

Rechtsanwalt Wilfried Schmitz

Die Entschleierung

der Machenschaften der Pharmaindustrie und ihrer Lenker und Helfer

veranschaulicht

am Beispiel der Inszenierung der Corona-„Pandemie“ und der Covid-19-Injektionskampagne

einschließlich des systematischen Totalversagens der sog. Arzneimittelmittel-aufsichtsbehörden

dargelegt im Rahmen einer

Mustervorlage für eine zivilrechtliche Klage gegen BioNTech

mit zahlreichen strafrechtlichen Exkursen

1.Auflage 2025
Copyright © 2025

Umschlaggestaltung: Wilfried Schmitz

Copyright am Coverbild: Wilfried Schmitz

Verlag:
Tredition GmbH
Halenreihe 40-44
22359 Hamburg

ISBN Softcover: 978-3-384-54056-0

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags oder des Autors unzulässig. Das gilt insbesondere für die elektronische oder sonstige Vervielfältigung, Übersetzung, Verbreitung und öffentliche Zugänglichmachung.

Der Verlag und der Autor gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch der Autor übernehmen – ausdrücklich oder implizit – Gewähr für den Inhalt des Werkes oder etwaige Fehler.

Biografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Vorwort

Wer kann schon sagen, was sich letztlich alles offenbaren und entschleiern muss, damit die Menschheit endlich in der Wahrheit ankommt und alles überwinden kann, was sie krank und abhängig macht?!

Meine bei tredition.de veröffentlichten Musterklagen gegen Moderna und BioNTech habe ich bis zuletzt immer wieder mit einem Upgrade versehen, damit das Bild immer vollständiger wird. Damit kann ich nun aufhören.

Denn m.E. ist in diesen Büchern längst alles Wesentliche zu diesen Covid-19-Injektionen gesagt. Immer neue Studien und sonstige Beiträge mögen das Gesamtbild hier und da weiter bestätigen und ggf. noch punktuell vertiefen. Aber wirklich grundlegend neue Erkenntnisse, die alles in ein neues Licht rücken könnten, erwarte ich nicht mehr. In tatsächlicher Hinsicht ist m.E. alles Wesentliche aufgearbeitet. Damit ist die Voraussetzung für eine umfassende rechtliche, insbesondere auch strafrechtliche Aufarbeitung der Ereignisse der letzten Jahre geschaffen.

Soweit jedes einzelne Schicksal eines Geschädigten weitere Fragen aufwerfen mag, müssen und können die dann eben einzelfallbezogen mit Sachverständigen geklärt werden.

Von daher gebe ich nunmehr zum Abschluss meiner Bemühungen, die Vorgänge der letzten Jahre aufzuarbeiten, dieses Buch heraus. Das hat freilich auch den Vorteil, dass ich fortan nur noch an einem Skript Anpassungen vornehmen muss, falls neue Erkenntnisse dazu Anlass geben. Die ursprüngliche Musterklage gegen BioNTech dominiert hier zwar noch den Inhalt, soll aber langfristig nur noch die Struktur vorgeben, damit der sehr komplexe Stoff übersichtlich dargestellt werden kann.

Sozialer Frieden ist nur möglich, wenn die Menschen endlich erkennen können, dass sie mit ihrem Vortrag gehört werden und alle vor dem Gesetz, auch vor dem StGB und der StPO, gleich sind. Aber zuerst müssen sich alle der Realität und der Aufarbeitung widmen, damit sie ihre Interessen überhaupt wahrnehmen können. Die Menschen müssen endlich aus ihrem Traum erwachen, dass die Pharmaindustrie ihr Freund ist. Wer immer noch ahnungslos ist schwebt in größer Gefahr.

Der Journalist Ben Bartee hat folgende Ansicht geäußert.:

„Jeder, der auch nur einen Funken gesunden Menschenverstand hat, versteht inzwischen – nachdem sich der Public Health™-Apparat in den letzten vier Jahren als die korrupte, menschenfeindliche Tötungs- und Profitmaschine entlarvt hat, die er ist -, dass die herrschenden Behörden, die den Durchschnittsmenschen hassen, die ihn schwach, isoliert, verängstigt und krank haben wollen, um sie sozial zu kontrollieren, während sie über das medizinische System alles herausholen, was vom Wohlstand der Mittelschicht übrig ist....“ (Quelle: <https://tkp.at/2024/11/06/make-america-healthy-again/>)

Hat Ben Bartee hier maßlos übertrieben?

Vor allem, wenn man bedenkt, dass eine Studie schätzt, dass infolge der menschenverachtenden sog. Anti-Corona-Maßnahmen und der Covid-19-Injektionskampagne insgesamt 30,9 Millionen verstorben sind? Siehe:

<https://tkp.at/2024/07/21/studie-309-millionen-zusaetzliche-todesfaelle-durch-corona-massnahmen-und-impfkampagne/>

Zum Vergleich: Die Zahl der Toten des 1. Weltkrieges wird bekanntlich auf bis zu 20 Millionen geschätzt.

Der **Zusammenhang zwischen Impfungen und Autismus** ist schon lange nachgewiesen, siehe nur:

Tkp.at am 28.5.2024: Wissenschaftler zeigen Verbindungen zw. Impfung und Autismus auf:

<https://tkp.at/2024/05/28/wissenschaftler-zeigen-verbindungen-zwischen-impfung-und-autismus/>

tkp.at am 2.11.2024: Autismusrate in USA auf 1 von 33 im Jahr 2022 angestiegen:

<https://tkp.at/2024/11/02/autismus-rate-in-usa-auf-1-von-33-im-jahr-2022-angestiegen/>

tkp.at am 13.1.2024: Die hohen Folgekosten des Autismus-Tsunami in den USA:

<https://tkp.at/2024/01/13/autismus-tsunami-in-usa-mit-hohen-folgekosten-top-studie/>

Oder ist es Zufall, dass ungeimpfte Kinder wie die der Amish nachweislich viel gesünder sind? Siehe u.a.:

Tkp.at. am 24.5.2023: Ungeimpfte Amisch-Gemeinde schneidet besser ab:

<https://tkp.at/2023/05/24/amisch-gemeinde-ohne-impfung-und-ohne-corona-massnahmen-schneidet-besser-ab-als-rest-der-usa/>

legitim.ch am 27.3.2023 (**Zitat**):

„Umfassende Studie: Es gibt NULL Amish-Kinder, die an Krebs, Diabetes oder Autismus leiden – WARUM WOHL?

Die derzeitige Bevölkerung der Amish in Amerika liegt mittlerweile bei annähernd 400.000 Menschen, die meisten davon mit 90.000 in Pennsylvania und mit 82.000 in Ohio. Die Amischen haben sich in 32 US-Bundesstaaten niedergelassen und haben durchschnittlich 7 Kinder pro Familie, so dass ihre Bevölkerung schnell wächst. In einer brandneuen, umfassenden Studie (Stand Juni 2023), die Steve Kirsch dem Senat des Bundesstaates Pennsylvania vorgelegt hat, wurde errechnet, dass bei den Kindern der Amish, die definitiv zu 100 Prozent nicht geimpft sind (d.h. vollständig ungeimpft), typische chronische Erkrankungen kaum oder überhaupt nicht auftreten. Zu diesen chronischen Erkrankungen, die auch als vermeidbare Krankheiten und Störungen bezeichnet werden und an denen viele geimpfte Kinder und weite Teile der Amerikaner leiden, gehören Autoimmunerkrankungen, Herzkrankheiten, Diabetes, Asthma, ADHS, Arthritis, Krebs und natürlich... Moment... [Autismus \(im Sinne von Autismusspektrum-Störungen und Asperger-Syndrom\)](#)...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://legitim.ch/umfassende-studie-es-gibt-null-amish-kinder-die-an-krebs-diabetes-oder-autismus-leiden-warum-wohl/>

Mit diesem Buch können Sie sich eine eigene Meinung bilden. Das sollten Sie auch, wenn Sie für die Gesundheit anderer Menschen verantwortlich sind. Gerade nach den Erfahrungen mit der Covid-19-Injektionskampagne kann ich gar nicht mehr anders als mich der oben wiedergegebenen Einschätzung von Bartee anzuschließen, denn irreführender, gesundheitsschädlicher und bösartiger als das PEI, RKI und BMG ab März 2020 mit der Bevölkerung umgegangen sind, geht es m.E. überhaupt nicht.

Die dafür Verantwortlichen müssen zivil- und strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden. Dieses Buch kann und soll auch dabei helfen.

Die nachfolgend in Bezug genommen „Anlagen“ können im Volltext auf meiner Homepage unter dem Link „Bücher“

<https://www.anwalt-schmitz.eu/buecher/>

abgerufen werden.

Lassen Sie sich bitte nicht durch den Umfang dieser Musterklage und die zahlreichen Referenzquellen abschrecken. Schon gar nicht sollten Sie sich durch faktenfreie Behauptungen der Wirkstoffhersteller oder der Behörden, die die wahre Dimension der Katastrophe der Covid-19-Injektionen vertuschen wollen und es auch so gerne bei einer pauschalen Bezugnahme auf das PEI belassen, irritieren lassen.

Die zentralen Fragen lassen sich längst eindeutig beantworten:

1.

Weisen Covid-19-Injektionen wie Comirnaty oder Spikevax ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis auf?

Nein, eindeutig nicht. Das ergibt sich aus den eigenen Daten der Wirkstoffhersteller. Das wird insbesondere durch das Gutachten von Dr. Hans-Joachim Kremer in der Anlage K4 bewiesen.

2.

Kennt das PEI denn wirklich keine Studien, die den fehlenden Nutzen dieser Geninjektionen belegen?

Doch! Jedenfalls wenn man unterstellt, dass das PEI die Zulassungsstudien der Wirkstoffhersteller BioNTech/Pfizer und Moderna gelesen und analysiert hat.

3.

Kennt das PEI denn wirklich keine Studien, die die hohe Gefährlichkeit dieser Geninjektionen belegen?

Doch! Auch Zulassungsstudien sind Studien, und die haben – trotz zahlreicher Manipulationen - bereits zahlreiche Warnsignale ausgewiesen, die sich nach Marktzulassung in einem noch nie dagewesenen Umfang bestätigt haben.

Auch das wird insbesondere durch das Gutachten von Dr. Hans-Joachim Kremer in der Anlage K4 bewiesen.

4.

Hat das PEI wirklich keine Risikosignale erkennen können?

Doch! Jedenfalls schon dann, wenn man unterstellt, dass das PEI (zumindest) die Publikationen seiner eigenen Mitarbeiter (aus der Zeit vor der Marktzulassung) und insbesondere auch die Zulassungsstudien sowie die Post-Marketing-Berichte (die nach Marktzulassung verfasst wurden) der Wirkstoffhersteller gelesen hat.

Bloß unterstellt, dass der Tod eines (!) Menschen in diesen Zeiten noch ein „Warnsignal“ ist, dann hätte die Welt z.B. darauf hingewiesen werden müssen, dass Pfizer schon in seinem „Cumulative Analysis of Post-Authorization adverse Event Reports of PF-07302048 (BNT162B2)“ vom **28.2.2021 (!)** – nach nur ca. 2 ½ Monate nach Marktzulassung – auf Seite 7 insgesamt **1.223 (!) Tote** („Fatal“) ausweisen musste (siehe Anlage K 15 A)

Solche Daten wurden der Öffentlichkeit auch noch am 10.4.2025 verschwiegen, siehe u.a.:

<https://www.mwgfd.org/2025/04/corona-aufarbeitung-bei-lanz-argumente-von-buyx-und-lauterbach-widerlegt/>

Wenn nicht einmal das als „Warnsignal“ behandelt wird, dann gibt es keine Warnsignale mehr. Dann rechtfertigen die Gewinnerwartungen der Wirkstoffhersteller offenbar Menschenopfer in unbegrenzter Höhe. Hätte sich danach noch jemand „impfen“ lassen, wenn er von diesen Daten gewusst hätte? Und es gab noch unzählige weitere eindeutige Warnsignale.

Und hätte sich jemand mit Comirnaty „impfen“ lassen, wenn er die – nachfolgend näher behandelte - Unternehmensgeschichte von Pfizer gekannt hätte? War diese Geschichte nicht das größte Warnsignal überhaupt?

Hier ist sie abrufbar: <https://t.me/RAWilfriedSchmitz/299>

5.

Ist das Post-Vac-Syndrom („Post-Akutes Covid-19-Impfsyndrom“) denn immer noch nicht definiert?

Doch, wie der Name schon sagt: Nach Verabreichung einer Covid-19-Geninjektion treten schwere Nebenwirkungen auf, die so vielfältig sind, dass sie nur noch unter der Bezeichnung „Impfsyndrom“ zusammengefasst werden können. Mit dieser grundlegenden Erkenntnis ist im Grunde schon hinreichend zum Ausdruck gebracht, was „Post-Vac“ ist, und das sollten Behörden und Gerichte auch zur Kenntnis nehmen.

Einige der grundlegenden pathophysiologischen Zusammenhänge, die für diese Vielzahl an Nebenwirkungen / Gesundheitsschäden verantwortlich sind, können mittlerweile gut

beschrieben werden. Wenn also das PEI auf seiner Homepage bis auf den heutigen Tag mit schwammigen Formulierungen wie **(Zitat)**

„Der Begriff „Post-Vac“ stellt keine medizinisch definierte Bezeichnung einer Erkrankung dar und unterliegt keiner eindeutigen Faldefinition für die Meldung eines Verdachtsfalls einer Nebenwirkung eines Impfstoffprodukts.“

(Quelle: <https://www.pei.de/DE/newsroom/positionen/covid-19-impfstoffe/stellungnahme-postvac.html>)

„Stellung bezieh“t, dann ist damit niemandem geholfen. Solche Phrasen erwecken den Eindruck alle Interessierten, insbesondere alle behandelnden Ärzte und Geschädigten bloß verwirren zu wollen.

Dabei sieht die Realität so aus, dass nach dem Erfahrungsbericht des Berliner Hausarztes Erich Freisleben 90% der „Post-Covid“-Fälle in Wahrheit Impfschäden sind, siehe multipolar-magazin am 10.2.2025:

<https://multipolar-magazin.de/meldungen/0174>

6.

Müssen die zahlreichen Unterlassungen und Manipulationen der Verantwortlichen des PEI sofort umfassend strafrechtlich aufgearbeitet werden?

Ja, selbstverständlich! Die Nichtaufarbeitung dieser Verbrechen ist selbst ein Verbrechen, nicht „nur“ Strafvereitelung im Amt. Denn die Nichtaufarbeitung dieser Verbrechen führt zu einer immer weiteren Fortsetzung der hochgefährlichen Experimente mit Geninjektionen und erweckt den Eindruck einer Komplizenschaft zwischen Politik und Justiz.

