der Regel nur dann prozessnotwendig, wenn die Partei ansonsten ihre Darlegungs- und Beweislast nicht genügen konnte (OLG Hamm, Beschluss v. 18.12.1995, 23 W 454/95). Ein im Gerichtsverfahren eingeholtes Privatgutachten ist prozessnotwendig, wenn sich die Parteien infolge fehlender Sachkenntnis nicht zu einem sachgerechten Vortrag in der Lage sehen oder sich nur mit Hilfe des Privatgutachters mit den sachkundigen Ausführungen der Gegenseite oder dem Gutachten eines gerichtlich bestellten Sachverständigen auseinandersetzen konnte (BGH, Beschluss v. 24.04.1012, VIII ZB 27/11).

Eine solche Konstellation ist hier – ungeachtet der Beweislast - unbestreitbar gegeben.

Die oben gewürdigte ablehnende Rechtsprechung zu bisherigen Klagen anderer Geschädigter und Anwälte beweist, dass sich die unzutreffende Behauptung, die Covid-19-Injektionen – darunter auch Comirnaty – würden ein positives Nutzen-Risiko-Profil aufweisen, wie ein roter Faden durch die tragenden Abweisungsgründe der angerufenen Gerichte ziehen.

Schon deshalb war es unter dem Gesichtspunkt anwaltlicher Vorsicht und des sichersten Weges für einen sachgerechten Vortrag unverzichtbar, schon vor Klageerhebung ein Gutachten einzuholen, dass diese eindeutig unzutreffende Behauptung von dem angeblich so positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis endgültig ins Reich der Märchen verweist.

Höchst vorsorglich sei ergänzend klargestellt: Der Bundesgerichtshof hat die Rechtsprechung, dass die Kosten eines Privatgutachtens nur erstattungsfähig seien, wenn das Privatgutachten Einfluss auf das Prozessergebnis hatte, das Privatgutachten also in den Rechtsstreit eingeführt wird und zum Gegenstand des Verfahrens gemacht worden ist, aufgegeben.

Nach der neueren Rechtsprechung genügt es, wenn eine wirtschaftlich vernünftig denkende Partei die kostenauslösende Maßnahme ex ante als sachdienlich ansehen durfte, unabhängig davon, ob das Privatgutachten im Rahmen einer ex-post-Betrachtung tatsächlich die Entscheidung des Gerichts beeinflusst hat (BGH, Beschluss v. 20.12.2011, VII ZB 17/11; Beschluss v. 26.02.2013, VI ZB 59/12).

Die Kosten für ein im laufenden Prozess vorgelegtes Privatgutachten, die sich gem. der Rechnung des Sachverständigen Dr. Hans-Joachim Kremer vom ..., die hier

als Anlage K 21

überreicht wird, können darüber hinaus erstattungsfähig sein, wenn das Privatgutachten vom gerichtlichen Gutachter im Einverständnis beider Parteien verwertet wurde und dadurch eigene Untersuchungen durch den gerichtlichen Sachverständigen vermieden werden konnten (OLG Köln, Urteil v. 20.01.2014, 17 W 204/13-Verwertung eines vom Privatgutachter erstellten Aufmaßes).

Die Höhe der Erstattungsfähigkeit der Kosten eines Privatgutachtens richtet sich nicht nach den Vergütungssätzen des Justizvergütungs- und –entschädigungsgesetzes (JVEG). Der Stundensatz und die vom Sachverständigen aufgewendete Stundenzahl müssen aber angemessen sein (BGH, Beschluss v. 25.01.2007, VII ZB 74/06).

Diese Angemessenheit wurde hier gewahrt.

Bei dem hier geltend gemachten Freistellungsanspruch werden Zinsen nicht geltend gemacht

G)

Aus den vorgenannten Gründen war Klageerhebung geboten.

Der Gerichtsstand ergibt sich hier aus § 32 ZPO, da die Verabreichung der Covid-19-Injektionen als unerlaubte Handlung im Impfzentrum des Gesundheitsamtes des Main-Kinzig-Kreises – und damit im Zuständigkeitsbereich des hier angerufenen Gerichts – erfolgt ist.

Es ist antragsgemäß zu entscheiden.

Schmitz
Rechtsanwalt

Anhang:

A)

Weitere Belege zur Wirkungslosigkeit der Covid-19-Injektionen

1.

Der Chef-Virologe der Bundesregierung Christian Drosten hat am 4.10.2023 in einem Interview mit Zeit-Online selbst eingeräumt, dass die Covid-19-Injektionen nichts bringen, denn er hat sich nach eigenen Angaben zweimal infiziert, obschon er dreimal geimpft ist.

Und er sagt selbst, dass er sich nicht mehr impfen lassen will, da er gesund sei und es für seine Altersgruppe keine STIKO-Empfehlung gebe.

In dem Zeit-online-Artikel dazu heißt es u.a. (**Zitat**):

„**ZEIT**: Lassen Sie sich im Herbst mit dem angepassten Booster impfen?

„**Drosten**: Ich bin gesund, und für meine Altersgruppe besteht keine Stiko-Empfehlung zur Impfung, daher nein. ...

„**Drosten**: Ich bin dreimal geimpft und habe mich zweimal infiziert. Und ich bin nicht in dem Alter, in dem ich schon an ein erhöhtes Risiko denken müsste. Zum Selbstschutz würde ich keine Maske mehr tragen. Falls noch mal eine Maskenpflicht käme, was ich nicht erwarte, wäre ich natürlich dabei...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

https://www.zeit.de/2023/42/christian-drosten-virologe-corona-varianten-mrna?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.de%2F

2.

Erhellend ist auch eine Aussage von Prof. Dr. Lothar Wieler bei Phoenix am 15.10.2020:

„Wir gehen alle davon aus, dass im nächsten Jahr Impfstoffe zugelassen werden, wir wissen aber nicht genau wie die wirken, wie gut die wirken, was die bewirken... aber ich bin sehr optimistisch, dass es Impfstoffe gibt.“

Quelle.

[YouTube-Video](#) „**phoenix persönlich: Prof. Lothar Wieler bei Alfred Schier**“ abrufbar unter:

<https://www.youtube.com/watch?v=-pxoXSFEqXA>

B)

Weitere Belege zur Gefährlichkeit der Covid-19-Injektionen

Genau genommen muss sich niemand mehr mit der Frage der „Wirksamkeit“ der Covid-19-Injektionen befassen, wenn es so viele Beweise und Indizien für die Gefährlichkeit derselben gibt.

Für die Gefährlichkeit der Covid-19-Injektionen gibt es so viele Beispiele und Belege, dass es im Rahmen dieses Schriftsatzes absolut unmöglich ist, hierzu auch nur einen Überblick geben. Aus diesem Grunde wurden hier auch umfangreiche Berichte wie der Evidenzreport der Kanzlei Kruse Law vom 7.2.2024 (Anlage 3 C) übermittelt

Aber ein paar herausragende Beispiele sollen hier besonders hervorgehoben werden:

1.

Vor 2020 hätten 50 ernsthafte Nebenwirkungen weltweit zu einem Eingreifen der Arzneimittelaufsichtsbehörden geführt.

Warum das PEI diese Praxis aufgegeben hat? Wie viele Menschen müssen – seit 2020 - eigentlich sterben oder schwer erkranken, damit ein Arzneimittel als bedenklich eingestuft und vom Markt genommen wird?