7.

Kann man Covid-19-Injektionsschäden nicht von Long-Covid-Gesundheitsschäden differenzieren?

Doch, kann man.

Wer das Gegenteil behauptet will allem Anschein nach nur dabei helfen, die katastrophalen Folgen der Covid-19-Injektionskampagne zu vertuschen und die Post-Vac-Geschädigten von der Geltendmachung ihrer Ansprüche abzuhalten.

8.

Ist Post-Vac nicht behandelbar?

Doch, ist es. Ärzte wie Ralf Tillenburg aus Düsseldorf haben das in vielen Fällen bewiesen.

Selfkant, den 27.5.2025

Wilfried Schmitz
Rechtsanwalt

„Oh Mensch! Gieb Acht!
Was spricht die tiefe Mitternacht?
„Ich schlief, ich schlief –,
„Aus diesem Traum bin ich erwacht: -
„Die Welt ist tief,
„Und tiefer als der Tag gedacht.
„Tief ist ihr Weh -...“

(Friedrich Nietzsche, also sprach Zarathustra)

Höchste Zeit, dass die ganze Menschheit endlich aus ihrem tiefen Traum erwacht, sie könne alle Macht irgendwelchen Institutionen übertragen, die sich jeder effektiven Kontrolle entziehen können, denn:

„Ohne Zugang zum Recht ist der Mensch kein Mensch.“

Die Menschen müssen realisieren, was das bedeutet. Denn die „Corona“-Rechtsprechung hat den Menschen in diesem Land ab Frühjahr 2020 faktisch den Zugang zum Recht verweigert.

Kommentare zu diesem Buch

Prof. Dr. Werner Bergholz:

„Das Buch ist eine Schatztruhe :-). Lieber Wilfried, Dein Buch ist keine Fleißarbeit, sondern eine vollendete Herkulesarbeit - Wahnsinn!!!“

Prof. Dr. Jörg Matysik: „Bin schwer beeindruckt von Deinem dicken Werk. Sehr eindrucksvoll.“

Dr. Michael Palmer: „Diese Klageschrift ist genau so umfassend wie die von Philipp Kruse -- ein Meilenstein, würde ich sagen.“

Aus dem „Friedensevangelium der Essener“

(Zitat) „[...] Sie saßen rund um Jesus und fragten ihn: »Meister, welches sind die Gesetze des Lebens? Weile länger bei uns und lehre uns. Wir möchten deinen Worten lauschen, damit wir geheilt und rechtschaffen werden.«

Und Jesus antwortete: »Sucht das Gesetz nicht in euren heiligen Schriften; denn das Leben ist das Gesetz, die Schrift jedoch ist tot. Wahrlich, ich sage euch, Moses empfing seine Gesetze von Gott nicht schriftlich, sondern durch das lebende Wort. Das Gesetz ist lebendiges Wort des lebendigen Gottes an lebendige Propheten für lebendige Menschen. In allem, was da lebt, steht das Gesetz geschrieben. Ihr findet es im Gras, im Baum, im Fluss, in den Bergen, in den Vögeln des Himmels, in den Fischen des Meeres; doch vor allem sucht es in euch selber. Denn wahrlich, ich sage euch, alles, was lebt, ist näher bei Gott als die Schrift, die ohne Leben ist. Gott schuf das Leben und alles, was da lebt, damit sie durch das ewig lebendige Wort dem Menschen die Gesetze der wahrhaften Gottheit lehren. Gott schrieb die Gesetze nicht in die Seiten der Bücher, sondern in euer Herz und in euren Geist. Sie sind in eurem Atem, eurem Blut, euren Knochen, in eurem Fleisch, euren Eingeweiden, euren Augen, euren Ohren, und in jedem winzigen Teilchen eures Leibes. Sie sind allgegenwärtig in der Luft, im Wasser, in der Erde, in den Pflanzen, in den Sonnenstrahlen, in den Tiefen und in den Höhen. Sie alle reden zu euch, damit ihr das Wort und den Willen der lebendigen Gottheit verstehtet. Doch ihr schließt eure Augen, damit ihr nicht sehet, und ihr schließt eure Ohren, damit ihr nicht höret. Wahrlich, ich sage euch, die heilige Schrift ist Menschenwerk; doch das Leben und alle seine Heerscharen sind das Werk unseres Gottes. Warum hört ihr nicht auf die Worte Gottes, die in seinen Werken geschrieben stehen? Und warum studiert ihr die toten Schriften, die das Werk von Menschenhänden sind?« [...]»**(Zitat Ende)**

Quelle:

Schriften der Essener / Das Friedens-Evangelium der Essener: Schriften der Essener – Buch 1, ISBN-10: 3890601278, ISBN-13: 978-3890601274)

Der Glaube als Grund gegen die Hoffnungslosigkeit:

Hat Dir jemand gesagt, es wird niemand – auch kein Gott - kommen, der uns, die Menschheit, befreien wird? Woher weiß er das? Hat Gott ihm das gesagt? Und kannst Du – alleine oder gemeinsam mit anderen – den Tod bannen, alle Leiden heilen und das Paradies auf die Erde ziehen? Was versteht Du also unter „Befreiung“? Offenbar was anderes als ich.

Und wenn Gott die Menschen prüfen wollte...
würde er den Menschen dann vorher sagen, dass er sie jetzt prüfen wird?

Offenbarung des Johannes, Kapitel 21, Vers 4:

„Er wird alle Tränen von ihren Augen abwischen: Der Tod wird nicht mehr sein, keine Trauer, keine Klage, keine Mühsal. Denn was früher war, ist vergangen.“

„Dem menschlichen Faktor eine Gasse zu bahnen
Ist die Aufgabe aller Berufe, vor allem der Juristen,
denn Gesetze sind nun einmal nicht auf Pergament,
sondern auf empfindliche Menschenhaut geschrieben.
Vom Gesetzesfetischismus führt ein schnurgrader Weg
Zu den Konzentrationslagern von Auschwitz und Buchenwald.“

Fritz Bauer, 1955

Quelle: Irmtrud Wojak: „Fritz Bauer – Eine Biographie“, Seite 9

Fritz Bauer war Generalstaatsanwalt in Hessen von 1956 bis 1968. Mit seinem Namen sind u.a. die Entführung von Adolf Eichmann nach Israel und die Frankfurter Auschwitzprozesse verbunden.

„Es gab Regeln im Kloster, aber der Meister rief immer zur Vorsicht gegenüber der Tyrannei des Gesetzes auf. ‚Gehorsam hält die Regeln ein‘, pflegte er zu sagen. ‚Liebe weiß, wann sie zu brechen sind‘.

Quelle: A. de Mello, Eine Minute Weisheit, Freiburg i. Br. (Herder), 1990, 84.

Kurzform der Radbruchschen Formel: „Extremes Unrecht ist kein Recht“

„Der Konflikt zwischen der Gerechtigkeit und der Rechtssicherheit dürfte dahin zu lösen sein, daß das positive, durch Satzung und Macht gesicherte Recht auch dann den Vorrang hat, wenn es inhaltlich ungerecht und unzweckmäßig ist, es sei denn, daß der Widerspruch des positiven Gesetzes zur Gerechtigkeit ein so unerträgliches Maß erreicht, daß das Gesetz als ‚unrichtiges Recht‘ der Gerechtigkeit zu weichen hat. Es ist unmöglich, eine schärfere Linie zu ziehen zwischen den Fällen des gesetzlichen Unrechts und den trotz unrichtigen Inhalts dennoch geltenden Gesetzen; eine andere Grenzziehung aber kann mit aller Schärfe vorgenommen werden: wo Gerechtigkeit nicht einmal erstrebt wird, wo die Gleichheit, die den Kern der Gerechtigkeit ausmacht, bei der Setzung positiven Rechts bewußt verleugnet wurde, da ist das Gesetz nicht etwa nur ‚unrichtiges‘ Recht, vielmehr entbehrt es überhaupt der Rechtsnatur. Denn man kann Recht, auch positives Recht, gar nicht anders definieren als eine Ordnung und Satzung, die ihrem Sinne nach bestimmt ist, der Gerechtigkeit zu dienen.“

- Gustav Radbruch: Gesetzliches Unrecht und übergesetzliches Recht. SJZ 1946, 105 (107).

„Wo also [...] Gerechtigkeit nicht einmal erstrebt wird, können die so geschaffenen Anordnungen nur Machtsprüche sein, niemals Rechtssätze [...]; so ist das Gesetz, das gewissen Menschen die Menschenrechte verweigert, kein Rechtssatz. Hier ist also eine scharfe Grenze zwischen Recht und Nicht-Recht gegeben, während wie oben gezeigt wurde, die Grenze zwischen gesetzlichem Unrecht und geltendem Recht nur eine Maßgrenze ist [...].“

- Gustav Radbruch: Vorschule der Rechtsphilosophie. 2. Auflage, Göttingen 1959, S. 34.

Quelle: Krimpedia (zum Begriff Radbruchsche Formel)

Gustav Radbruch war ein deutscher Rechtsphilosoph, Strafrechtsreformer und Kriminalpolitiker.

Text der Musterklage:

Bitte beachten:

Bei Landgerichten besteht Anwaltszwang, auch schon für die Einreichung der Klage. Solche Klagen sind folglich nur mit einem Anwalt/einer Anwältin möglich.

An das
Landgericht

.....

.....

beA

AZ: .../2024

Selfkant, den 27.5.2025

Antrag auf Prozesskostenhilfe und Klageentwurf

In der Sache

der Frau

- Antragstellerin -

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 Richards, CSO, Jens Hollstein, CFO, Dr. James Ryan, CLO und die Geschäftsführer Dr. Sierk Poetting, Dr. Oliver Hennig, Martin Lang und Lynn Miriam Voigt

- Antragsgegnerin -

Prozessbevollmächtigter: White & Case LLP, 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:

1.

Da die Klägerin nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen nicht in der Lage ist, 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.

2.

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).

3.

Einleitend wird höchst vorsorglich an die Rechtsprechung des BVerfGs zum Prüfungsmaßstab bei der Beurteilung der Erfolgsaussichten im PKH-Verfahren erinnert, damit die Anforderungen an die Bewilligung von PKH nicht zum Nachteil der Antragstellerin überspannt werden.

So wird dieser Prüfungsmaßstab in dem Beschluss des BVerfGs vom 28.10.2019 – 2 BvR 1813/18 wie folgt konkretisiert (**Zitat**):

„a) Das Recht auf effektiven und gleichen Rechtsschutz gebietet eine weitgehende Angleichung der Situation von Bemittelten und Unbemittelten bei der Verwirklichung des Rechtsschutzes (vgl. BVerfGE 10, 264 <270>; 22, 83 <87>; 51, 295 <302>; 63, 380 <394>; 67, 245 <248>; 78, 104 <117 f.>; 81, 347 <357>; BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 8. Juli 2016 - 2 BvR 2231/13 -, Rn. 10; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 5. Dezember 2018 - 2 BvR 1122/18, 2 BvR 1222/18, 2 BvR 1583/18 -, Rn. 10). Dies ergibt sich aus dem in Art. 20 Abs. 3 GG allgemein verankerten Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit, der für den Rechtsschutz gegen Akte der öffentlichen Gewalt in Art. 19 Abs. 4 GG eine besondere Ausprägung gefunden hat, in Verbindung mit dem allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG. Der Unbemittelte muss allerdings nur einem solchen Bemittelten gleichgestellt werden, der seine Prozessaussichten vernünftig abwägt und dabei auch das Kostenrisiko berücksichtigt (vgl. BVerfGE 9, 124 <130 f.>; 81, 347 <357>; BVerfGK 6, 53 <55>; BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 1. April 2015 - 2 BvR 3058/14 -, Rn. 19; Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 21. November 2018 - 1 BvR 1653/18, 1 BvR 1888/18, 1 BvR 1889/18, 1 BvR 1890/18, 1 BvR 2381/18 -, Rn. 8; stRspr).

25

Auslegung und Anwendung des § 114 Abs. 1 Satz 1 ZPO ist grundsätzlich Sache der Fachgerichte. Das Bundesverfassungsgericht kann insofern nur eingreifen, wenn dabei Verfassungsrecht verletzt wird und die angegriffene Entscheidung Fehler erkennen lässt, die auf einer grundsätzlich unrichtigen Anschauung von der Bedeutung der vom Grundgesetz verbürgten Rechtsschutzgleichheit beruhen (vgl. BVerfGE 56, 139 <144>; BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 4. Dezember 2018 - 2 BvR 2726/17 -, Rn. 12). Die Fachgerichte überschreiten den ihnen zustehenden Entscheidungsspielraum erst dann, wenn sie einen Auslegungsmaßstab verwenden, durch den einer unbemittelten Partei im Vergleich zur bemittelten die Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung unverhältnismäßig erschwert wird. Das ist namentlich dann der Fall, wenn das Fachgericht die Anforderungen an die Erfolgsaussicht der beabsichtigten Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung überspannt und dadurch der Zweck der Prozesskostenhilfe, dem Unbemittelten den weitgehend gleichen Zugang zu Gericht wie der bemittelten Partei zu ermöglichen, deutlich verfehlt wird (vgl. BVerfGE 81, 347 <358>; BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 22. August 2018 - 2 BvR 2647/17 -, Rn. 14; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 23. Oktober 2018 - 2 BvR 1050/17 -, Rn. 14; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 4. Dezember 2018 - 2 BvR 2726/17 -, Rn. 13; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 5. Dezember 2018 - 2 BvR 1122/18, 2 BvR 1222/18, 2 BvR 1583/18 -, Rn. 12; Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 16. April 2019 - 1 BvR 2111/17 -, Rn. 22).

26

Die Prüfung der Erfolgsaussichten dient nicht dazu, die Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung selbst in das Nebenverfahren der Prozesskostenhilfe, in dem nur eine summarische Prüfung stattfindet, zu verlagern und dieses an die Stelle des Hauptsacheverfahrens treten zu lassen (vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 11. März 2010 - 1 BvR 365/09 -, Rn. 17; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 22. August 2018 - 2 BvR 2647/17 -, Rn. 14; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 23. Oktober 2018 - 2 BvR 1050/17 -, Rn. 14; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 4. Dezember 2018 - 2 BvR 2726/17 -, Rn. 13; Beschluss der 1. Kammer des Zweiten Senats vom 5. Dezember 2018 - 2 BvR 2257/17 -, Rn. 14; Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 16. April 2019 - 1 BvR 2111/17 -, Rn. 22). Im Prozesskostenhilfeverfahren dürfen grundsätzlich keine strittigen Rechts- oder Tatsachenfragen geklärt werden (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 14. Oktober 2003 - 1 BvR 901/03 -, NVwZ 2004, S. 334 <335>; Beschluss der 2.