Bei den Covid-19-Injektionen scheinen solche Erwägungen keine Rolle mehr zu spielen.

In diesem Kontext sei nur auf den Artikel „**Verheerende Studie für Impfkampagne: 17 Millionen Todesfälle als Folge**“ auf tkp.at vom 12.10.2023 hingewiesen.

Dort heißt es u.a. (**Zitat**):

„Eine bahnbrechende neue Studie zeigt die massiven Schäden durch den weit verbreiteten Einsatz von Covid mRNA-Spritzen, nachdem die Injektionen mit 17 Millionen plötzlichen Todesfällen in der ganzen Welt in Verbindung gebracht wurden. In der Studie, die von „*Correlation Research in the Public Interest*“ veröffentlicht wurde, wurden Daten zur Gesamtsterblichkeit in 17 Ländern analysiert.

Die Studie von Denis G. Rancourt et al mit dem Titel „COVID-19 vaccine-associated mortality in the Southern Hemisphere“ (COVID-19-Impfstoff-assoziierte Sterblichkeit in der Südlichen Hemisphäre) quantifiziert die Impfdosis-Todesrate (vDFR) über alle Altersgruppen hinweg.

Die vDFR misst das Verhältnis zwischen den durch Impfungen verursachten Todesfällen und der Gesamtzahl der an die Bevölkerung verabreichten Impfstoffe. Die Forscher fanden heraus, dass der Mittelwert der tödlichen Toxizität durch Injektionen für alle Altersgruppen und Länder bei 1 Todesfall pro 800 Injektionen lag.

Mit anderen Worten: Bei den 13,25 Milliarden Injektionen, die bis zum 2. September 2023 verabreicht wurden, starben weltweit 17 Millionen Menschen an impfstoffbedingten Todesfällen. In der Studie schreiben die Forscher:

“Wir beziffern die gesamte altersübergreifende vDFR für die 17 Länder auf $(0,126 \pm 0,004)$ %, was bei 13,50 Milliarden Injektionen bis zum 2. September 2023 $17,0 \pm 0,5$ Millionen COVID-19-Impfstoff-Todesfälle weltweit bedeuten würde.

“Dies entspräche einem iatrogenen Massenereignis, das $(0,213 \pm 0,006)$ % der Weltbevölkerung tötete (1 Todesfall pro 470 lebende Personen in weniger als 3 Jahren) und keine Todesfälle messbar verhinderte.”

Die Forscher analysierten den World Mortality Dataset für 17 Länder der äquatorialen und südlichen Hemisphäre.

„In allen 17 Ländern gibt es Übergänge zu hohen ACM-Werten, die auftreten, wenn die COVID-19-Impfstoffe eingeführt und verabreicht werden. In neun der 17 Länder ist in dem Zeitraum von etwa einem Jahr nach der Ausrufung der Pandemie durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) am 11. März 2020 bis zur Verabreichung der Impfstoffe kein ACM-Überschuss nachweisbar (Australien, Malaysia, Neuseeland, Paraguay, Philippinen, Singapur, Surinam, Thailand, Uruguay).

Im Sommer (Januar-Februar) 2022 treten in der südlichen Hemisphäre und in Ländern mit äquatorialen Breitengraden beispiellose Spitzenwerte bei ACM auf, die mit der raschen Einführung der COVID-19-Vakzine und der Auffrischungsdosis (3. oder 4. Dosis) zusammenfallen oder ihr unmittelbar vorausgehen. Dieses Phänomen tritt in allen Ländern auf, für die ausreichende Mortalitätsdaten vorliegen (15 Länder). Für zwei der untersuchten Länder liegen im Januar/Februar 2022 keine ausreichenden Sterblichkeitsdaten vor (Argentinien und Surinam).“

Diese Länder machen 9,1 Prozent der Weltbevölkerung und 10,3 Prozent der weltweiten COVID-19-Injektionen aus – mit einer Impfrate von 1,91 Injektionen pro Person aller Altersgruppen – und umfassen nahezu jedes COVID-19-Impfstoffprodukt und jeden Hersteller auf vier Kontinenten.

Zu den wichtigsten Ergebnissen des 180-seitigen Berichts gehören:

- In allen Ländern, die in die Analyse einbezogen wurden, stieg die Gesamtmortalität, wenn COVID-19-Impfstoffe eingesetzt wurden.
- In neun von 17 Ländern gab es nach der Ausrufung der Pandemie durch die Weltgesundheitsorganisation am 11. März 2020 bis zum Beginn der COVID-19-Impfkampagne keine nachweisbaren zusätzlichen Todesfälle.
- Im Januar und Februar 2022, während der Sommersaison in den Ländern der südlichen Hemisphäre, die mit der Einführung der Auffrischungsimpfungen in 15 der 17 untersuchten Länder zusammenfiel oder auf diese folgte, wurden beispiellose Spitzenwerte bei der Gesamtmortalität beobachtet.
- Die überschüssige Gesamtmortalität während des Impfzeitraums ab Januar 2021 betrug in den 17 untersuchten Ländern 1,74 Millionen Todesfälle oder einen Todesfall pro 800 Impfungen.
- Die vDFR stieg mit dem Alter exponentiell an und erreichte bei den 90-Jährigen und Älteren, die eine vierte Impfdosis erhalten hatten, fast 5 Prozent.

Die Forscher argumentierten auch, dass die Gesamtsterblichkeit eigentlich hätte sinken müssen, wenn die Impfstoffe so gewirkt hätten, wie von Big Pharma, der WHO und EU und den Regierungen der Welt propagiert.

Die Studie stellt die Ergebnisse auch sehr eindrücklich grafisch vor. Hier die Grafiken für Argentinien, Australien und Bolivien...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2023/10/12/verheerende-studie-fuer-impfkampagne-17-millionen-todesfaelle-als-folge/>

2.

In dem vorgenannten tkp.at-Artikel vom 24.10.2022 mit dem Titel „Was Pfizer wusste“ heißt es auch (Zitat):

„Einige Passagen des Sicherheitsdatenblattes^{xliii} der Firma Pfizer zu Comirnaty lassen aufhorchen. Warum muss jemand, der das Produkt aus Versehen einatmet, Zitat:

„... an die frische Luft gebracht werden und sofort ärztliche Hilfe herbeigezogen werden.“ Warum steht im Sicherheitsblatt, Zitat:

„Für alle Tätigkeiten, bei denen dieses Material verwendet wird, müssen Maßnahmen zur Verhinderung von Freisetzungen und zum Schutz vor Exposition festgelegt werden.“ Es wird doch injiziert, ist denn eine höhere Exposition denkbar als bei einer Injektion?

Was impliziert der Satz, Zitat:

„Wenn die Betriebs- und Handhabungsbedingungen zu einer Freisetzung in die Luft führen, ist ein geeignetes Atemschutzgerät mit einem Schutzfaktor zu tragen, der ausreicht, um die Exposition zu kontrollieren.“

Diese Anweisungen bei einem Produkt, welches Menschen wiederholt injiziert wird, sind mehr als beunruhigend...“ (**Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/24/was-pfizer-wusste/>

3.

Amt für nationale Statistiken der britischen Regierung bestätigt: 4x geimpfte Jugendliche sterben 318% häufiger als nicht geimpfte Gleichaltrige

Quelle:

<https://uncutnews.ch/amt-fuer-nationale-statistiken-bestaetigt-4x-geimpfte-jugendliche-sterben-318-haeufiger-als-nicht-geimpfte-gleichaltrige/>

4.