Kammer des Ersten Senats vom 19. Februar 2008 - 1 BvR 1807/07 -, Rn. 23; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 28. August 2014 - 1 BvR 3001/11 -, Rn. 13).

27

Allerdings begegnet die Verweigerung von Prozesskostenhilfe keinen verfassungsrechtlichen Bedenken, wenn ein Erfolg in der Hauptsache zwar nicht schlechthin ausgeschlossen, die Erfolgschance aber nur eine entfernte ist (vgl. BVerfG, Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 28. August 2014 - 1 BvR 3001/11 -, Rn. 12; Beschluss der 3. Kammer des Zweiten Senats vom 1. April 2015 - 2 BvR 3058/14 -, Rn. 20). Daher ist auch eine Beweisantizipation im Prozesskostenhilfeverfahren in begrenztem Rahmen zulässig. Die verfassungsgerichtliche Prüfung beschränkt sich in diesen Fällen darauf, ob konkrete und nachvollziehbare Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass eine Beweisaufnahme über die streitigen Tatsachen mit großer Wahrscheinlichkeit zum Nachteil des Beschwerdeführers ausgehen würde (BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 3. September 2013 - 1 BvR 1419/13 -, Rn. 23). Kommt jedoch eine Beweisaufnahme ernsthaft in Betracht und liegen keine konkreten und nachvollziehbaren Anhaltspunkte dafür vor, dass die Beweisaufnahme mit großer Wahrscheinlichkeit zum Nachteil des Beschwerdeführers ausgehen würde, so läuft es dem Gebot der Rechtsschutzgleichheit zuwider, dem Unbemittelten wegen fehlender Erfolgsaussichten seines Rechtsschutzbegehrens Prozesskostenhilfe zu verweigern (vgl. BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 20. Februar 2002 - 1 BvR 1450/00 -, NJW-RR 2002, S. 1069; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 21. November 2008 - 1 BvR 2504/06 -, Rn. 13; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 1. Juli 2009 - 1 BvR 560/08 -, Rn. 13; Beschluss der 3. Kammer des Ersten Senats vom 25. April 2012 - 1 BvR 2869/11 -, Rn. 18; stRspr)...“ (**Zitat Ende**)

Und in dem Beschluss des BVerfGs vom 29.11.2019 zu 1 BvR 2666/18 in einer Schmerzensgeldklage heißt es (**Zitat**):

„aa) Nach der in Rechtsprechung und Literatur zu § 114 Satz 1 ZPO weit überwiegenden Meinung hat ein Rechtsschutzbegehren im Rahmen einer bezifferten Schmerzensgeldklage in aller Regel dann hinreichende Aussicht auf Erfolg, wenn der verlangte Betrag noch vertretbar erscheint (vgl. OLG Karlsruhe, Beschluss vom 16. Februar 2011 - 4 W 108/10 -, juris, Rn. 17; OLG Düsseldorf, Beschluss vom 3. November 2011 - 1 W 32/11 -, juris, Rn. 3; Fischer, in: Musielak/Voit, 16. Aufl. 2019, ZPO § 114 Rn. 29; Kießling, in: Saenger, ZPO, 8. Aufl. 2019, § 114 Rn. 21; Slizyk, in: IMM-DAT Kommentierung, 15. Aufl. 2019, Rn. 484). Im Prozesskostenhilfeverfahren ist daher ein gedachter Rahmen zu bilden, in dem sich die richterliche Ermessensausübung im konkreten Fall bewegen kann. Erst wenn der Klageantrag, für den Prozesskostenhilfe begehrt wird, über diesen Rahmen hinausgeht, hat das Verfahren keine Aussicht auf Erfolg. Nur dann muss keine Prozesskostenhilfe gewährt werden. Die abschließende Entscheidung, welche Umstände für die Bemessung des Schmerzensgeldes von Bedeutung sind, wie diese Umstände zu bewerten sind, und wie das Gericht dabei sein Ermessen ausübt, sind jedoch erst im Hauptsacheverfahren zu entscheiden.

16

Eine solche Auslegung folgt dem Gebot der Rechtsschutzgleichheit aus Art. 3 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 GG. Den Unbemittelten muss bei einem nicht nur entfernt erfolgversprechenden Antrag die Möglichkeit eröffnet werden, diesen in einem Hauptsacheverfahren mit anwaltlicher Unterstützung und unter etwaiger Hinzuziehung von Zeugen und Sachverständigen prüfen zu lassen. Das Hauptsacheverfahren eröffnet sowohl den Unbemittelten wie auch den Gegnern der jeweiligen Klage ungleich bessere Möglichkeiten der Entwicklung und Darstellung sowohl der Tatsachen wie auch des eigenen Rechtsstandpunktes. Dies gilt insbesondere, wenn Unbemittelte im

Prozesskostenhilfverfahren noch nicht anwaltlich vertreten sind, sondern anwaltliche Unterstützung erst noch begehren. Erst die vertiefte Erörterung im Hauptsacheverfahren eröffnet auch die Möglichkeit, die Rechtsauffassung, die ein Gericht zunächst entwickelt, zu überdenken. Zudem bestehen je nach Verfahrensart erst mit einem Hauptsacheverfahren auch Möglichkeiten, eine für die Antragstellenden günstige Entscheidung der Rechtsfrage durch ein Gericht höherer Instanz zu erreichen (vgl. BVerfGE 81, 347 <359>)...“(Zitat Ende)

Vor diesem Hintergrund möge das erkennende Berichte bitte nicht die Anforderungen an die Bewilligung von PKH überspannen.

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.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin eine (rückständige) Rente (zu ihrem Verdienstaufschaden) in Höhe von insgesamt€ nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem ... zu bezahlen.

3.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin ab dem ... bis zum ... eine vierteljährlich voranzahlbare monatliche Rente (zu ihrem Verdienstaufschaden) in Höhe von ... € jeweils im Voraus zum 1.1., 1.4., 1.7. und 1.10. eines Jahres zu bezahlen.

4.

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 mit fehlerhaften Fach- und Gebrauchsinformationen) bereits entstanden ist und künftig noch entstehen wird, soweit der Anspruch nicht auf einen Sozialversicherungsträger oder andere Dritte übergegangen ist.

5.

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

6.

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 17.850,00 € freizustellen.

7.

Die Beklage trägt die Kosten des Rechtsstreits.

8.

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.

Schon jetzt wird gerade auch im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Klägerin gem. § 128 a ZPO beantragt, dass die mündliche Verhandlung als Videoverhandlung stattfindet und der Klägerin und mir als Unterzeichner die Teilnahme per Bild- und Tonübertragung zu gestatten.

Inhaltsverzeichnis

A) Vorbemerkungen.....	23
I. Einleitende Anmerkungen	23
II. Unzutreffende Narrative.....	26
III. Sachbücher und sonstige Beiträge zur Vertiefung.....	67
B) Allgemeine Daten zur Firma BioNTech und zu Comirnaty.....	81
C) BioNTechs übelste Fehleinschätzungen, Manipulationen, Lügen und Unterlassungen im Zusammenhang mit der Entwicklung, der Zulassung und dem Vertrieb von Comirnaty	99
I. Grundsätzliche „konzeptionelle“ Fehler schon in der Entwicklung	100
II. Die Zulassungsstudie - Mängel in den Zulassungsverfahren der EMA.....	118
III. Die Zulassungsentscheidung	179
IV. Produktion	205
V. Vertrieb / Erkenntnisse nach der Zulassung	212
D) Keine Aufsicht, kein Hinterfragen, keine Aufklärung	221
I. Das systematische Versagen der Arzneimittelaufsichtsbehörden.....	221
II. Datenbanken zu den Nebenwirkungen der Covid-19-Injektionen, die auch für jeden „Impf“-Arzt zugänglich waren	259
III. Zur Verantwortlichkeit der Covid-19-„Impf“-Ärzte.....	262
E) Begründung der Klageanträge	264
E/1) Sachverhalt:.....	264
I. Krankengeschichte:.....	264
II. Nachweise und Indizien für die Kausalität der Covid-Injektionen für die streitgegenständlichen Impfschäden	275
1.Hintergründe.....	280
2. Diagnosen	281
2.1 COVID-19 Impfungen	281
2.2 Lymphadenopathie	281
2.3 Sakroiliitis und Spondyloarthritis	282
2.4 ME-CFS	284
III. Typische Nebenwirkungen von Comirnaty	290
E/2) Begründung der Klageanträge/Zur Rechtslage	314
I. Ansprüche aus Gefährdungshaftung – Anspruch aus § 84 Arzneimittelgesetz (AMG).....	314
II. Ansprüche aus Verschuldenshaftung.....	391
1. Kein Anspruch auf Produkthaftung nach ProdHaftG	391
2. Anspruch aus Produzentenhaftung nach § 823 Abs. 1 BGB.....	391
3. Anspruch aus § 823 Abs. 2 BGB i.V. mit Schutzgesetzen (insbes. des StGB).....	396
4. Anspruch aus § 826 BGB: Sittenwidrige vorsätzliche Schädigung.....	409
III. Anspruch aus § 32 GenTG	412

IV. Haftung mehrerer gem.§ 840 BGB	416
V. Zu Fragen der Verjährung	417
F) Womit sich die Beklagte nicht verteidigen kann.....	419
G) Zur bisherigen Rechtsprechung gegen Covid-19-Injektionshersteller	445
H) Die Bezifferung der einzelnen Ansprüche:	458
I. Immaterielle Schäden	458
II. Materielle Schäden	462
III. Erstattung vorgerichtlicher Kosten und Auslagen.....	463
I) Gebotenheit der Klage.....	468
Anhang.....	469
A) Strafantrag ist nicht Voraussetzung für strafrechtliche Ermittlungen.....	469
B) Weitere Belege zur Wirkungslosigkeit der Covid-19-Injektionen.....	471
C) Weitere Belege zur Gefährlichkeit der Covid-19-Injektionen.....	473
D) Totalversagen der Bundesgerichte.....	488
E) Vorbehaltene Beweisanträge zu Übersterblichkeit und Biowaffen.....	512
F) Sind WHO, WEF und UN Terrororganisationen?	527
G) Was müsste (sofort) verändert werden?	531
H) Off-Label-Therapien von Covid-19-Injektionsgeschädigten – Wer zahlt?	535
I) Überflüssige Debatten, die vor Gericht nur schaden.....	538
J) Ansätze die das Immunsystem unterstützen	539
Weitere Bücher von mir.....	540

Anlage 0: Erklärung zu den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen

Anlage K 0: Gutachten von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer (Stand 10.1.2024) zur „Bewertung der Eignung der RT-qPCR Technik zum Nachweis einer möglichen Infektion und Infektiosität von Personen bezüglich SARS-CoV-2“.

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 negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis von Comirnaty 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 7A: Analyse von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer mit dem Titel „DNA ist kein Spielzeug“

Anlage K 7B: Schriftsatz von RA DDR. Renate Holzeisen mit Begründung des Rechtsmittels gegen den Beschluss des europäischen Gerichts vom 11.12.2023 zu AZ. T-109/23

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: (Nicht belegt)

Anlage K 15 A: “5.3.6 Cumulative Analysis of Post-Authorization Adverse Event Reports of PF-07302048 (BNT162B2) Received through 28-Feb-2021” (also bis 28.2.2021)

Anlage K 15 B: Appendix 2.2: Cumulative and Interval Summary Tabulation of Serious and Non-Serious Adverse Reactions from Post-Marketing Data Sources 19.12.21 – 18.6.2022

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

Anlagenkonvolut K 19: Außergerichtliches Schreiben an die Beklagte vom ...

Anlage K 20: Außergerichtliches Schreiben der Beklagten vom

Anlage K 21: Rechnung des Sachverständigen Dr. Hans-Joachim Kremer vom 23.5.2024

Anlage K 22: Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 18.12.2023 über das PEI

Anlage K 23: Beitrag von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer vom 18.12.2024 mit dem Titel „Fakten zu Comirnaty – Wirkmechanismen und Schadpotential“

Anlage K 24: Beitrag von Klaus Steger und Ulrike Kämmerer vom 7.1.2025 mit dem Titel „DNA-Reste in RNA-basierten „genetischen Impfstoffen - FRAGEN UND ANTWORTEN“

Anlage K 25: Anlage von Prof. Dr. Martin Schwab mit Auswahl von Fallberichten nach Covid-19-Impfung

Anlage K 26: Gutachten von Dr. Hans-Joachim Kremer zum Nutzen-Risiko-Verhältnis von Spikevax

Wie schon oben gesagt:

Die obigen Anlagen können im Volltext auf meiner Homepage unter dem Link „Bücher“

<https://www.anwalt-schmitz.eu/buecher/>

abgerufen 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.

Richterinnen und Richter, die selbst eine Covid-19-Injektion erhalten haben, sollten sich gewissenhaft prüfen und fragen, ob sie zu den hier zu klärenden Fragen überhaupt noch eine innere Distanz aufbauen und neutral und objektiv bleiben können. Andernfalls sollten sie sich wegen Befangenheit selbst ablehnen.

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%20Pandemie%20hatte,den%20allgemeinen%20Krankenhäusern%20stationär%20behandelt.

Alleine zu diesem Aspekt gibt es unzählige Beiträge, die diese Lüge in allen Details nachgewiesen haben, so auch die hier übermittelte **Anlage K 1**, die nachfolgend noch weiter in Bezug genommen wird.

2.

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/>

Auch diese Lüge ist schon frühzeitig aufgedeckt worden, so auch bereits in den Wehrbeschwerdeverfahren gegen die Covid-19-Injektionspflicht vor dem BVerwG in der 1. Jahreshälfte 2022 – BVerwG 1 WB 2.22 und BVerwG 1 WB 5.22.

Prof. Dr. Martin Schwab hat diesen Sachverhalt bereits in seinem Schriftsatz an das BVerwG vom 3.6.2022 ab Seite 6 im Detail aufgearbeitet, siehe:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/06/3.6.22-SS-fertig-Word.Doc-Version-anonymisiert.pdf>

tkp.at hat am 21.3.2025 abermals über diesen wissenschaftlichen Schwindel berichtet:

<https://tkp.at/2025/03/21/falsche-daten-in-drosten-studie-vom-30-1-2020-machten-masken-und-pcr-tests-und-damit-die-pandemie-moeglich/>

Im Übrigen sei ebenfalls auf die Ausführungen in der **Anlage K 1**, dort ab Seite 64 verwiesen.

3.

Tauglichkeit der RT-qPCR Technik zum Nachweis einer möglichen Infektion und Infektiosität von Personen bezüglich SARS-CoV-2? – eine Lüge

Hierzu könnte man sich mittlerweile auf mehrere Bücher wie dem nachfolgend genannten von Thomas Maul und umfangreiche Gutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer beziehen.