Und so könnten mittlerweile sicherlich tausende (!) weitere Beiträge und Studien zu den schädlichen Wirkungen der Covid-19-Injektionen benannt werden.

C)

BVerfG und BVerwG haben bzgl. der verfassungswidrigen Nötigung zu den Covid-19-Gen-Injektionen gar nichts aufgearbeitet, sondern lediglich die Regierungspolitik bestätigt

Die gesamte Rechtsprechung, mit denen solche 3-G, 2-G- oder 1G-Regelungen verteidigt worden sind, war schon wegen der bei ihrer jeweiligen Verkündung verfügbaren und ist im Lichte der aktuellen Erkenntnisse evident verfassungswidrig.

a)

1.Beispiel:

BVerfG, Beschluss vom 27.4.22 – 1 BvR 2649/21

Das BVerfG hat die am 31.12.2022 ausgelaufene einrichtungsbezogene Nachweispflicht im Gesundheitswesen zwar am 27.4.2022 gebilligt, diese Entscheidung aber – was an sich schon ein unfassbarer Vorgang ist - trotz ihrer Tragweite ohne mündliche Verhandlung getroffen. Vorgehensweise und Entscheidung des BVerfGs wurde massiv kritisiert, auch von dem „Netzwerk Kritische Richter und Staatsanwälte n.e.V.“ in einem Beitrag vom 26.5.2022, siehe:

<https://netzwerkkrista.de/2022/05/26/grundrechte-ohne-schutz-der-beschluss-des-bundesverfassungsgerichts-zur-einrichtungs-und-unternehmensbezogenen-nachweispflicht/>

Mittlerweile lassen auch renommierte juristische Zeitschriften deutlich ihre Kritik an solchen faktenresistenten Entscheidungen erkennen, siehe u.a.:

„Keine „Lex-COVID-19“ für Corona-Maßnahmen – Teil I und II von Rechtsanwalt Sebastian Lucenti, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht, Ausgaben 2/2023 und 3/2023, im Volltext abrufbar unter den Links:

https://rsw.beck.de/docs/librariesprovider176/default-document-library/aufsätze-online/online-aufsatz-2-2023.pdf?sfvrsn=787bf02_1

https://rsw.beck.de/docs/librariesprovider176/default-document-library/aufsätze-online/online-aufsatz-3-2023.pdf?sfvrsn=18cc7684_1

„Arbeitsstättenbezogene Betretungsverbote in Krisenzeiten – Zur Unzulässigkeit von „3G-Regeln“ im Beschäftigungskontext de lege abrogata und de lege ferenda“ von Rechtsassessor Daniel Stach, Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht, Ausgabe 24/2023, im Volltext abrufbar unter dem Link:

https://rsw.beck.de/docs/librariesprovider176/default-document-library/nvwz-online-aufsatz_24_2023.pdf?sfvrsn=baa9066d_1

Auf die vielen Umstände, die dafür streiten, dass sich das BVerfG in Verfahren mit Bezügen zu sog. Anti-Corona-Maßnahmen von allem Anfang an „in bedenklicher Verfassung“ befand, kann ich an dieser Stelle gar nicht näher eingehen.

Die Artikel alleine zu dem gemeinsamen Abendessen der 16 Bundesverfassungsrichter mit der vormaligen Kanzlerin und einigen ihrer Minister im Kanzleramt am 30.6.2021 sind Legion:

<https://www.merkur.de/politik/befangenheitsvorwuerfe-gegen-karlsruher-richter-gemeinsames-essen-mit-bundesregierung-91017068.html>

<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/das-bundesverfassungsgericht-zu-gast-im-bundestkanzleramt>

In einem Beitrag mit dem Titel „**In bedenklicher Verfassung**“ auf dem Portal (mit dem seinerzeitigen Namen) Rubikon vom **16.3.2021** heißt es gleich einleitend (Zitat):

„Von 880 Verfahren, die 2020 beim Bundesverfassungsgericht eingingen und die sich gegen die mutmaßlich grundgesetzwidrigen Corona-Maßnahmen der Bundesregierung richteten, gaben die Karlsruher Verfassungsrichter genau 3 — in Worten: drei! — Anträgen statt.“

Quelle:

<https://www.rubikon.news/artikel/in-bedenklicher-verfassung>

Selbst diese „Recht“-Sprechung kann nichts daran ändern, dass die massive Nötigung der Menschen zum russischen Roulette mit der Genspritze im gesellschaftlichen Alltag – (gerade auch) **außerhalb** des Anwendungsbereichs des § 20 a IfSG – in jeder Hinsicht rechts- und verfassungswidrig und illegal war.

Schon Juli 2022 lagen ca. **1.250 Studien und Einzelfallberichte** zu schädlichen Wirkungen dieser Injektionen vor, siehe:

<https://react19.org/1250-covid-vaccine-reports/>

Über solche Tatsachen darf sich ein BVerfG nicht hinwegsetzen.

Das BVerfG ist aber – wie schon die o.g. Beiträge des Netzwerks Kritische Richter und Staatsanwälte (KRiStA) zeigen – über sehr viele Fragen hinweggegangen, als es sich mit der Verfassungsmäßigkeit der Nachweispflicht im Gesundheitswesen befasste.

Insbesondere hat es sich nicht mit der Frage befasst, ob diese Nachweispflicht – die in ihrer Ausgestaltung undementierbar eine massive Nötigung zu Covid-19-Injektionen verkörpert hat - überhaupt mit dem in Art. 7 des IPbpR verankerten Nürnberger Kodex vereinbar ist.

An dem Beschluss des BVerfGs vom 27.4.2022 – 1 BvR 2649/21 ist wirklich alles falsch, und das aus Gründen, die schon zu diesem Zeitpunkt bekannt waren.

Hier nur ein paar kurze Anmerkungen zu den Teilen dieser Beschlussbegründung:

Was ist mit einem Eingriff in das Grundrecht auf Leben? Warum wurde vom BVerfG nur das Recht auf körperliche Unversehrtheit geprüft?

Eine Einwilligung unter Druck ist nicht freiwillig und deshalb von vornherein unwirksam. Warum geht das BVerfG nicht auf diesen Umstand ein?

Es steht längst fest, dass diese Injektionen zu keiner Zeit dem Schutz vulnerabler Gruppen dienen konnten.

Diese Injektionen waren auch zu keiner Zeit geeignet, irgendwen zu schützen. Schon deshalb war die Nachweispflicht nicht geeignet den angestrebten Zweck zu erfüllen. **Das wusste man schon am 27.4.2022.** Eine Beweisaufnahme hätte es bestätigt.

Warum wurde der „legitime Zweck“ hier dennoch bejaht?

Die Prüfung zur Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne entsprach nicht den üblichen Anforderungen an so eine Prüfung (siehe o.g. Beitrag von KRiStA vom 26.5.22).

Es war damals schon nachweislich falsch, dass (nur) in „Einzelfällen“ schwerwiegende oder länger andauernde Nebenwirkungen eintreten.

Auch war und ist es nachweislich falsch, dass diese Injektionen nur „in ganz extremen Ausnahmefällen auch tödlich sein“ können.

Insofern sei auf die zahlreichen Beiträge verwiesen, in denen auch die Frage der Übersterblichkeit seit Anfang 2021 behandelt wird, siehe u.a.:

https://www.achgut.com/artikel/sind_schwere_nebenwirkungen_sehr_selten_selten_oder_gar_gelegentlich

<https://tkp.at/2023/08/15/eurostat-weiterhin-hohe-uebersterblichkeit-in-laendern-mit-hohen-impfquoten/>

*In diesem Zusammenhang sei auch auf die sachverständige Stellungnahme des Datenanalysten Raimund Hamann vom 28.11.2023 verwiesen, die ich hier als **Anlage** ... überreiche.*

Warum würdigte das BVerwG nicht die offiziellen Zahlen des PEI, das mangelhafte passive Meldesystem des PEI, andere Warnsignale wie den Brandbrief des Vorstands der BKK Pro Vita von Anfang 2022, siehe

<https://tkp.at/2022/02/27/bkk-provita-bestaetigt-richtigkeit-der-auswertung-der-nebenwirkungen-und-verwaehrt-sich-gegen-unsachliche-kritik/>

sowie das durch Studien belegte und auch dem PEI bekannte Underreporting bei der Erfassung von Nebenwirkungen usw. usw.?

Und es soll keine massive Nötigung (gewesen) sein, wenn man in einem Beruf arbeitet, wo man vor die Wahl gestellt wird: „Spritze oder arbeitslos“?? Die Frage ist rhetorisch gemeint.

Insbesondere war und ist immer noch schlicht falsch, wenn von einem „erhöhten Risiko“ gesprochen wird, schwerwiegend oder sogar tödlich an Covid-19 zu erkranken. Das wusste man schon **seit Anfang (!) 2020** besser.

So heißt es in dem bereits o.g. Beitrag auf tkp.at vom **18.10.2022** anlässlich einer neuen **Metastudie** des von Prof. P.A. Ioannidis von der Stanford Universität, einem der meistzitierten Wissenschaftler der Welt, u.a. (**Zitat**):

„Im **März 2020** veröffentlichte er „eine Schätzung des IFR, basierend auf den Daten der „Diamond Princess“, eines der ersten Kreuzfahrtschiffe, die unter Quarantäne gestellt

worden waren. Damals schätzte er auf 0,15 Prozent IFR – TKP hatte darüber schon am 10.4.2020 berichtet. Im Dezember 2020 war Ioannidis federführend in einer Veröffentlichung eines WHO-Bulletins, das von Fachleuten begutachtet worden war. Dort berechnete er die IFR weltweit auf 0,23 Prozent. Später veröffentlichte er eine Studie im „European Journal of Clinical Investigation“, ebenfalls begutachtet, wo er die IFR wieder auf 0,15 Prozent hinunterstufte. Die neue Untersuchung schätzt die Gefährlichkeit von Covid noch niedriger ein.“ (**Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt**)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/10/18/neue-ioannidis-studie-covid-war-schon-2020-ungefaehrlicher-als-bisher-angenommen/>

Eine IFR von 0,15 % entspricht der „Gefährlichkeit“ einer gewöhnlichen Grippewelle.

§ 20 a IfSG lag zu keiner Zeit eine vertretbare, auf belastbare Tatsachen gestützte gesetzgeberische Entscheidung zur „Impfsicherheit“ zu Grunde.

Diese Anmerkungen sind bewusst sehr kurzgehalten, weil das nachfolgend genannte Wehrbeschwerdeverfahren vor dem BVerwG wegen des viel umfangreicheren Vortrags der dortigen Beschwerdeführer und der durchgeführten Beweisaufnahme viel komplexer und ergiebiger war.

b)

2.Beispiel:

BVerwG – Beschlüsse vom 7.7.2022 – BVerwG 1 WB 2.22 und BVerwG 1 WB 5.22

Quelle zur Pressemitteilung Nr. 44/2022 des BVerwGs vom 7.7.22 mit Links zu den vorgeannten Beschlüssen: <https://www.bverwg.de/pm/2022/44>

Mittlerweile lässt sich eindeutig nachweisen, dass diese Beschlüsse des 1. Wehrdienstsenats auf falschen Annahmen basierten, für die falsche und irreführende Angaben der Vertreter des RKI, des PEI und der Bundeswehr maßgeblich verantwortlich waren.

So ist zwischenzeitlich insbesondere bekannt geworden, dass die Verunreinigungen der Covid-19-Injektionen mit DNA-Resten schon ab Beginn des Herstellungsprozesses ein zentrales sicherheitsrelevantes Problem waren, was der EMA nachweislich positiv bekannt war und somit auch dem PEI positiv bekannt sein musste, dessen Vertreter bekanntlich auch in Gremien der EMA sitzen.

Wegen der herausragenden Bedeutung der neusten Enthüllungen möchte einleitend auf den Substack der Expertin Dr. Sabine Stebel vom 27.12.2023 mit dem Titel **„Wie man sich aus seinen eigenen Worten einen Strick dreht, weiß auch das PEI“**, verweisen, siehe

<https://drbine.substack.com/p/wie-man-sich-aus-einen-eigenen-worten>

Den Inhalt dieses Substacks hat sie am 29.12.2023 ausführlich im Corona-Ausschuss erläutert, siehe:

<https://odysee.com/@Corona-Ausschuss:3/s187de-2:2>

Ein PDF mit dem vollständigen Inhalt dieses Substacks vom 27.12.23 wird wegen seiner außerordentlichen Tragweite hier sogar als **Anlage** ... zu diesem Schriftsatz überreicht.

*Zur Wahrung der Übersichtlichkeit und zur Vermeidung von Wiederholungen sei im Übrigen vollumfänglich auf den Inhalt meiner Strafanzeige an die StA Leipzig vom 19.2.2024 und meinen dort in Bezug genommenen Schriftsatz an das BVerwG vom 16.1.2024 verwiesen, die hier ebenfalls als **Anlagen** ... und ... überreicht werden.*

18.

<https://uncutnews.ch/fuehrender-epidemiologe-die-biowaffen-industrie-kreierte-covid-und-die-impfstoffe/>

D)

Weitere mögliche und ausdrücklich vorbehaltene Beweisanträge:

1.

Zum Beweis der Behauptung,

dass sich mit den Daten der öffentlich zugänglichen Datenbanken nachweisen lässt, dass es in zeitlicher Korrelation zum Beginn der Covid-19-Injektionen zu einer erheblichen Zunahme der Sterblichkeit (Übersterblichkeit) gekommen ist, was auf eine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit durch diese Covid-19-Injektionen schließen lässt,

wird die Ladung der sachverständigen Zeugen

Prof. Dr. Konstantin Beck zur (Übersterblichkeit etc.).

Kontaktdaten:

...

sowie (vorzugsweise, da in Deutschland wohnhaft)

Herrn Raimund Hagemann...

beantragt.

a)

Zum Profil von Prof. Beck:

Herr Prof. Konstantin Beck hat an der Universität Luzern eine Titularprofessor für Versicherungsökonomie inne.

Der Sachverständige Prof. Beck hat an der Medienkonferenz der schweizer Anwaltskanzlei Kruse Law vom 24.11.2022 als Referent mitgewirkt.

Darauf sei hier ebenfalls verwiesen.

b)

Raimund Hagemann ist Studienrat im Ruhestand und hat sich intensiv mit dem Phänomen der Übersterblichkeit seit Beginn der Covid-19-Injektionsagenda befasst.