In dem Beitrag „**Der PCR-Test, der große Bluff**“ auf tkp.at vom 2.5.23, heißt es hierzu (**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/>

Das Gerede vom „Goldstandard“ steht in diesem Kontext also nur für den untauglichen Versuch, wertloses Blech als Gold zu verkaufen und die Öffentlichkeit zu täuschen.

Dennoch lautet die seit dem Beschluss des BVerwGs vom 7.7.2022 – BVerwG 1 WB 2.22 von der Rechtsprechung stets ungeprüft wiederholte und evident falsche, weil durch Fakten eindeutig widerlegte Behauptung (**Zitat**):

„Vor diesem Hintergrund hat der Senat keine Zweifel, dass die in Deutschland durchgeführten PCR-Tests, deren Ergebnisse in die Einschätzungen des Robert-Koch-

Instituts zur Gefahrenlage und zur Wirksamkeit der Impfstoffe einfließen, geeignet sind, verlässliche Indikatoren für Infektionen für SARS-CoV-2 zu liefern. Sie bilden – wie vom Robert-Koch-Institut angegeben – den „Goldstandard für den Nachweis von SARS-CoV-2“. (ebenda, RN 153)

Quelle:

<https://www.bverwg.de/de/070722B1WB2.22.0>

Richter, die diesen Beschluss des BVerwGs ungeprüft in Bezug nehmen, waren damals eben nicht bei der Beweisaufnahme dabei und haben deshalb keine Ahnung von den Einwendungen, die Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer dort gegen die „Eignung“ der RT-qPCR-Technik vorgetragen hat.

Ich war mandatführender Anwalt in diesem Verfahren und weiß deshalb ganz genau, was Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer damals am 2. Verhandlungstag zu diesem Thema mündlich vorgetragen und noch zeitig vor der Verkündung des Beschlusses am 7.7.2022 durch ein umfangreiches Gutachten weiter begründet hat.

Das BVerwG musste es definitiv besser wissen und wusste es sicherlich auch besser. Gehen wir also ein wenig mehr ins Detail.

Daher überreiche ich Ihnen hiermit als

Anlage K 0

die aktuelle Fassung des Gutachtens von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer (Stand 10.1.2024) zur **„Bewertung der Eignung der RT-qPCR Technik zum Nachweis einer möglichen Infektion und Infektiosität von Personen bezüglich SARS-CoV-2“**.

Wer dieses Gutachten gelesen hat, der wird sich fragen, warum das BVerwG damals etwas anderes behauptet hat und diese untauglichen Tests mit abwegigen Behauptungen verteidigt hat.

Diese RT-qPCR-Technik ist zum Nachweis einer möglichen Infektion und Infektiosität **nachweislich absolut ungeeignet**, und das wird von zahlreichen (nicht korrumpierten) Experten so bestätigt. Diese Quellen werden in diesem Gutachten ebenfalls aufgeführt.

Die Untauglichkeit des PCR-Tests war übrigens auch dem RKI positiv bekannt!

Prof. Dr. Martin Schwab hat den 1. Wehrdienstsenat des BVerwG zudem bereits in seinem Schriftsatz vom 3.6.2022 auf folgende Umstände hingewiesen (**Zitat**):

„b) PCR-Test als Infektionsnachweis

§ 2 Nr. 2 IfSG definiert die Infektion als die Aufnahme eines Krankheitserregers und dessen Vermehrung im menschlichen Körper. Eben dieses Charakteristikum der Infektion, die Vermehrung des Krankheitserregers, kann ein PCR-Test indes nicht beweisen. Lesen wir hierzu einen Aufsatz mit dem Titel „Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19“, der im Epidemiologischen Bulletin **des RKI Nr. 39/2020, S. 3-11** veröffentlicht und an dem Herr Prof. Dr. Lothar Wieler, Präsident des RKI beteiligt ist. Dort heißt es zunächst auf Seite 5, rechte Spalte unten (Zitat ohne Fußnoten):

„Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen ist [richtig: sind], wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde“.

Also: der positive Test weist womöglich nicht auf eine aktive, ansteckungsfähige Infektion hin, sondern auf eine vergangene, überstandene Infektion – für die sich das Infektionsschutzgesetz nicht mehr interessiert, weil von ihr keinerlei Gefahr mehr ausgeht.

Auf S 8, rechte Spalte oben/Mitte, wird sodann zwar der PCR-Test als Goldstandard für den Nachweis einer COVID-19-Infektion gepriesen. Gleich danach wird dem Leser des Beitrags indes die folgende Information zuteil:

„Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt allerdings keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist. In-vitro-Daten weisen auf ein Verhältnis von 10:1 bis 100:1 zwischen genomischer RNA und infektiösen Viruspartikeln hin.“

Im Klartext: Im *günstigsten* (!) Fall enthalten 10% der positiv getesteten Abstrich-Proben ansteckungsfähiges Virus. **Und das RKI weiß das.** Die Inzidenzwerte, die Tag für Tag übermittelt werden und die sich am gesetzlichen Tatbestandsmerkmal der „Neuinfektionen“ festmachen (§ 28a Abs. 3 IfSG), müssen vor dem Hintergrund der soeben zitierten Ausführungen mindestens durch den Divisor 10, wenn nicht gar durch den Divisor 100 geteilt werden. Und dabei sind noch längst nicht alle möglichen Fehlerquellen berücksichtigt, die der Bewertung eines positiven Testergebnisses als „Infektion“ im Wege stehen können:

1. a) Die WHO empfahl am 13.1.2021, bei positiv getesteten, aber symptomlosen Personen eine weitere Abstrich-Probe zu entnehmen und diese ebenfalls zu testen, bevor der Fall als Infektion angesehen wird. Es ist nicht gewährleistet, dass dies durchgängig geschieht.
2. b) Es ist möglich, dass ein positives Testergebnis bei einer Person, die innerhalb der zurückliegenden 6 Wochen schon einmal positiv getestet worden ist, als neuer Fall registriert wird, obwohl es sich immer noch um dieselbe Infektion handelt (Problem der Mehrfachtestung).
3. c) Es ist möglich, dass die Testergebnisse durch Kreuzkontamination, also durch Proben-Reste aus vorangegangenen Abstrich-Proben beeinflusst werden, insbesondere bei auffälligen Häufungen positiver Testergebnisse.
4. d) Es ist möglich, dass Abstrich-Proben, die (insbesondere durch Blut) kontaminiert und daher für die Diagnostik unverwertbar sind, gleichwohl aber verwertet werden.
5. e) Das US-amerikanische CDC entzog am 7.12.2021 dem PCR-Test die Notfallzulassung als Diagnostikum, als es feststellte, dass die Tests nicht zwischen Corona- und Influenza-Viren unterscheiden konnten (https://www.cdc.gov/csels/dls/locs/2021/07-21-2021-lab-alert-Changes_CDC_RT-PCR_SARS-CoV-2_Testing_1.html).

Damit steht zugleich fest, dass nicht etwa (wie Herr Wölfel aber meint) Milliarden Menschen an COVID-19 erkrankt (sind), sondern allenfalls Milliarden Menschen positiv getestet wurden und dass diese Testergebnisse nichts aussagen.

Aus diesem Grund ist auch der Darstellung im Schriftsatz der Beschwerdegegnerin, wonach positiv getestete Personen, selbst wenn sie keine Symptome haben, messbare Viren replizieren und daher per definitionem „erkrankt“ sind, *schlicht und ergreifend falsch*. Diese Behauptung der Beschwerdegegnerin wird durch die Einsichten aus dem Epidemiologischen Bulletin Nr. 39/2020 zur Gänze widerlegt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin sind Personen, die keine klinischen Symptome aufweisen, *gesund*, und zwar völlig egal wie das PCR-Testergebnis ausfällt.“(Zitat Ende)

Quelle:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/06/3.6.22-SS-fertig-Word.Doc-Version-anonymisiert.pdf>

Ohne diese „Test-Pandemie“ auf der Basis eines von vornherein untauglichen Tests hätte die Politik nicht Fallzahlen (ohne jede Aussagekraft) generieren können, die offenkundig lediglich der künstlichen Inszenierung eines immer weiter fortbestehenden „Pandemie“-Geschehens dienen. Damit fehlten den immer weiteren Grundrechtseingriffen, die mit solchen Fallzahlen gerechtfertigt wurden, von vornherein jegliche Grundlage.

4.

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/>

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 er 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.

Schon am 7.4.2020 berichtete welt.de (Zitat):

„Der Hamburger Rechtsmediziner Klaus Püschel untersucht mit seinem Team die Corona-Opfer in der Hansestadt, und er hält die Angst vor dem Virus für überzogen. **In Hamburg sei bisher kein einziger nicht vorerkrankter Mensch an dem Virus gestorben**, sagt Püschel der „Hamburger Morgenpost“. „Dieses Virus beeinflusst in einer völlig überzogenen Weise unser Leben. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht“, sagt der renommierte Rechtsmediziner.“

<https://www.welt.de/regionales/hamburg/article207086675/Rechtsmediziner-Pueschel-In-Hamburg-ist-niemand-ohne-Vorerkrankung-an-Corona-gestorben.html>

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.

Einen weiteren wichtigen Hinweis darauf gibt Thomas Maul in seinem Buch „Was Man wann wissen konnte“ auf den Seiten 34 ff. unter der Kapitelunterschrift **„Deutlicher als das RKI kann man die Gefährlichkeit Coronas nicht widerlegen“**, wo es unter Bezugnahme auf eine – aktuell nicht mehr abrufbare - FAQ des RKI u.a. heißt (**Zitat**):

„GrippeWEb gehört zu den syndromischen Überwachungssystemen. Bei Grippe-Web werden Symptome abgefragt, die auch bei Covid-19 beobachtet werden. Deshalb wären aufgetretene Covid-19-Erkrankungen – ob als solche (labor-)diagnostiziert oder nicht – ebenfalls inbegriffen. ES werden bei GrippeWeb folgende Definitionen benutzt: Akute respiratorische Erkrankungen (ARE) sind neu aufgetretene akute Atemwegserkrankungen mit Fieber ODER Husten ODER Halsschmerzen; grippeähnliche Erkrankungen (influenza-like illness; ILI) sind neu aufgetretene akute Atemwegserkrankungen mit Fieber UND (Husten ODER Halsschmerzen). Somit gehören alle ILI auch zu den ARE. **Die Covid-19-Wellen“ (Im März/April 2020 sowie im September/Oktober 2020) bilden sich bei GrippeWeb in den ARE- und ILI-Raten bisher nicht ab, da sich die COVID-19-Fallzahlen noch in einer Größenordnung bewegen, die noch unterhalb des „syndromischen Radars“...**

Angenommen: Bei im Durchschnitt 22.000 Sars-CoV-2-Fällen pro Tag, die nach IfSG von den Gesundheitsämtern gemeldet werden, ergibt das 154.000 Sars-CoV-2-Fälle pro Woche. Wenn man davon ausgehe, dass alle Fälle mit Sars-CoV-2-Nachweis symptomatisch sind und zusätzlich die Untererfassung beispielsweise mit dem Faktor 3 korrigiert wird..., dann wären es in Spitzenwochen 462.000 Covid-19-Fälle. Das entspricht auf die Bevölkerung in Deutschland (ca. 83 Mio.) gerechnet rund 0,5 %. Das heißt, dass bei einer ARE-Rate von 3,4 % (GruppeWeb) die Covid-19-Erkrankungen mit 0,5 % nur ein kleiner Teil sind...”

Man muss sich das auf der Zunge zergehen lassen: Nach Aussage des RKI sind die Corona-„Infektionszahlen“, **selbst wenn** man sie verdreifacht und dabei faktenwidrig annimmt, jeder positiv Getestete sei ein symptomatisch Infizierter/Erkrankter, **im Verlauf von 2020 immer unterhalb des „syndromischen Radars“ geblieben, stets auf Bevölkerungsebene nicht wahrnehmbar gewesen, und werden deshalb von den traditionellen Meldesystemen des Sentinel nicht einmal registriert.**“ (Zitat Ende, Fettdruck und Unterstreichungen hinzugefügt)

Es hat sich auch schon längst herausgestellt, dass „die Bilder von Bergamo“ nur ein Fake waren und dem Schüren von Panik dienten:

<https://tkp.at/2024/12/09/bilder-aus-bergamo-neue-enthuellung/>

5.

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

Die Beiträge hierzu sind mittlerweile ebenfalls Legion und würden ein eigenes Sachbuch verdienen.

Spätestens seit der Verkündung des **Beschlusses des Familiengerichts Weimar vom 8.4.2021 – 9 F 148/21** war aufgeklärt, dass es für Masken- und Testpflichten und Abstandsgebote keine wissenschaftliche Evidenz gab und diese Maßnahmen letztlich nur Schaden anrichten.

Link zum Volltext dieses wegweisenden Beschlusses:

<https://openjur.de/u/2334639.html>

Der Richter Christian Dettmar hat für seinen Mut, in der damaligen Hochphase der Panikmache diesen Beschluss zu verkünden, bekanntlich einen sehr hohen persönlichen Preis bezahlt. Es sagt m.E. alles über den moralisch verwahrlosten Zustand in diesem Land aus, dass sich Politik und Medien nach dem 8.4.2021 beharrlich geweigert haben, sich mit den Sachargumenten dieses Beschlusses auseinanderzusetzen.

Im Übrigen sei in diesem Kontext zur Wahrung der Übersichtlichkeit nur auf folgende Beiträge auf tkp.at (jeweils mit Links zu einschlägigen Studien) verwiesen (**Zitat**):

a)

Artikel vom 1.10.2023 zur grundsätzlichen Unwirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen (NPIs):

„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**)

Beweis:

https://assets.publishing.service.gov.uk/media/65144556b1bad400144fd910/NPI_and_COVID_mapping_review.pdf

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

b)

Masken: Argumente dafür, warum Masken grundsätzlich schädlich und für Zwecke des Virenschutzes untauglich sind:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-8>

<https://tkp.at/2024/12/18/unethisch-aus-sicht-der-naturwissenschaft-verurteilungen-wegen-maskenbefreiung/>

<https://tkp.at/2023/02/01/cochrane-review-zeigt-neuerlich-masken-schuetzen-nicht/>

<https://tkp.at/2023/01/22/meta-analyse-ueber-37-studien-maskentragen-ist-gesundheitsschaedlich/>

Zur weiteren Vertiefung gäbe es noch das 404-seitige Sachbuch von Ines Kappstein mit dem Titel „**Aerosole, Angst und Masken**“.

c)

Abstandsregel: Frei erfunden !