Zur Begründung dieses Antrages wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Analyse des sachverständigen Zeugen Hagemann vom 28.11.2023 (mitsamt Anschreiben an das BVerwG) **in der Anlage 13** verwiesen.

2.

Zu der Frage, ob Comirnaty Biowaffenqualität hat

Abschließend möchte ich noch die obige Feststellung erläutern, warum hier eine Strafbarkeit nach § 20 Kriegswaffenkontrollgesetz in Betracht kommt,

2.1

Zum Beweis der Behauptung, dass die Covid-19-Injektionen als Biowaffe qualifiziert werden müssen,

wird die Ladung der sachverständigen Zeugin

Frau Prof. Dr. rer. hum. biol. Ulrike Kämmerer

zu laden über ...

beantragt.

Zum Profil von Prof. Kämmerer:

Frau Prof. Kämmerer ist promovierte Virologin und an der Frauen- und Poliklinik der Universität Würzburg tätig. Ihre Spezialgebiete sind Humanbiologie, Immunologie und Zellbiologie.

Quelle:

<https://www.ukw.de/frauenklinik/team/frauenklinik-detail/name/kaemmerer-ulrike/>

Die Sachverständige Prof. Dr. Ulrike Kämmerer hat sich als promovierte Virologin eingehend Biowaffen-Qualität der Covid-19-Injektionen auf Basis der modRNA-Technologie befasst.

Begründung zu diesem Antrag:

Zur Erinnerung: Wir sprechen hier von modRNA, da diese RNA künstlich hergestellt wird.

Frau Prof. Dr. Kämmerer fasst ihre diesbezüglichen Ausführungen in einem parallelen Wehrbeschwerdeverfahren, mit denen sie die absolute Unvertretbarkeit und Unverantwortlichkeit dieser Covid-19-„Impf“-Pflicht begründet hat, am 7.6.2022 wie folgt zusammen (Zitat):

„Auf der Seite <https://www.stopgof.com/> wird detailliert beschrieben, wie die Variante des SARS-CoV-2 im Labor im Rahmen der sog. Gain-of-Function-Forschung zusammengesetzt worden ist. Der Betreiber der Seite hat inzwischen zusammen mit anderen Wissenschaftlern eine Publikation eingereicht, in der fachlich aufwendig und detailliert nachgewiesen wird, dass das SARS-CoV-2 Virus zu nahezu 100% aus einem Biolabor stammen muss, abrufbar unter dem Link:

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.10.18.512756v1.full.pdf>

Ferner existieren u.a. folgende Indizien aus der Fachliteratur:

In einer 2018 aus dem Labor von Christian Drosten (Er ist Letztautor und damit der Verantwortliche) publizierten Arbeit (Muth et al; SciRep. 2018; 8: 15177) wird beschrieben, wie im SARS-1 Stamm Frankfurt 1 durch gezielte Manipulation („engineering“) verschiedene

Varianten des Virus hergestellt wurden. Er weiß also genau wie solche Viren im Labor bearbeitet und „scharf“ gemacht werden.

Diese „gebastelten Viren“ wurden dann auf ihre Infektiosität für humane Atemwegszellkulturen untersucht und die „Rangordnung“ der Fähigkeiten in diesen menschlichen Zellen zu replizieren ermittelt. So könnte u.a. diese Arbeit auch dazu beigetragen haben, eine für den Menschen gefährlichere Variante zu definieren.

Hinsichtlich des Spike-Proteins von SARS-CoV-2 ist festzuhalten, dass die Geninformation, die mittels modRNA (Pfizer/Biontech oder Moderna) bzw. DNA (AstraZeneca bzw. Janssen) per Spritze in riesiger Kopienzahl in den Körper appliziert wird, die Bildung eines Proteins veranlasst, welches auf Aminosäureebene (und in räumlicher Proteinstruktur) exakt der Sequenz des Ursprungs-Spike Proteins der Variante Wuhan-1 entspricht.

Dieses Wuhan-1 Spikeprotein enthält mehrere Stellen, welche keinerlei Zweifel über einen Ursprung in einer Gain-of-Funktion-Laborvariante zulassen. Detailliert sind diese offensichtlichen Stellen u.a. beschrieben worden in den Publikationen von Frau Segreto (Segreto R, Bioessays. 2021 Mar; 43(3): 2000240; Bioessays. 2021 Jul; 43(7): 2100015; Environ Chem Lett. 2021; 19(4): 2743–2757) und auch auf der Internetseite stopgof.com

Explizit wurden bisher folgende künstlichen und das Spike toxischer für den Menschen machenden Eigenschaften entdeckt und beschrieben:

1. Die sogenannte „Codon-usage“, also die Basen in der Nukleinsäure, welche für die Aminosäuren codieren, sind künstlich (vermutlich durch Zellkultur oder Passage in humanisierten Mäusemodellen) an menschliche Erbinformation angepasst, damit ein besonders effektives Herstellen des Proteins in den Zellen ermöglicht wird.
2. Neben den ungewöhnlich, ganz offensichtlich zur verbesserten Bindung an den menschlichen ACE2-Rezeptor optimierten Rezeptorbindedomänen verfügt das Wuhan-1 Spike (und damit auch die „Impf“-Spikes über eine Rezeptorbindestelle für Neuropilin-1) und damit, ansonsten nicht in Coronaviren vorkommend, eine Anbindemöglichkeit an Nervenzellen, was die gesteigerte Neurotoxizität (Geschmacksverlust, Lähmungen, Fatigue, Neuropathien) der Original-Viren, aber vor allem der „Impfstoffe“ erklären kann.
3. Zweifelsfrei und allgemein anerkannt ist die „Furin-Spaltstelle“ als auffälligstes Merkmal des Virus-Spikes, welches ausschließlich in der Wuhan-Variante (und bisher keinen anderen humanpathogenen SARS-Viren) beobachtet wurde. Diese Spaltstelle wurde bereits in einer der ersten Publikationen (**Wölfel** et al, Nature. 2020 May; 581(7809): 465-469.) als Auffälligkeit beschrieben. Diese Furin-Spaltstelle ermöglicht zum einen, dass sich ein Fragment des Spike-Proteins ablösen und frei im Körper zirkulieren kann (dieses Spike-Fragment enthält die meisten toxischen Infos), und zum anderen wird durch die Spaltung des Spike-Proteins an dieser Stelle ermöglicht, dass betroffene Zellen miteinander fusioniert werden, was deren Zellintegrität nachhaltig stört und so z.B. zu massiven Fehlfunktionen der Gefäßwände und Lungengewebe führen kann.

Durch Sequenz-Analysen wurden ferner folgende ungewöhnliche (und nur durch Laboroptimierung erklärbare) Eigenschaften des Spike-Proteins gefunden

1. Die wichtigsten Andockstellen (Rezeptorbindedomänen) von HIV (Pradhan P, doi: <https://doi.org/10.1101/2020.01.30.927871>)

2. Eine Aminosäuresequenz, welche dem Neurotoxin von Giftnattern (Königskobra) entspricht (Segretto; Environ Chem Lett. 2021; 19(4): 2743–2757)

3. Eine Heparin-Bindestelle, welche es dem Spike-Protein ermöglicht nicht nur weitere Zellen als Wirtszellen für das Virus zu erschließen, sondern vor allem massive negative Auswirkung auf die Blutgerinnung bedingt (Segretto; Environ Chem Lett. 2021; 19(4): 2743–2757)

4. Eine Region des Spike-Proteins ist so gestaltet, dass sie der wichtigsten Region von Prionen (Alzheimer, BSE, Scrapie) entspricht und von den Entdeckern für sehr schnell verlaufende akute Sterbefälle aufgrund der Jakob-Kreutzfeld-Erkrankung verantwortlich gemacht werden (Moret-Chalim C; DOI:10.13140/RG.2.2.14427.03366)

5. Ein sogenanntes „Superantigen-Motiv“, welches ausschließlich in SARS-CoV-2 Spike vorkommt und für den „Zytokin-Sturm“ auslösend sein könnte, der in manchen sehr schweren Verläufen der Virusinfektion aber auch infolge der „Impfung“ beobachtet wurde.

In Zusammenschau der bisher publizierten Informationen kann man festhalten,

dass offensichtlich das Spike-Protein des SARS-CoV-2 Virus auf maximale Schädigung im Menschen angepasst ist - und aufgrund der eindeutigen Muster kann diese nur im Rahmen von Laborarbeiten geschehen sein.

Somit entspricht das Spike-Protein aus der Wuhan-1 Variante eindeutig einem „Gain-of Function“ Produkt, welches 1:1 mit den „Impfungen“ in die Menschen transportiert wird und damit als Biowaffe eingestuft werden muss.“ (Zitat Ende)

Quellen hierzu:

Publikation “Superantigenic character of an insert unique to SARS-CoV-2 spike supported by skewed TCR repertoire in patients with hyperinflammation” (Übersetzt: Superantigener Charakter eines einzigartigen Inserts in SARS-CoV-2-Spike unterstützt durch verzerrtes TCR-Repertoire bei Patienten mit Hyperinflammation) von Mary Hongying Cheng et al.

Publikation “Attenuation of replication by a 29 nucleotide deletion in SARS- coronavirus acquired during the early stages of human-to-human transmission” (Übersetzt: Abschwächung der Replikation durch eine 29-Nukleotid-Deletion im SARS-Coronavirus, die in den frühen Stadien der Übertragung von Mensch zu Mensch erworben wurde) von Doreen Muth et al. „& Christian Drosten“ .

Publikation „Should we discount the laboratory origin of Covid-19?“ (Übersetzt: Sollten wir den Ursprung von Covid-19 im Labor ausschließen?“ von Segreto et al.

Publikation „Uncanny similarity of unique inserts in the 2019-nCoV spike protein to HIV-1 gp120 and Gag“ (Übersetzt: „Unheimliche Ähnlichkeit der einzigartigen Inserts im 2019-nCoV-Spike-Protein mit HIV-1 gp120 und Gag“)

Die Sachverständige Prof. Dr. Kämmerer hat im Rahmen ihres Vortrags in einem parallelen Wehrbeschwerdeverfahren vor dem BVerwG gegen die Covid-19-Injektionspflicht der Soldaten schon am 7.6.2022 besonders darauf hingewiesen, dass Oberstarzt Prof. Dr. Roman Wölfel, seit Oktober 2019 Leiter des Instituts für Mikrobiologie der Bundeswehr, auf

Grund seiner besonderen Qualifikation und seiner o.g. Arbeit aus dem Jahre 2020 sowie seiner weiteren Fachpublikationen diese Zusammenhänge ebenfalls erkannt haben muss.

Ferner hat sie erwähnt, dass exakt dieses von Prof. Wölfel geleitete Institut für Mikrobiologie die Aufgabe hat, biologische Gefahren (Biokampfstoffe) frühzeitig zu identifizieren, um Gefahren für die Soldaten und die Bevölkerung abzuwehren.

So heißt es auf der Webseite des Instituts für Mikrobiologie der Bundeswehr u.a.:

„Das Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr ist eine Ressortforschungseinrichtung der Bundeswehr für den **Schutz vor biologischen Kampfstoffen** und anderen gefährlichen Infektionskrankheiten. Es befasst sich wissenschaftlich mit einer Vielzahl von Bakterien, Viren und Biogiften, die auch potenziell als Kampfstoffe missbraucht werden könnten. Dabei handelt es sich um in der Natur selten vorkommende Erreger oder Toxine, die in der Regel schwere, zum Teil tödliche, leicht von Mensch zu Mensch übertragbare und schwierig zu behandelnde Erkrankungen auslösen können. **Diese schnell und zweifelsfrei diagnostizieren zu können, ist eines der Forschungsziele am Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr.**

Das Institut verfügt dazu sowohl über weltweit schnell-verlegbare Laborfähigkeiten, als auch über eine nach internationalen Standards akkreditierte Diagnostikabteilung. Die in München aufgebauten Testverfahren und Laborfähigkeiten bieten eine Vielzahl von Anwendungsmöglichkeiten auch in der Diagnostik natürlicher Infektionen und Ausbrüche. **So diagnostizierte das Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr im Januar 2020 die ersten Fälle von COVID-19 bei Menschen in Deutschland, isolierte das SARS-Coronavirus-2 und entschlüsselte dessen Erbgut...**“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://www.instmikrobiobw.de>

Gerade angesichts seiner frühzeitigen Beteiligung an der Diagnostik, Isolierung und Entschlüsselung des SARS-CoV-2-Virus, seiner besonderen Fachkenntnisse und seiner Fachaufgaben ist es ein unfassbarer Vorgang, dass Oberstarzt Prof. Dr. Roman Wölfel der Covid-19-Injektionen-Duldungspflicht nicht mit äußerstem Nachdruck widersprochen hat.“

Quelle:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/10/25.10.22-Covid-19-injektion-auf-modRNA-Basis-Biowaffe-anonym..pdf>

Da diese Zusammenhänge von der deutschen Gerichtsbarkeit bislang offensichtlich immer noch nicht hinreichend erfasst worden sind, besteht insofern immer noch ein dringendes Aufklärungsbedürfnis, so dass die Ladung dieser sachverständigen Zeugin dringend geboten ist.

2.2

Der US-amerikanische Experte Dr. Steve Martin hat mittlerweile in mehreren öffentlichen Vorträgen enthüllt, dass SARS-CoV2 eine von Menschen geschaffene Biowaffe ist.

In dem [tkp.at-Artikel mit dem Titel](#) „Dr. David Martin: An SARS-CoV-2 wurde seit 58 Jahren gearbeitet“, in dem auch das Video zu dem Vortrag von Dr. Martin in Oktober 2023 verlinkt ist, heißt es u.a. (Zitat):

In einem im Oktober 2023 in Dornach in der Schweiz gehaltenen Vortrag erläuterte Dr. David E. Martin wieso wir wissen können, dass SARS-CoV-2 eine vom Menschen geschaffene Biowaffe ist, an der seit 58 Jahren gearbeitet wird. Das „Coronavirus“ genannte Virus wurde erstmals 1965 beschrieben. Zwei Jahre später starteten die USA und Großbritannien ein Austauschprogramm, bei dem gesunde britische Militärangehörige im Rahmen des US-Biowaffenprogramms mit Coronavirus-Erregern aus den USA infiziert wurden.