„In einer Anhörung vor dem Unterausschuss des Repräsentantenhauses zur Coronavirus-Pandemie Anfang des Jahres sagte Fauci den Republikanern, dass die Sechs-Fuß-Regel (knapp 2 Meter) zur sozialen Distanzierung „irgendwie einfach aufgetaucht“ sei und dass er sich nicht daran erinnere, wie sie zustande gekommen sei; „Wissen Sie, ich erinnere mich nicht. Sie ist irgendwie einfach aufgetaucht“, sagte er laut Ausschussprotokollen, als er gefragt wurde, wie die Regel zustande kam.

Er fügte hinzu, dass ihm „keine Studien“ bekannt seien, die die soziale Distanzierung unterstützten, und räumte ein, dass es „sehr schwierig“ sei, solche Studien durchzuführen.“

Quelle:

<https://tkp.at/2024/06/03/fauci-gibt-zu-covid-regeln-waren-willkuerlich-und-ausgedacht/>

d)

Bemühungen diese NPIs nachträglich mit Pseudowissenschaft zu rechtfertigen: Kläglich gescheitert!

Hierzu sei nur auf folgende Quellen verwiesen:

<https://tkp.at/2025/02/14/internationale-kritik-an-deutscher-corona-regierungsstudie/>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.01.22.25320783v1>

Neue Studie widerlegt das RKI: <https://www.nachdenkseiten.de/?p=130438>

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, Menschleben 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 schlechten 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 Interessengeleitete 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 – Mangelernährung 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 kein Mensch das extrem schädliche Remdesivir benötigt, das längst den Spitznamen „TheDeathsnear“ hat.

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

Zur Vertiefung empfiehlt sich u.a. das Buch „**Gesund in sieben Tagen – Erfolge mit der Vitamin-D-Therapie**“ von Dr. med. Raimund von Helden.

b)

Ivermectin

Schon lange vor der Einführung der Covid-19-Injektionspflicht („Duldungspflicht“) bei der Bundeswehr 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:

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)

Weitere alternative Behandlungsmöglichkeiten:

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 wohl 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/>

e)

Die Expertin Dr. Sabine Stebel ist in ihrem Substack vom 1.7.2024 mit dem Titel **„Schädliche Mittel wurden beworben, hilfreiche Mittel wurden diffamiert“** ebenfalls der Frage nachgegangen, welche Mittel schon vor Beginn der Covid-19-Injektionskampagne Dezember 2020 eine gute Wirksamkeit gegen das SARS-CoV2-Virus haben.

In diesem Substack, der sich u.a. mit Zink, Zink Ionophoren (wie Hydroxychloroquine, Quercetin und Chloroquin), Vitamin und Ivermectin auseinandersetzt und die obigen Feststellungen vollumfänglich bestätigt, heißt es einleitend (**Zitat**):

„Ich bekam den Auftrag, einige Medikamente zusammenzustellen, von denen schon vor der „Impfung“ klar war, dass sie gegen Coronaviren funktionieren.

Mit geeigneten sicheren Mitteln hätte es keine Notfallzulassung geben dürfen.

Na dann schauen wir mal, was es schon vor 2020 gab und wie nachweislich funktionierende Mittel von Politik und Medien diffamiert wurden.

Natürlich kann ich nur Beispiele bringen. Allein „Der Krieg gegen Ivermectin“ hat bereits ein ganzes Buch gefüllt (Amazon.de. (n.d.). <https://www.amazon.de/War-Ivermectin-Medicine-Millions-Pandemic/dp/151077386X/>)

Diese lügenden Institutionen haben sehr viel Schuld auf sich geladen und wahrscheinlich viele Menschen das Leben gekostet.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/schadliche-mittel-wurden-beworben>

Beweis:

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

Schließlich kommt die Expertin Dr. Sabine C. Stebel – so wie alle, die sich objektiv und unbefangen mit diesen Fragen befassen – in ihrem vorgenannten Substack zu dem persönlichen Fazit (**Zitat**):

„Wahrscheinlich hätte allein ausreichend Zink mit einem entsprechenden Ionophor und/oder einfach ein ausreichender Vitamin D Spiegel (<https://www.amazon.de/Herdengesundheit-Corona-Krise-nat%C3%BCliche-Alternative-Impfprogramm/dp/3981404874/>) in den meisten Fällen vollkommen ausgereicht, laut Literaturlage. Ich bin aber kein Arzt und kann das nicht aus der Praxis bestätigen.

Stattdessen wurde eine vollkommen neue Substanzklasse ohne entsprechende Risikoprüfungen in den Markt gedrückt und laut Literaturlage funktionierenden, sichere Substanzen von Staaten weltweit, Hand in Hand mit der bezahlten Systemjournalie schlecht gemacht.

Schlimmer noch, es wurden nutzlose, tödliche Mittel mit Notfallzulassung wie Remdesivir, Paxlovid und Molnupiravir empfohlen und vorgeschrieben.“ (**Zitat Ende**)

Quelle und Beweis:

wie vor

Ergänzend hierzu sei angemerkt:

Wie sah denn die Bilanz von mechanischen Beatmungen (ohne jede Rücksichtnahme auf sekundäre bakterielle Infektionen) in Krankenhäusern aus?

Die Empfehlung, Covid-Patienten in erster Linie mechanisch zu beatmen, kam von der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

So lautete die Überschrift eines Artikels im Portal „**Business Insider**“ schon am 9.4.2020 (übersetzt):

„In New York sterben 80 Prozent der Corona-19-Patienten, die an ein Beatmungsgerät angeschlossen werden – einige Mediziner versuchen, diese nicht mehr zu verwenden.“

Quelle:

<https://www.businessinsider.com/coronavirus-ventilators-some-doctors-try-reduce-use-new-york-death-rate-2020-4?r=DE&IR=T>

Deutsche Übersetzung:

<https://www.businessinsider.de/wissenschaft/gesundheit/80-prozent-der-kuenstlich-beatmeten-corona-patienten-in-newyork-sterben-2020-4/>

Auch FOCUS online, das nun definitiv nicht zu den sog. Alternativmedien gehört, hat sich **schon in 2020** (!) dieser Thematik angenommen und hierüber in einem Beitrag vom 24.4.2020 mit dem Titel **„Neue Corona-Studie: Knapp 90 Prozent der Beatmungspatienten sterben in New York“** u.a. berichtet (**Zitat**):

„Ist eine künstliche Beatmung von Covid-19-Patienten sinnvoll? Erste Zahlen aus Großbritannien und New York legen nahe, dass viele Menschen am Beatmungsgerät sterben. Eine neue Studie aus dem Epizentrum New York untermauert dies deutlich.

...

Aber immer mehr Ärzte beobachten, dass sich der Zustand von Covid-19-Patienten rasch verschlechtert, sobald ihnen Schläuche in die Luftröhre geschoben und sie an ein Beatmungsgerät angeschlossen wurden. Krankenhäuser in den USA versuchen deshalb seit einigen Wochen, die Beatmung so lange wie möglich hinauszuzögern.

New York: "Erste große Studie in den USA"

Die ersten Warnungen kamen aus [Italien](#), wo der größte Teil der beatmeten Patienten starb. Auch die Zahlen aus Großbritannien und dem US-Bundesstaat [New York](#) sind alarmierend. Großbritannien sprach davon, dass 60 Prozent der Beatmungspatienten starben. Für New York nannte Gouverneur Andrew Cuomo die Zahl von **80 Prozent der intubierten Patienten. Viele der Verstorbenen waren ein bis zwei Wochen auf der Intensivstation behandelt und in ein künstliches Koma versetzt worden, wodurch ihre Muskeln schwanden.**

Eine neue Studie aus den USA zeigt sogar noch höhere Zahlen. Wie **"Newsweek"** schreibt, wurde die Studie im "Journal of the American Medical Association" veröffentlicht. Ihr Ergebnis: **Fast 90 Prozent der beatmeten Covid-19-Patienten starben zwischen 1. März und 4. April.** Angeschaut wurden dafür 12 Krankenhäuser in Northwell Health, dem größten

New Yorker Gesundheitsbezirk. Die Todesrate lag bei 97,2 Prozent für Menschen über 65 Jahre und bei 76,4 Prozent für jene zwischen 18 und 65 Jahren.

Die Studie sei die "erste große Studie mit positiv getesteten Covid-19-Patienten in den USA" heißt es.

"Später intubieren, mit geringerem Druck"

Zu Beginn der Pandemie wurden Covid-19-Patienten mit Atemnot nach den Maßgaben für die Therapie des akuten Atemnotsyndroms (ARDS) behandelt, das zum Beispiel durch eine Lungenentzündung oder einen Unfall ausgelöst werden kann. ARDS bedeutet, dass die Lunge nicht mehr genügend Sauerstoff aufnehmen kann, um die anderen Organe damit zu versorgen. In der Regel werden diese Patienten sehr rasch beatmet, und genauso verfahren die Ärzte anfangs bei der vom Coronavirus ausgelösten Lungenkrankheit Covid-19. Doch nach und nach beobachteten die Mediziner, dass die Atemschwierigkeiten bei Corona-Kranken nicht oder zumindest nicht in allen Fällen mit denen bei ARDS zu vergleichen sind. Die Lunge ist bei Covid-19 nicht in gleicher Weise geschädigt.

...

Die Ärzte stellten fest, dass Patienten mit sehr niedrigem Blutsauerstoffwert, die normalerweise beatmet würden, bei Covid-19 auch ohne Intubation auskamen. Statt die Menschen direkt an das Beatmungsgerät anzuschließen, wenden die Ärzte deshalb weniger invasive Methoden an. Zum Beispiel führen sie Sauerstoff über Nasenkanülen oder Beatmungsmasken zu oder legen den Patienten *auf den Bauch*, was die Lungen ebenfalls unterstützt...“ (**Zitat Ende**, Fettdruck und Unterstreichungen teilweise hinzugefügt)

Quelle:

https://www.focus.de/gesundheit/news/neue-corona-studie-knapp-90-prozent-der-beatmungspatienten-sterben-in-new-york_id_11916856.html

Zum besseren Verständnis der mutmaßlichen Hintergründe für die „Todesfälle Beatmungsgerät“ noch einige Hintergrundinformationen:

Tkp.at am 1.7.2023: **Covid-Patienten starben am Beatmungsgerät wegen unbehandelter bakterieller Infektionen“ (Zitat):**

„Ein großer Teil der angeblichen Covid-Todesfälle trat in den ersten Wochen und Monaten nach Verkündung der Pandemie in Zusammenhang mit der invasiven Beatmung auf. Allerdings erst ab der Veränderung der in schwereren Fällen bisher üblichen Behandlung mit Antibiotika gegen bakterielle Lungenentzündungen. Viele Ärzte und Wissenschaftler kritisieren schon lange, dass diese Änderung viele der Todesfälle in Zusammenhang mit der Beatmung verursacht hat.

In den Behandlungsprotokollen wissenschaftlich arbeitender Mediziner waren für schwere Fälle das Antibiotikum Acithromycin enthalten. ...

Eine 2023 im Journal of Clinical Investigation [veröffentlichte Studie](#) (Titel „*Machine learning links unresolving secondary pneumonia to mortality in patients with severe pneumonia, including COVID-19*“) ergab, dass sekundäre bakterielle Lungenentzündung, die mangels Behandlung mit Antibiotika nicht abklingt, die Todesursache bei Patienten mit COVID-19 war. Die Studie zeigte, dass eine sekundäre bakterielle Lungenentzündung

bei Patienten mit Covid sehr häufig auftrat und fast die Hälfte der Patienten betraf, die mechanisch beatmet werden mussten.

Benjamin Singer, einer der Forscher der Studie und außerordentlicher Professor für Medizin an der Northwestern University Feinberg School of Medicine, [erläuterte das Ergebnis](#):

Unsere Studie unterstreicht, wie wichtig es ist, sekundäre bakterielle Lungenentzündungen bei kritisch kranken Patienten mit schwerer Lungenentzündung, einschließlich solcher mit COVID-19, zu verhindern, zu suchen und aggressiv zu behandeln.

Die Studie untersuchte den Beitrag der beatmungsbedingten Lungenentzündung zur Sterblichkeit bei 585 Patienten mit schwerer Lungenentzündung und Atemversagen, darunter 190 Patienten mit schwerer Covid-Pneumonie auf der Intensivstation des [Northwestern Memorial Hospital](#). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass fast die Hälfte der Patienten, die mechanisch beatmet werden mussten, von einer sekundären bakteriellen Infektion betroffen waren, die vermutlich erheblich zum Tod beitrug. [Dr. Singer erklärte](#):

Diejenigen, die von ihrer sekundären Lungenentzündung geheilt wurden, hatten eine hohe Überlebenschance, während diejenigen, deren Lungenentzündung sich nicht zurückbildete, mit größerer Wahrscheinlichkeit starben. Unsere Daten deuten darauf hin, dass die Sterblichkeit im Zusammenhang mit dem Virus selbst relativ gering ist, dass aber andere Ereignisse während des Aufenthalts auf der Intensivstation, wie eine sekundäre bakterielle Lungenentzündung, dies ausgleichen.

Richard G. Wunderink, MD, einer der Autoren der Studie und Professor für Medizin an der Northwestern University Feinberg School of Medicine, fügte hinzu:

Die Bedeutung der bakteriellen Superinfektion der Lunge als Beitrag zum Tod von Patienten mit COVID-19 wurde bisher unterschätzt, weil die meisten Zentren nicht danach gesucht haben oder die Ergebnisse nur im Hinblick auf das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer bakteriellen Superinfektion betrachten, nicht aber darauf, ob die Behandlung erfolgreich ist oder nicht..." (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/07/01/covid-patienten-starben-am-beatmungsgeraet-wegen-unbehandelter-bakterieller-infektionen/>

Tkp.at am 26.9.2024 „**Die tödliche Corona-Intervention: mechanische Beatmung**“ (Zitat):

„Von rund einer Million in 1.395 Krankenhäusern beatmeten Patienten starben insgesamt 43,3 % in der Klinik.

Allerdings kamen Corona-positiv getestete deutlich schlechter weg, denn die Mortalitätsrate unter Beatmung stieg auf 53,7 %, während sie für die anderen bei 42,6 % lag. Unter extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) starben 74–80 % der Beatmeten.

Den Autoren zufolge beläuft sich der finanzielle Aufwand für die mechanische Ventilation auf etwa sechs Milliarden Euro jährlich, was 0,17 % des deutschen Bruttoinlandsprodukts entspricht.

Eine Frage, die weder die Studie noch der Bericht stellen, betrifft die sonstige Behandlung. Atemwegsinfektionen sind fast nie nur durch einen einzigen Erreger gekennzeichnet. Schwere Fälle haben so gut wie immer eine bakterielle Koinfektion. Häufig mischen sich auch andere Viren dazu, vor 2020 hatten ein Drittel der Influenza-Patienten eine Corona-Koinfektion, Auch Pilz-Koinfektionen können den Verlauf deutlich schwerer machen.

All das wurde 2020 ausgeblendet, es wurde nur mehr beatmet und die Behandlung der bakteriellen Ko-Infektion durch Antibiotika in den Leitlinien verboten, obwohl es bis Anfang 2020 gute Praxis war.“ (Zitat Ende, Fettdruck und Unterstreichungen teilweise hinzugefügt)

Quelle:

<https://tkp.at/2024/09/26/die-toedliche-corona-intervention-mechanische-beatmung/>

Der weltbekannte Kardiologe und Wissenschaftler Dr. Peter McCullough hat schließlich noch ganz andere Gründe für die vielen Todesfälle in den Krankenhäusern benannt.

In dem tkp.at-Beitrag vom 18.3.2024 mit dem Titel **„Zeugenaussage des Kardiologen Dr. Peter McCullough: Spitäler ermordeten Covid-Patienten“** heißt es:

„Der weltbekannte Kardiologe und Wissenschaftler Dr. Peter McCullough hat in einer brisanten Zeugenaussage die wahre Ursache des Todes von Patienten aufgedeckt, die angeblich an „Covid“ gestorben sind. Er sagte vor dem Novel Coronavirus Southwestern Intergovernmental Committee über die schwindelerregende Zahl von Todesfällen aus, die während und nach der Pandemie aus Krankenhäusern gemeldet worden sind.

McCullough sorgte für Überraschung, als er aussagte, dass keine Patienten an dem Virus gestorben seien. Stattdessen erklärte McCullough dem Gremium, dass jeder einzelne Patient, dessen Todesursache mit „Covid“ angegeben wurde, in Wirklichkeit von dem Krankenhaus „ermordet“ wurde, indem er „behandelt“ wurde.

Laut McCullough verdienten die Krankenhäuser umso mehr Geld, je mehr Patienten sie umbrachten. **Die Spitäler erhielten enorme finanzielle Anreize, tödliche Protokolle einzuführen. Dies ist der Grund dafür, dass „praktisch alle Todesfälle im Krankenhaus stattfanden“,** sagte McCullough aus.

Das Medikament Remdesivir ist so tödlich, dass es den Spitznamen „deathisnear“ (der Tod ist nah) erhielt, nachdem es begann, Tausende von Covid-Patienten im Krankenhaus zu töten. Die Experten behaupteten, dass Remdesivir Covid stoppen würde. Stattdessen stoppte es jedoch die Nierenfunktion und zerstörte anschließend die Leber und andere Organe.

Auch Beatmungsgeräte wurden während der Pandemie in Krankenhäusern in großem Umfang eingesetzt, und die Krankenhäuser und Gesundheitsbehörden bemühten sich, mehr davon zu beschaffen. Schon wenige Wochen nach Deklaration der Pandemie durch die WHO wurde jedoch deutlich, dass die übliche Praxis, Covid-Patienten mechanisch zu beatmen, ein Todesurteil bedeutete.

In New York City starben 76,4 % der Covid-Patienten im Alter von 18 bis 65 Jahren, die an ein Beatmungsgerät angeschlossen wurden. Bei den über 65-jährigen Patienten, die beatmet wurden, lag die Sterblichkeitsrate bei erschütternden 97,2 %.

Die Empfehlung, Covid-Patienten in erster Linie mechanisch zu beatmen, kam von der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Beatmung von Covid-Patienten wurde jedoch nicht als Maßnahme zur Rettung des Patienten empfohlen. Dies geschah zum Schutz des medizinischen Personals, indem das Virus innerhalb des Beatmungsgeräts isoliert wurde.

Die Aussage von McCullough erfolgt, nachdem kürzlich bekannt wurde, dass das Krankenhauspersonal angewiesen wurde, Patienten während der Pandemie zu euthanasieren, um die Zahl der „Covid-Todesfälle“ zu erhöhen. Wie [TKP berichtete](#), sind brisante Dokumente durchgesickert, aus denen hervorgeht, **dass Krankenhäuser angewiesen wurden, Patienten zu euthanasieren, die positiv auf COVID-19 getestet worden waren.** Die offiziellen Dokumente stammen aus dem staatlich finanzierten britischen National Health Service (NHS).

Die brisanten Daten aus dem Bericht wurden von dem australischen Politiker Craig Kelly, dem nationalen Direktor der United Australia Party, veröffentlicht. **Die Dokumente bestätigen die frühere Berichterstattung von Slay News, wonach Patienten euthanasiert wurden, um die Zahl der „Covid-Todesfälle“ zu erhöhen.** Die Beweise zeigen, dass Zehntausende von älteren Menschen ermordet wurden, um die Sterblichkeitsrate zu erhöhen.

Als Todesursache wurde dann „Covid“ angegeben, was darauf hindeutet, dass das Virus viel mehr ältere Menschen tötete, als es tatsächlich war.“ (Zitat Ende, Fettdruck teilweise hinzugefügt)

Quelle:

<https://tkp.at/2024/03/18/zeugenaussage-des-kardiologen-dr-peter-mccullough-spitaeler-ermordeten-covid-patienten/>

Aber es kommt noch schlimmer!

Denn das RKI kannte schon am **10.2.2020** (!) die Fakten, die eine fachgerechte Behandlung von Covid-19-Patienten mit schwerer Atemnot ermöglicht hat.

Ein Fachautorenteam des Vereins MWGFD e.V. hat am 10.10.2024 einen Beitrag mit der Überschrift **„Warum schwieg das RKI“** mit folgendem Inhalt veröffentlicht (**Zitat**):

„Viele Ärzte und Pflegekräfte von Intensivstationen erinnern sich noch immer mit Schrecken daran, wie manche „Corona“-Patienten nach mehreren Tagen milder Erkrankung scheinbar aus dem Nichts heraus eine schwere Atemnot entwickelten, die – handelte es sich doch vermeintlich um ein neues „Killervirus“ – zur Intubation und Beatmung führte; und trotz dieser Behandlung starb ein Großteil der Betroffenen den Behandlungsteams unter den Händen weg – die Lungen hatten versagt.

Dank der offengelegten Besprechungsprotokolle des RKI [\[1\]](#) stellt sich die drängende Frage: **Könnten viele dieser Menschen noch leben, wenn das RKI seine Erkenntnisse vom 10.02.2020 veröffentlicht hätte und die „Risikobewertung“ mit einem deutlichen Warnhinweis auf eine Besonderheit des Virus sofort veröffentlicht hätte, anstatt das vom Minister im Gesundheitsausschuss besprechen zu lassen [2]?**

Diese lebensrettende Erkenntnis, die eben nicht veröffentlicht wurde, findet sich unauffällig unter dem Punkt 2 des RKI-Protokolls (Erkenntnisse über den Erreger) und lautet:

„Deutsche Erkenntnisse: zwei der deutschen Patienten hatten Lungenentzündungen im Zuge einer sekundären Verschlechterung, typisch für SARS und Mers-CoV: beidseitige Pneumonie T-Zellen-vermittelte hyperallergische Reaktion an Tag 7-10, [...]“

Diese harmlos klingende Passage bedeutet schlicht und ergreifend: Die Experten vom RKI hatten bereits am 10.02.2020 entscheidend wichtige Informationen, welche die oben beschriebenen dramatischen Bilder und Verläufe vermutlich größtenteils hätten verhindern können.

Explizit:

- Eine „sekundäre Verschlechterung“ der Erkrankung kann nach etwas über einer Woche „an Tag 7-10“ auftreten (die Südafrikaner nannten das laut Dr. Shankara Chetty daher „Tag 8 Krankheit“ [3]) UND genau das sei „typisch für SARS und Mers-CoV“, also zwei schon bekannte Coronaviren, mit denen das neue Virus eng verwandt war (wie die Experten zu diesem Zeitpunkt ebenfalls wissen mussten). Folglich war spätestens nach den ersten beiden hier im Protokoll beschriebenen Fällen klar, dass diese „Tag 7-10“ Problematik, der eigentlich lebensbedrohlichen Fälle, zu erwarten, ja sogar „typisch“ war.
- Und ganz entscheidend wichtig: Der Pathomechanismus, also die eigentliche Ursache, dieser Lungenentzündung – und damit die Ursache des Erstickens der Betroffenen – ist auch erwähnt, nämlich „T-Zellen-vermittelte hyperallergische Reaktion“. Hätte man das sofort allen medizinischen Einrichtungen (Arztpraxen, Kliniken) mitgeteilt, dann hätte auch gleich jeder Mediziner gewusst, was das bedeutet. Nämlich nichts anderes als eine Art schwere Allergie mit Atemnot, die ja auch bei anderen Allergien auftreten und unbehandelt zum Ersticken führen kann. Und jeder hätte sofort gewusst, was da therapeutisch zu machen ist. Dr. Chetty in Südafrika [3] und auch Ärzte in Guatemala [4] wussten, dass man diese schweren Fälle durch die sofortige Gabe von Antihistaminika und Glucocorticoiden, also einer ganz normalen Allergietherapie, effektiv behandeln und so die schweren oder sogar tödlichen Atemprobleme verhindern konnte. Und jeder europäische Arzt hätte das auch gewusst! Und in ihre Leitlinien [5] eingearbeitet, wo ebenfalls erwähnt wird, dass „Die Zeitdauer vom Beginn der Symptome bis zur Aufnahme auf die Intensivstation beträgt ca. 10 Tage“ also auch hier ist der Zeitraum 7-10 Tage festgehalten, allerdings ohne das Wissen um den Pathomechanismus der hyperallergischen Reaktion.

Angesichts dieser extrem wichtigen Erkenntnis müssen wir uns fragen:

1. **Warum musste die daraus resultierende Risikoeinstufung erst mit dem Ministerium besprochen werden, anstatt sofort überall die Warnung auszugeben: „Achtung, dieses neue Coronavirus kann eine hyperallergische Pneumonie auslösen, die 7-10 Tage nach Beginn der Infektion schlagartig auftritt. Halten Sie genug Antihistaminika und Cortison-Präparate für Ihre Patienten bereit, und reagieren Sie in solchen Fällen schnell, damit Sie Leben retten können!“**
2. **Warum wurde diese Erkenntnis nicht spätestens nach der Besprechung mit dem Ministerium für Gesundheit großflächig publiziert? Wäre hier nicht sogar**

seitens des Ministeriums und RKI eine Pressekonferenz das Gebot der Stunde gewesen?

Wie viele mussten sterben, weil das RKI und der Minister geschwiegen haben?

Quellen:

- [1] [RKI – COVID-19-Pandemie – Hinweise zu den COVID-19-Krisenstabsprotokollen des Robert Koch-Instituts](#)
- [2] Unter Top 3, „Aktuelle Risikobewertung“ im Ergebnisprotokoll der AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (2019nCoV)-Lage) vom 10.02.2020, siehe [1]
- [3] [8th Day Protocol | Dr Shankara Chetty Healthcare](#)
- [4] Servus-TV, „Corona, aus der Suche nach der Wahrheit, Teil 3“ ([Teil 3: Corona – auf der Suche nach der Wahrheit – ServusTV On](#))
- [5] [20200619_S1-Leitlinie_Empfehlungen-intensivmedizinische-Therapie-COVID-19.pdf \(dgiin.de\)](#)“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://www.mwgfd.org/2024/10/haetten-viele-menschen-gerettet-werden-koennen-wenn-das-rki-nicht-geschwiegen-haette/>

Weitere wissenschaftliche Publikationen zu diesem Desaster mit der mechanischen Beatmung:

- [54] Müller KE (2021) Artificial respiration in severe COVID-19 cases - A beneficial or deleterious treatment. Clin Microbiol Infect Dis 6: DOI: 10.15761/CMID.1000186. <https://www.oatext.com/artificial-respiration-in-severe-covid-19-cases-a-beneficial-or-deleterious-treatment.php#Article>
- [55] Huber, W. (2022, July 9). Studien: Bis zu 88 Prozent der Covid-Intensivpatienten „zu Tode beatmet“? Report24. <https://report24.news/studien-bis-zu-88-prozent-der-covid-intensivpatienten-zu-tode-beatmet/>
- [57] Karagiannidis, C., Krause, F., Bentlage, C., Wolff, J., Bein, T., Windisch, W., & Busse, R. (2024). In-hospital mortality, comorbidities, and costs of one million mechanically ventilated patients in Germany: a nationwide observational study before, during, and after the COVID-19 pandemic. The Lancet Regional Health - Europe, 100954. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.100954>

Vor diesem Hintergrund sollte niemand einfach mehr unkritisch und ungeprüft behaupten, die Menschen wären in 2020 „an“ bzw. „wegen“ ihrer Covid-19-Erkrankung in den Krankenhäusern gestorben oder dass es für alle Betroffenen eine Tragödie war, „weil keine ...Beatmungsgeräte verfügbar waren“.

Eine falsche Behandlung mit einem Beatmungsgerät hätte sie ihr Leben kosten können. Die hatten also vielleicht einfach nur Glück, dass sie nicht zu Tode „therapiert“ wurden.

Auf Grund dieser Fakten muss auch der Frage nachgegangen werden:

Wurden die Menschen deshalb wider besseres Wissen falsch behandelt, damit sie den Tod finden, so dass der Öffentlichkeit möglichst viele „Corona-Tote“ vorgetäuscht werden konnten?

Denn wie hätte man denn ohne Horrorbilder und angeblich viele Tote einigermaßen glaubhaft eine (fiktive) Notlage inszenieren können, die in der Bevölkerung eine Akzeptanz für äußerst einschneidende sog. Anti-Corona-Maßnahmen erzeugt hätte?

Und wie hätte man - ohne eine solche fiktive Notlage - eine Notfall- bzw. bedingte Zulassung einer vollkommen neuen und hochexperimentellen modRNA-Technologie rechtfertigen können?

f)

Exkurs: Behandlungsmöglichkeiten für Post-Vac-Geschädigte

Die bislang wohl umfassendste und differenzierteste Darstellung zu möglichen Ursachen, zur Diagnostik und zu den Therapiemöglichkeiten bei Post Vac dürfte das Buch **„Long-Covid und Post-Vac – Handbuch für Spike-Geschädigte“** (Titel der englischsprachigen Ausgabe „Long Hauler: Manual für Long-Covid and Post-Vac Syndrome“) von Florian Schilling sein.

Dort werden die wichtigsten Krankheitsbilder allgemeinverständlich erklärt und sehr konkrete Diagnose-Möglichkeiten und Behandlungsprotokolle angeboten.