Dr. Martin ist ein Geheimdienstanalytiker und Gründer von IQ100 Index, einem Unternehmen, das die linguistische Genomik entwickelt hat, eine Plattform, die in der Lage ist, die Absicht von Kommunikation zu bestimmen. Diese Technologie hat es Martin ermöglicht, Millionen von Patenten zu scannen und zu überprüfen, was zu Veröffentlichungen ([The Fauci COVID-19 Dossier 2021](#) und [The Modern-Day Faucian Drama: Bargaining With Evil](#)) führte, die schlüssig beweisen, dass SARS-CoV-2 eine von Menschenhand geschaffene Biowaffe ist, an der seit 58 Jahren gearbeitet wird.

Nach der ersten Beschreibung 1965 nahm 1992 Ralph Baric von der University of North Carolina, Chapel Hill, einen Erreger, der normalerweise Darm und Lunge infiziert, und veränderte ihn mit einer Chimäre, so dass er das Herz infiziert und Kardiomyopathie verursacht. Diese Forschung war Teil der Bemühungen, einen HIV-Impfstoff zu entwickeln.

Im November 2000 ließ Pfizer seinen ersten Impfstoff mit Spike-Protein patentieren. Zwischen 2000 und 2019 erwiesen sich Impfstoffversuche mit dieser Technologie als tödlich, doch im Sommer 2020 gingen die klinischen Versuche für die SARS-CoV-2-Impfung direkt in die Erprobung am Menschen über. Das mRNA-Spike-Protein wurde vor 18 Jahren öffentlich als Biowaffe bezeichnet. Im Jahr 2005 wurde das mRNA-Spike-Protein auf einer von der DARPA und der Mitre Corporation veranstalteten Konferenz als „Technologie, die biologische Kriegsführung ermöglicht“, d. h. als biologischer Kampfstoff, gepriesen.

Die zeitlichen Schritte seit 2000

Gegen Ende seines Vortrags fasst Martin einige der wichtigsten Punkte auf der Zeitachse der Verschwörung zum globalen Völkermord zusammen:

- Im Jahr 2002 entwickelten US-Wissenschaftler die Waffe.
- Im Jahr 2003 patentierten die US-Zentren für Seuchenkontrolle und -prävention (CDC) die Waffe in ihrer ersten kommerziellen Anwendung (SARS).
- Im Jahr 2005 wurde das mRNA-Spike-Protein zu einer biologischen „kriegsführungsfähigen“ Technologie erklärt.
- Im Jahr 2016 veröffentlichte die Proceedings of the [National Academy of Sciences den Artikel](#) „SARS-Like W1V1-COV Poised for Human Emergence“. W1V1-COV bezieht sich auf das erste COVID-ähnliche Virus, das an der WIV hergestellt wurde. In dem Artikel heißt es nicht nur, dass das Virus zur Freisetzung bereit ist, sondern es wird auch detailliert beschrieben, wie es am besten freigesetzt werden kann.

Unzweideutiges Eingeständnis einer vorsätzlichen Pandemie

Wie mittlerweile üblich, eröffnet Martin seinen Vortrag mit einem Zitat von Peter Daszak, dem Präsidenten der EcoHealth Alliance. Während eines Forums am 27. März 2015 zum Thema „*Medizinische und gesundheitliche Vorsorge für Katastrophenfälle*“ [stellte Daszak fest](#), dass eine Infektionskrankheitskrise, solange sie nicht den Schwellenwert für einen Notfall erreicht hat, tendenziell ignoriert wird.

„Um die Finanzierungsbasis über die Krise hinaus aufrechtzuerhalten, müssen wir das öffentliche Verständnis für die Notwendigkeit von MCMs (medizinischen Gegenmaßnahmen) wie einem Pan-Influenza- oder Pan-Coronavirus-Impfstoff erhöhen“, [sagte Daszak](#) und fügte hinzu:

„Ein wichtiger Faktor sind die Medien, und die Wirtschaft folgt dem Hype. Wir müssen diesen Hype zu unserem Vorteil nutzen, um zu den wirklichen Problemen vorzudringen. Die Investoren werden darauf reagieren, wenn sie am Ende des Prozesses einen Gewinn sehen“.

Martin kommentiert:

„Dies ist das eindeutige Eingeständnis, das ohne jeden Zweifel besagt, dass der Grund für die globale Terrorkampagne, die in den Köpfen der meisten Menschen Ende 2019 offiziell begann, ein vorsätzlicher Plan des Terrorismus, der geheimen Absprachen, der Nötigung und letztlich des Mordes war ... Dieses Zitat ist das Eingeständnis von vier Straftaten, unabhängig davon, auf welcher Seite des Atlantiks man sich befindet.“

Welche Straftaten hat Daszak im Jahr 2015 zugegeben?

Martin erklärt dann, wie Daszak in diesem Zitat aus dem Jahr 2015 mehrere verschiedene Straftaten zugegeben hat. Zusammengefasst:

– *„Um die Finanzierungsbasis über die Krise hinaus zu erhalten ...“* – Daszak spricht hier nicht von einer Ausweitung oder einem Nutzen für die öffentliche Gesundheit. Er bezieht sich auch nicht auf eine tatsächliche Gesundheitskrise, die zum Zeitpunkt dieser Bemerkung stattfand.

Nein, so Martin, *„die Krise bestand darin, dass die Finanzierung der von der Weltgesundheitsorganisation geförderten Biowaffenprogramme gekürzt wurde. Die Krise war keine Gesundheitskrise. Es war eine Finanzierungskrise für die Leute, denen das Geld für ihre Biowaffenprogramme ausging. Das sind zwei Verbrechen.“*

„Ein wichtiger Faktor sind die Medien, und die Wirtschaft wird dem Hype folgen.“ – Dies ist laut Martin ein Eingeständnis von zwei weiteren Verbrechen. Der „Hype“ bezieht sich auf psychologischen Terror. Mit anderen Worten, die Finanzierung wird folgen, wenn der psychologische Terror groß genug ist, und er gibt zu, dass die Medien genutzt werden, um diesen Angstporno zu verbreiten.

Der zweite Straftatbestand ist die wirtschaftliche Verschwörung, denn *„Wirtschaft, die dem Hype folgt, ist keine informierte Zustimmung“,* stellt Martin fest. *„Das ist kein williger Käufer, williger Verkäufer, der über alle Fakten informiert ist.“* Der Einsatz von Psychoterror zur Sicherung von Finanzmitteln impliziert eine Betrugsabsicht.

Martin erklärt: *„Im staatlichen Recht nennen wir es ‚betrügerische Übermittlung‘, wenn man die Gegenpartei nicht über die mit einem Vertrag verbundenen Risiken informiert ... Warum ist das wichtig?“*

Der Grund, warum die betrügerische Übertragung ein so wichtiger Grundsatz im Gesetz ist, liegt darin, ... [weil] die Partei, die den Betrug begangen hat, nach dem Gesetz nicht nur verpflichtet ist, den Schaden zu ersetzen.

Ihre rechtliche Verpflichtung besteht darin, die geschädigte Partei in den Zustand vor der Schädigung zurückzuführen. Es heißt nicht: *„Wir geben Ihnen ein paar Dollar für Ihre Schmerzen und Ihr Leid. Nein, Sie sind gesetzlich verpflichtet, den Zustand vor dem Schaden wiederherzustellen.“*

Warum brauchen wir einen Impfstoff für eine ausgerottete Infektion?