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:

<https://drbine.substack.com/p/das-rki-lugt-sich-erneut-um-kopf>

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 mulipolar 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“ eingestuften 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 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)

Mittlerweile sind auf fragdenstaat.de auch sämtliche Protokolle und Lagebilder des „**Gemeinsamer Corona-Krisenstabs von BMI-BMG COVID-19**“ zugänglich, siehe:

<https://fragdenstaat.de/blog/2024/07/12/corona-krisenstab-klage-erfolgreich/>

dort mit dem weiterführenden Link zu allen Protokollen:

<https://fragdenstaat.de/dokumente/sammlung/163-gemeinsamer-krisenstab-corona/>

Auch hierzu bleiben die weiteren Auswertungen abzuwarten.

c)

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

Ein guter chronologischer Überblick zu dem Totalversagen von PEI und RKI kann dem Beitrag des Kollegen Sebastian Lucenti und der Kollegin Dr. Meyer Hesselbarth mit der Überschrift „**Die Pandemie der Unmenschlichkeit und die Folgebereitschaft der Justiz - Quo vadis, justitia?**“ entnommen werden, der am 22.9.2024 auf cicero.de veröffentlicht worden ist:

https://assets.cicero.de/2024-09/2024-09-23_Entwurf_Gastbeitrag%20RA%20Lucenti%20u%20RAin%20Dr.%20Meyer-Hesselbarth_Endfassung_Cleanversion.pdf

Die Frage „Quo vadis, justitia?“ wird gerade auch durch die Art und Weise beantwortet, wie mit solchen Klagen von Covid-19-Injektionsgeschädigten umgegangen wird.



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	
		ToDo: Dieser Punkt wird dauerhaft von der Tagesordnung entfernt (Lagezentrum).	
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. ToDo: [REDACTED] wird einen Entwurf für eine geringfügige Anpassung erstellen.	

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

282 Reposts **22** Mal zitiert

Paul Schreyer hat zu diesem Themenkreis der Einmischung und Steuerung des gesamten „Pandemie“-Managements durch Regierung und Geheimdienste auf seinem Portal multipolar-magazin.de mehrere aufschlussreiche Beiträge veröffentlicht, u.a. am 6.6.2024 den Beitrag:

„**Die volle Macht der Regierung entfesseln**“, abrufbar unter:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-6>

Nunmehr weiß die ganze Welt von diesen Leaks und auch davon, in welchem Umfange das RKI seit 2020 politisch korrumpiert worden ist.

Der schweizer Kollege Philipp Kruse fasst einige herausragenden Beispiele und seine Schlussfolgerungen hierzu wie folgt zusammen (**Zitat**):

„4.1. Deutschland: der Fall des Robert-Koch-Instituts (RKI)

147 Wie sich Mitte 2024 in Deutschland für jedermann erkennbar herausstellte, stellte DAS wissenschaftliche Institut schlechthin, das Robert-Koch-Institut (RKI), immer wieder das wissenschaftliche Feigenblatt zur Rechtfertigung der Maßnahmen der deutschen Bundesregierung dar. Nachfolgend ein paar Beispiele:

4.1.1. Geschwätzte Protokolle (Klage)

In den durch das Multipolar Magazin herausgeklagten geschwätzten RKI-Protokollen ist bereits erkennbar, dass das RKI immer wieder über korrekte wissenschaftliche Informationen verfügte, diese dann aber nach aussen gegenteilig kommunizierte:

BO: Beilage 22: Multipolar Magazin, Multipolar veröffentlicht freigelegte RKI-Protokolle im Original, 20.03.2024

4.1.2. Keine Evidenz für Wirksamkeit von Masken

So hielt das RKI am 27. Januar 2020 – also ganz zu Beginn der «Pandemie» – fest: «Tragen von Mund-Nasenschutz für öffentliche Bevölkerung bei asymptomatischen Patienten nicht sinnvoll. Es liegt keine Evidenz vor» (S. 3).

BO: Beilage 23: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, Download bei: <https://www.multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-2>, 27.01.2020

Am 30. Oktober 2020 hielt das RKI überdies fest:

«[...] es gibt keine Evidenz für die Nutzung von FFP2-Masken ausserhalb des Arbeitsschutzes, dies könnte auch für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden»

«Eine offensive Kommunikation wäre sinnvoll um transparent zu machen, warum RKI dies nicht empfiehlt».

BO: Beilage 24: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, Download bei: <https://www.multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-2>, 30.10.2020

Zu dieser «offensiven» Kommunikation – ja überhaupt zu einer entsprechenden Kommunikation – kam es offensichtlich nie. Vielmehr wurden in Deutschland und der Schweiz Masken als Allerheilmittel angepriesen und viele Menschen sind auch heute noch mit diesen Dingen im Gesicht im öffentlichen Verkehr oder gar draussen anzutreffen.

Dabei hat eine Auswertung von 78 kontrollierten Studien mit 610'872 Teilnehmern, welche 2023 durch Cochrane publiziert worden war, ergeben:

«Das Tragen von Masken in der Gemeinschaft hat wahrscheinlich nur einen geringen oder gar keinen Einfluss auf den Ausgang einer im Labor bestätigten Influenza/SARS-CoV-2-Erkrankung im Vergleich zum Nichttragen von Masken»

(«Wearing masks in the community probably makes little or no difference to the outcome of influenza-like illness (ILI)/COVID-19 like illness compared to not wearing masks»)

«Die Verwendung von N95/P2-Atemschutzmasken im Vergleich zu medizinischen/chirurgischen Masken macht wahrscheinlich nur einen geringen oder gar keinen Unterschied im Hinblick auf das objektive und genauere Ergebnis einer im Labor bestätigten Influenza-Infektion.»

(Original: The use of a N95/P2 respirators compared to medical/surgical masks probably makes little or no difference for the objective and more precise outcome of laboratory-confirmed influenza infection)

«[...] medizinische/chirurgische Masken waren N95-Atemschutzmasken nicht unterlegen [...]»

(«medical/surgical masks were non-inferior to N95 respirators»)

BO: Beilage **25:** JEFFERSON et al., Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses (Review), 2023

Das bedeutet: Auch 2023, nach Durchführung und Auswertung zahlreicher Studien, gab es noch immer keine hinreichende Evidenz dafür, dass Masken einen effektiven Schutz bieten. Trotzdem hat das RKI diese politisch motivierte Massnahme stets mitgetragen.

4.1.3. Keine Gefährdung der öffentlichen Gesundheit zu verzeichnen

Das RKI hielt bereits im März 2021 fest, dass «das Hauptrisiko, an COVID-19 zu sterben, [...] das Alter» sei. Und weiter: «bei normaler Influenzawelle versterben mehr Leute» und die «Untersterblichkeit» sei «aktuell lediglich bei jungen AG [Altersgruppe] ausgeprägt». Das RKI wusste demnach, dass COVID-19 für die breite Bevölkerung keine tödliche Gefahr darstellte, ja dass bei den jüngeren Menschen gar eine Untersterblichkeit zu verzeichnen war. Trotzdem wurde dann sogleich für die politisch erwünschte Kommunikation gegen Außen gesorgt:

«Das Argument, dass ältere, gebrechliche Menschen, die auch ohne COVID-19 zeitnah versterben würden, sollte entschärft werden»

BO: Beilage **26:** Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, Download bei: <https://www.multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-2>, 19.03.2021

Auch hier entschied sich das RKI wider besseres Wissen demnach dafür, die Bevölkerung weiterhin über die Gefährlichkeit von Sars-CoV-2 zu täuschen.

4.1.4. Sinnlosigkeit von 3G/2G bereits früh erkannt

Das RKI wusste auch nicht erst im Herbst 2021, dass es keine «Pandemie der Ungeimpften» gab bzw. dass die mRNA-Injektionen nicht die erhoffte Lösung boten. So merkten die Verantwortlichen bereits im März 2021, dass etwas nicht stimmte, denn sie stellten intern die richtigen Fragen (Beilage **26**, S. 4):

«Noch ist nicht zu sehen, dass aufgrund des Impfeffekts weniger alte sterben? Ist es zu früh? Sterben geimpfte?»
Ebenso im März 2021 hielt das RKI fest:

«Das Impfzertifikat soll die Erfassung von Impfwirkung, Spätfolgen etc. ermöglichen, nicht Grundlage für Kategorien und Vorrechte sein» (S. 7).

BO: Beilage 27: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, Download bei: <https://www.multipolar-magazin.de/artikel/rki-protokolle-2>, 05.03.2021

Trotzdem beugte sich das RKI auch hier dem Diktat der Politik und trug ein halbes Jahr später die 3G- und dann auch die 2G-Zertifikatspflicht in der öffentlichen Kommunikation vollumfänglich mit.

4.1.5. Ungeschwärzte Protokolle (Leak)

Am 23. Juli 2024 kam es zu einem überraschenden Leak sämtlicher RKI-Protokolle aus der Corona-Krise. Die geleakten Protokolle sind offenbar authentisch, zumindest fehlen bislang gegenteilige Hinweise.

BO: Beilage 28: Multipolar Magazin, RKI-Protokolle und Leak: Offene Fragen, 09.08.2024

Aus den ungeschwärzten Protokollen ergibt sich nun die direkte Einflussnahme auf die Kommunikation des RKI in offenkundiger Weise. Der Beispiele sind viele, stellvertretend seien 6 genannt:

(1) «Es gab Kritik vom BMG, dass das Risiko vom RKI zunächst zu gering eingestuft war. Es sollte aber nicht zu sehr eskaliert werden, um Panik etc. zu vermeiden.»

BO: Beilage 29: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, <https://rki-transparenzbericht.de>, 02.03.2020

(2) «Herr Spahn [dt. Gesundheitsminister] hat angeordnet, dass eine Passage zu Schulschliessungen in die Kriterien für die Risikoeinschätzung von Grossveranstaltungen eingefügt wird.».

BO: Beilage 30: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, <https://rki-transparenzbericht.de>, 13.03.2020

(3) «Während zu Beginn der Epidemie die Testung asymptomatischer Personen nicht empfohlen wurde, so sollen nach Ankündigung von BM Spahn und Anweisung aus dem BMG vom 17.04.2020 auch asymptomatische Kontaktpersonen getestet werden.»

BO: Beilage 31: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, <https://rki-transparenzbericht.de>, 13.05.2020

(4) «Politischer Entschluss ist schon längst gefasst, oberste Priorität so viele Leute so schnell wie möglich impfen.».

BO: Beilage 32: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, <https://rki-transparenzbericht.de>, 03.12.2021

(5) «Reduzierung des Risikos von sehr hoch auf hoch wurde vom BMG [Deutschen Bundesministerium für Gesundheit] abgelehnt».

BO: Beilage 33: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, <https://rki-transparenzbericht.de>, 25.02.2022

(6) «Der Minister hat Anfang April [2023] die Pandemie für beendet erklärt.»
«Solange Tedros Pandemie nicht für beendet erklärt hat, sind wir in einer Pandemie, da Pandemie weltweit.»

«Bevor die Pandemie beendet wird, könnte überlegt werden, die Risikobewertung auf niedrig zu setzen.»

BO: Beilage 34: Robert Koch Institut (RKI), Krisenstabsitzung zu COVID-19, Ergebnisprotokoll, <https://rki-transparenzbericht.de>, 26.04.2023

Das RKI wurde demnach von der Bundesregierung regelrecht vor sich hergetrieben. Seitens Politik wurden immer wieder konkrete Forderungen ans RKI gestellt, welches diesem Druck offensichtlich immer wieder aufs Neue nachgab, um den politisch-motivierten Entscheiden einen wissenschaftlichen Anstrich zu verpassen.“ (**Zitat Ende**)

Hierzu erlaube ich mir folgende rhetorische Frage: Welche aufmerksamen Beobachter musste denn nicht schon ab März 2020 und sodann zunehmend davon überzeugt sein, dass Behörden wie das RKI und das PEI nur das „abliefern“, was die Politik von ihnen verlangt?

Stephan Kohn, bis Anfang Mai 2020 im BMI im Referat KM4 für das Sachgebiet „Schutz kritischer Infrastrukturen“ zuständig, wurde nach Bekanntwerden seines 83-seitigen Auswertungsberichts suspendiert worden ist. In dieser Analyse hatte er gravierende Fehlleistungen des Corona-Krisenmanagements festgestellt und die Einschätzung geäußert, die Coronakrise werde sich wohl als Fehlalarm erweisen.

Link zur Kurzfassung dieser Analyse:

https://www.achgut.com/images/uploads/afgktxhppam7qh5d/200508_Versendung_Bericht_an_Krisenstab_01.pdf

Stephan Kohn hätte längst rehabilitiert werden müssen. Das ist – soweit bekannt – nicht geschehen.

Jeder im öffentlichen Dienst dürfte durch das Schicksal von Stephan Kohn eingeschüchtert worden sein, so wie jeder Richter sicherlich durch das Schicksal von Christian Dettmar beeindruckt worden ist.

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.

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.

10.

Was war aber dann der wahre Grund für all‘ diese sog. Anti-Corona-Maßnahmen, wenn sie nicht auf wissenschaftlicher Evidenz basierten?

Das World Economic Forum hat schließlich die Katze aus dem Sack gelassen, worüber tkp.at in einem Beitrag vom 15.9.2024 mit dem Titel „**WEF: Covid-19 hatte nichts mit Gesundheit zu tun aber alles mit Gehorsam**“ berichtet hat (Zitat):

„...Das WEF hat auf der Seite „[My Carbon](#)“ seiner Website genüsslich den folgenden Auszug gepostet, in dem es für sogenannte Smart Cities wirbt, was nur ein anderer Begriff für 15-Minuten-Städte ist. Deren vorgeblicher Zweck ist das Klima zu retten, indem kein Kohlendioxid mehr erzeugt, der eigentliche Zweck aber die totale Kontrolle über Menschen, indem man ihnen nur so viel Spielraum einräumt, wie sie in 15 Minuten zu Fuß erreichen können

Die erste von drei „Entwicklungen“, die laut WEF stattfinden müssen, bevor sich die Welt zu ihrer Orwell’schen Vision von „intelligenten und nachhaltigen Städten“ entwickeln kann, ist die Einhaltung von Einschränkungen unserer Freiheit. Darin heißt es:

1. COVID-19 war der Test für soziale Verantwortung – Eine große Anzahl unvorstellbarer Einschränkungen für die öffentliche Gesundheit wurden von Milliarden von Bürgern auf der ganzen Welt angenommen. Es gab weltweit zahlreiche Beispiele für die Einhaltung sozialer Distanzierung, das Tragen von Masken, Massenimpfungen und die Akzeptanz von Kontaktnachverfolgungs-Apps für die öffentliche Gesundheit, die den Kern der individuellen sozialen Verantwortung demonstrierten...