Martin merkt weiter an, dass ein Pan-Coronavirus-Impfprogramm eigentlich während des Moratoriums zur Funktionserweiterung von Coronaviren in den Vereinigten Staaten, das von 2014 bis 2017 galt, [öffentlich angekündigt](#) wurde.

„Dieses Moratorium für den Funktionszuwachs lief, während wir einen globalen Plan für den globalen Terrorismus ankündigten, einen Impfstoff gegen das Pan-Coronavirus, das übrigens die Weltgesundheitsorganisation ... ein Jahr zuvor für ausgerottet erklärt hatte“, sagt Martin.

„Wie können wir einen Impfstoff für eine ausgerottete Krankheit brauchen, während ein Funktionsmoratorium herrscht, wenn es theoretisch keinen Grund gibt, einen Impfstoff für etwas zu brauchen, das nicht existiert? Nun, weil wir ihn hergestellt haben – Professor Baric. Wir haben ihn angepriesen – Peter Daszak ... Und wir wollten damit die Freiheit kapern.“

Wie können wir wissen, dass SARS eine Waffe war?

Das alles ist zwar schon beunruhigend genug, aber es geht noch weiter. Martin fährt fort:

„Man kann sich ein Verbrechen dieses ungeheuerlichen Ausmaßes nicht ausdenken, wenn man nicht erkennt, dass dahinter ein anderes Verbrechen stehen muss. Jedes dieser Verbrechen ist für sich genommen schon entsetzlich. Aber die Summe dieser Verbrechen ist noch viel, viel, viel problematischer.“

Kommen wir zu der wunderbaren Schöpfung des Patents, das 2002 eingereicht wurde, was eigentlich der Grund dafür ist, dass ich mit allen fertig bin, die die Frage stellen: „Gab es ein neuartiges Virus, gab es eine neuartige Krankheit? Lassen Sie uns anhand der Fakten feststellen, dass es weder das eine noch das andere gab.“

Es gibt keinen neuartigen Virus. Es gab eine Vielzahl von biologischen Waffen, die auf der Grundlage des 2002 angemeldeten Patents entwickelt wurden, dem „infektiösen replikationsdefekten Klon des Coronavirus“.

Nun lassen Sie uns langsam die Frage beantworten, was diese Formulierung bedeutet. Infektiöse Replikationsdefekte. „Infektiös“ bedeutet, dass wir eine Zelle im Körper anvisieren wollen, um sicherzustellen, dass das, was wir injizieren, in die Zelle gelangt ...

„Replikationsdefekt“ bedeutet, dass wir wollen, dass die injizierte Information diese Zelle infiziert, sich aber nicht repliziert und auf andere überträgt, was bedeutet, dass die Biowaffe selbst als Waffe entwickelt wurde, um ein Ziel zu treffen, sich aber nicht zu vermehren.

Genau das ist die patentierte Technologie, und das ist der Grund, warum uns, als wir 2002 und 2003 SARS 1.0 hatten, gesagt wurde, dass es überall Tote geben würde. [Aber

so sehr wir auch versuchten, daraus eine Pandemie zu machen ... wir konnten nur 900 Menschen vom Berg werfen. Das war die globale Pandemie. Und warum? Weil die Waffe funktionierte.

mRNA-Spike-Protein ist ein biologischer Kampfstoff

In der Tat wurde das mRNA-Spike-Protein vor 18 Jahren öffentlich als Biowaffe bezeichnet. Im Jahr 2005 wurde das mRNA-Spike-Protein auf einer von der DARPA und der Mitre Corporation in den USA veranstalteten Konferenz als „*Technologie, die biologische Kriegsführung ermöglicht*“, gepriesen. Klingt das so, als hätte es irgendwelche Anwendungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit? Nein, wie Martin betont, bedeutet „biologische Kriegsführung ermöglichende Technologie“, dass es sich um einen biologischen Kampfstoff handelt.

„Ich bin also nicht derjenige, der sagt, dass es sich um eine biologische Waffe handelt. Ich bin nicht derjenige, der sagt, dass es sich um biologische Kriegsführung handelt“, sagt Martin.

Big Pharma besitzt alle Universitäten in North Carolina

In den letzten zwei Jahren sind viele Informationen darüber an die Öffentlichkeit gelangt, wie Dazak Millionen von Forschungsgeldern an das Wuhan Institute of Virology (WIV) in China weitergeleitet hat, um die Forschung über Coronaviren zu fördern. Doch das ist nur die Spitze des Eisbergs. Laut Martin gingen mindestens 141 Millionen Dollar an das US-Biowaffenprogramm unter der Leitung der University of North Carolina Chapel Hill.

Martin erläutert die Geschichte der Medikamente von HIV-AIDS und verweist auch darauf, dass in das Coronavirus HIV-Sequenzen eingebaut wurden, wie unter anderem Nobelpreisträger Luc Montagnier dokumentierte.

Die Entwicklungen in den Forschungsprojekten sind an sich alle strafrechtlich relevant. Um diese Gefahr zu umgehen wurden die Forschungsprojekte der GAVI Vaccine Alliance der Weltgesundheitsorganisation unterstellt, und gemäß Artikel 5, Abschnitt 13 der WHO-Charta können sie nicht für begangene Straftaten untersucht oder belangt werden. Die GAVI mit Sitz in Genf, Schweiz, genießt ebenfalls diplomatische Immunität und kann auch von den dortigen Behörden nicht verfolgt werden.

„Sie wussten, dass, wenn sie das Projekt der WHO unterstellten, es vor jeder strafrechtlichen Untersuchung und jeder strafrechtlichen Verantwortung geschützt war – für immer“, sagt Martin.

Aber das ist noch nicht alles. Die Jahre 2010 bis 2020 wurden zum Jahrzehnt der Impfstoffe erklärt. Die GAVI entwickelte einen globalen Impfstoff-Aktionsplan, der die weltweite Akzeptanz eines „universellen Influenza-Coronavirus-Impfstoffs“ bis 2020 vorsah, um vor „einer versehentlichen oder absichtlichen Freisetzung“ eines Atemwegserregers zu schützen. Wie Martin anmerkt, ist „Freisetzung“ ein „*aktives, absichtliches Wort. Es ist kein Versehen*“.

Martin gibt auch einen kurzen Überblick über die Entstehungsgeschichte der WHO und wie der damalige Generaldirektor der WHO, Brock Chisholm, 1952 erklärte, dass „*die Rolle der WHO die Bevölkerungskontrolle ist*“.

Abgesehen davon, dass die WHO für die Bevölkerungskontrolle zuständig ist, ist sie ein Marketing- und Vertriebsarm für die Interessen des privaten Sektors, die sie sponsern (allen voran Bill Gates), und bietet ihnen gleichzeitig Immunität vor Strafverfolgung.

Laut Martin stellen verschiedene Organisationen von Gates der WHO so viel Geld zur Verfügung, dass „nach jeder Definition des Gesetzes [die WHO] eine hundertprozentige Tochtergesellschaft ist.“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/12/10/dr-david-martin-an-sars-cov-2-wurde-seit-58-jahren-gearbeitet/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Steve Martin, Kontaktdaten werden nachgereicht, sobald hierzu ein Beweisantrag gestellt wird.

2.3

Weitere Beweisanträge hierzu, insbesondere mit der sachverständigen Zeugin Sasha Latypova, siehe:

<https://2020news.de/die-c-19-impfung-ist-eine-militaeroperation/>

bleiben vorbehalten.