Sie haben uns also getestet. Darum ging es bei Covid. Sie wollten sehen, wie viele von uns ihre individuelle Freiheit und Souveränität aufgeben würden, indem sie sich an eine „neue

Normalität“ halten, die aus Einschränkungen besteht, die an Absurdität grenzen. Wir erinnern uns: Abstand halten wie ein kleiner Elefant; Überwachung wen du triffst mit Hilfe von Apps am Smartphone, die von Google und Apple entwickelt und unterstützt wurden; Masken tragen, die nicht vor Übertragung von Viren schützen, aber den Träger krank machen; Ausgeh- und Reiseverbote; dauernd Stäbchen in der Nase für einen Test, der keine Krankheit diagnostizieren kann; Lockdows wie im Gefängnis; Schließung von Geschäften, Gastronomie, Schulen; Besuchsverbote von Angehörigen in Heimen und Spitälern; Impfzwang obwohl kein Schutz vor Infektion und Übertragung gegeben ist; undsoweiter.

Was das WEF mit seiner obigen Aussage andeutet, ist, dass Menschen und Gesellschaften, um „nachhaltig“ zu sein, sich einer neuen, autoritäreren Weltordnung unterwerfen müssen. Stellen Sie keine Fragen. Greifen Sie nicht auf Logik zurück. Gehorchen Sie einfach.

Würden wir angesichts idiotischer neuer Gesetze und Vorschriften gehorsam sein. Stellen Sie keine Fragen. Wenn Sie das täten, könnten Sie Ihren Job verlieren und als gesellschaftlicher Außenseiter behandelt werden. Viele Menschen haben Freunde oder sogar enge Familienmitglieder durch diesen monströsen „Test“ unserer Bereitschaft, bedingungslos zu tun, was uns gesagt wird, verloren.

Fast fünf Jahre später gibt das WEF, die wohl mächtigste öffentlich-private Partnerschaft der Welt, zu, dass es sich bei all dem um einen Test unseres Willens handelte, und feiert die Tatsache, dass die meisten von uns den Test nicht bestanden haben (oder mit Bravour bestanden haben, je nachdem, wie man es betrachtet)...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2024/09/15/wef-covid-19-hatte-nichts-mit-gesundheit-zu-tun-aber-alles-mit-gehorsam/>

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“ befasst 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. 5 lit. b) 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 Umfange 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.

Diese Korruption hat viele Aspekte. Die „Beeinflussung“ von Gutachtern / Peer-Reviewern, die die Integrität und Qualität von wissenschaftlichen Publikationen bestätigen sollen, ist einer davon, siehe hierzu u.a.:

<https://tkp.at/2024/12/30/pharma-zahlt-milliarden-zur-beeinflussung-von-gutachtern-medizinischer-fachzeitschriften/>

In einem Beitrag vom 2.2.2025 mit dem bezeichnenden Titel „Science’s Turn Towards Darkness“ hat Jordi Pigem unter Verweis auf einige der bekanntesten selbstkritischen Artikel der letzten Jahre einige der wichtigsten Gründe für die Korruption des Gesundheitswesens zusammengefasst, siehe:

<https://brownstone.org/articles/sciences-turn-towards-darkness/>

Dieses "Breaking Bad" der Medizin ist aber schon sehr alt und kein Phänomen des 20. Jahrhunderts. Aber die zentralen Aussagen dieses Artikels kann man dennoch hervorheben:

(Zitat) "...Zweitausend Jahre lang stand das Gesundheitswesen unter dem Motto *primum non nocere*, „Zuerst keinen Schaden anrichten“. Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde dieses vernünftige Ideal in *primum lucrari*, „Mach erst einmal Profit“, umgewandelt. Das Profitstreben wurde zur obersten Priorität von Big Pharma: Was zählt, ist die „Gesundheit“ seiner Profite, mehr als die Gesundheit von Männern, Frauen und Kindern, mehr als jede wissenschaftliche Wahrheit..." **(Zitat Ende)**

(Zitat) „...Es ist vielleicht an der Zeit, nicht mehr davon auszugehen, dass die Forschung ehrlich durchgeführt und berichtet wurde, sondern sie als nicht vertrauenswürdig zu betrachten, bis das Gegenteil bewiesen ist. In diesem Zusammenhang sollte die Aussage „Folge der Wissenschaft“, die uns seit 2020 vermittelt wurde, mit Vorsicht zu genießen sein. Es ging eher um „Folge der Autorität“ oder „Folge dem Marketing“...“ **(Zitat Ende)**

Die Gründe für diese Fehlentwicklungen sind offensichtlich: Der gesamte Medizinbetrieb folgt dem Geld. Das „Geschäft“ mit der Krankheit ist ein Billionengeschäft, siehe:

<https://tkp.at/2025/02/26/mythos-gesundheitssystem/>

Metanoia Magazin – Sonderedition Ausgaben 11 & 18: Billionengeschäft Krankheit, Impfen als Fortschrittsdogma: <https://www.metanoia-magazin.com/sonderedition-ausgaben-11-18-billionengeschaeft-krankheit-impfen-als-fortschrittsdogma/mm1001118.3>

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

Das Buch hat m.E. ein sehr großes Defizit, weil es die Russische Föderation und China wie Unschuldslämmer darstellt. Auf Grund des Wohnsitzes des Autors fehlt hier wohl die innere Distanz. Dennoch liefert es im Übrigen wichtige Informationen.

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/>

f)

Wie bereits oben festgestellt gibt es sehr konkrete Anhaltspunkte dafür, dass „die Bilder von Bergamo“ nur ein Fake und Teil der Schockstrategie waren:

<https://tkp.at/2024/12/09/bilder-aus-bergamo-neue-enthuellung/>

Wenn keiner der an diesem Transport beteiligten Soldaten aussagen wird, dann wird sich wohl nie mehr aufklären lassen, unter welchen Umständen diese Bilder entstanden sind. Bilder von Transportern und bloße Behauptungen hierzu alleine beweisen jedenfalls gar nichts.

4.

Zur massenmedialen Manipulation aller und 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. Ergänzend hierzu bietet folgender Beitrag einen guten Überblick dazu, was in „Corona“-Zeiten als Volksverhetzung verfolgt wurde und was nicht:

<https://netzwerkkrista.de/2025/01/23/volksverhetzung-nach-130-abs-1-und-3-stgb-und-impfkritische-aeusserungen/#II> Beispiele von volksverhetzenden Aeusserungen aus der jüngsten Vergangenheit die von den Staatsanwaltschaften nicht verfolgt werden

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)

Hybris und Nemesis: Wie uns die Entzivilisierung von Macht in den Abgrund führt

Seine Vorträge sind sehr empfehlenswert. Siehe u.a.:

<https://www.youtube.com/watch?v=AHR9WJCj3qU>

d)

Rechtsanwalt Wilfried Schmitz: Medienkritik – Argumente gegen die zwangsfinanzierte Propaganda

e)

Daniel Kahnemann (Nobelpreisträger): Schnelles Denken, Langsames Denken

Dort heißt es auf Seite 107 u.a. (Zitat): „Tatsächlich gibt es Hinweise dafür, dass sich Menschen eher von inhaltsleeren, überredenden Botschaften wie etwa Werbespots beeinflussen lassen, wenn sie müde und kognitiv erschöpft sind.“

Das dürfte auch der Grund gewesen sein, warum die Menschen ab März 2020 mit ständig neuen verwirrenden Informationen wie Fallzahlen ohne jeden Aussagewert überflutet worden sind.

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_CKqQ

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 ausfindig machen kann, siehe u.a.:

a)

„MWGFD - Injektionsbehandelt, geschädigt, geleugnet...und nun_ Live, Pressesymposium, 16. März 2024“, siehe:

[https://odysee.com/@Spike:4/MWGFD---Injektionsbehandelt,-geschädigt,-geleugnet...und-nun_-Live,-Pressesymposium,-16.-März-2024-\(720p_30fps_H264-192kbit_AAC\):f](https://odysee.com/@Spike:4/MWGFD---Injektionsbehandelt,-geschädigt,-geleugnet...und-nun_-Live,-Pressesymposium,-16.-März-2024-(720p_30fps_H264-192kbit_AAC):f)

b)

“SHOT DEAD - The Movie They Don't Want You To See (2023 Documentary)”, siehe:

https://odysee.com/@Vaccine_Documentaries:1/shot-dead:d7

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 Inc.

7.2.1

Der Experte Dr. Hans-Joachim Kremer hat in seinem 263-seitigen Gutachten zum Nutzen-Risiko-Verhältnis von Spikevax, abrufbar unter

<https://kremer.tentary.com/p/snSQiH>

wissenschaftlich fundiert den Nachweis geliefert, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Spikevax (Moderna) (ebenfalls) eindeutig negativ ist.

7.2.2

Rechtsanwalt Wilfried Schmitz: Mustervorlage für eine zivilrechtliche Klage gegen Moderna
https://shop.tredition.com/booktitle/Mustervorlage_f%3fr_eine_zivilrechtliche_Klage_gege_n_Moderna/W-275-728-925

7.2.3

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

Veröffentlichung der englischsprachigen Ausgabe ist leider erst für Mai 2025 angekündigt.

7.2.4

Auch Moderna hat sich mit dem Buch “The Messenger: Moderna, the Vaccine, and the Business Gamble That Changed the World” von Peter Loftus ein Heldenepos dichten lassen.

7.3

Zu AstraZeneca PLC:

Schließlich ist mit dem Buch “Vaxxers: A Pioneering Moment in Scientific History“ von Sarah Gilbert und Catherine Green auch für Astra Zeneca eine wissenschaftliche Heldensage in die Welt gesetzt worden.

8.

Zu den Schadwirkungen der Covid-19-Injektionen:

8.1

Allgemein:

8.1.1

Florian Schilling: Long Covid & Post Vac – Handbuch für Spike-Geschädigte

Ein sehr gutes Buch, das nicht nur sehr verständlich und übersichtlich ist, sondern auch sehr konkrete Behandlungsprotokolle beinhaltet.

8.1.2

Arne Burkhardt / Walter Lang / Norbert Schwarz: Vom Stachel im Fleisch – Wie das Corona-„Impf“-Spikeprotein Schaden anrichtet

8.1.3

Ute Krüger / Walter Lang: Geimpft – gestorben / Histopathologischer Atlas der Corona-Impfschäden

8.2

Speziell 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:

10.1

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). Auch wurden die in den USA standardmäßig verabreichten Kinderimpfungen nachweislich nie wirklich auf Sicherheit und Wirksamkeit hin untersucht.

10.2

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

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

„...Erst im Jahr 2024 gab eine Gruppe von Impflobbyisten um den fast 100-jährigen Impfpapst Stanley Plotkin zu, dass für keine Impfung eine Nutzen/Risiko-Abwägung getroffen werden kann, da es keine aussagekräftigen Studien gibt. Ein Offenbarungseid nach 300 Jahren...“

Zum ganzen Artikel, der die unrühmliche Geschichte des „Impfens“ würdigt:

<https://tkp.at/2024/11/09/das-narrativ-vom-impferfolg/>

10.3

Zur Masernimpfung:

a)

Hans U.P. Tolzin: Die Masern-Lüge und Die Tetanus-Lüge

Die hier aufgearbeiteten Propagandalügen dürften allen Lesern mittlerweile vertraut vorkommen. Ein Nutzen der Masern-Impfungen ist nicht nachgewiesen und nicht erkennbar.

b)

Rechtsanwalt Wilfried Schmitz: Rechtsschutz gegen die Masern-Impfpflicht in Schulen

Variante 1: Sofort downloadbare PDF für 8,00 €:

<https://rawilfriedschmitz.tentary.com/p/TxLHOc>

Variante 2: Gebundenes Buch (Softcover):

https://shop.tredition.com/booktitle/Rechtsschutz_gegen_Masern-Impfpflicht_in_Schulen/W-108-585-485

10.4

Schon zu Zeiten des Kaiserreichs wurde massive Kritik an den „Impfungen“ geübt:

a)

„So denken Ärzte und gebildete Laien über Impfungen und Serum - Neue Tatsachen und Urteile über den Unwert der Schutzpockenimpfung und Serumtherapie“ - Gesammelt, mit

Quellenangaben belegt und im Auftrage des Deutschen Bundes der Impfgegner herausgegeben von Walther Rose. Berlin, **1907**

Als PDF auf der Seite des Vereins „Naturheilverein Fulda e.V.“ im Volltext kostenlos abrufbar unter:

<https://www.nhv-fulda.de/startseite/literatur/>

Dieses Skript liefert eindeutige Beweise dafür, dass die Menschen schon vor ca. 150 Jahren in Sachen „Wirksamkeit“ und „Sicherheit“ systematisch getäuscht und betrogen worden sind. Das „Drehbuch“ dieser Täuschungen scheint sich seitdem im Wesentlichen nicht mehr geändert zu haben.

b)

„Impf-Friedhof – Was das Volk, die Sachverständigen und die Regierungen vom „Segen der Impfung wissen“ von Hugo Wegener aus dem Jahre **1912**

Dieses Buch ist in Sütterlinschrift verfasst, aber m.E. für alle gut lesbar. Es ist in Nachdrucken im Buchhandel, aber auch im Web kostenlos abrufbar, u.a. unter folgendem Link:

<https://archiv.tolzin.de/download/Impf-Friedhof.pdf>

11.

Zum Versagen der zuständigen Gesundheits- und Arzneimittelaufsichtsbehörden vorab oder die Frage: Wenn die Anerkennung von Impfschäden durch die Behörden verweigert wird – gibt es sie dann nicht?

Eine sehr gute praxisnahe Darstellung zu „Paul Unehrllich“ und der systematischen Verweigerung der Anerkennung von „Impf“-Schäden durch die Behörden findet sich bei

Jörg-Heiner Möller, POST-VAC – Ein Arzt berichtet, und hier insbesondere auf den Seiten 53 – 61 (zur unrühmlichen Rolle der Staatsanwaltschaften im Zusammenhang mit Unterlassung von Obduktionen) und 106 – 159 (zum Totalversagen des PEI, der Versorgungsämter und der Krankenkassen).

Anmerkung: Möllers Buch (Stand 31.12.2023) ist in einigen Teilen überholt und erlebt hoffentlich bald ein Upgrade, insbesondere auch hinsichtlich seiner Ausführungen zu den sog. Anti-Corona-Maßnahmen. Ärzte wie Ralf Tillenburger halten zudem nichts von der kostenintensiven Blutwäsche, die er so nachdrücklich empfiehlt. Aber seine Darstellung der kafkaesken Realität der Covid-19-Injektionsgeschädigten im deutschen Behörden-dschungel ist ihm sehr gut gelungen.

Dieses Thema wird auch 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 „Datenmanipulatoren“ 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.

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>

Wie konnte es soweit kommen? Dr. Ronalt Bilik hat es in seinem Beitrag auf tkp.at vom 21.10.2024 wie folgt formuliert **(Zitat)**

„...Die Corona-Wissenschafts-Show war eine Herabwürdigung der Wissenschaft und eine Beleidigung für die menschliche Vernunft. Aber sie erfüllte ihren Zweck. Gerade die Spitzen der Gesellschaft nahmen – unterstützt vom sogenannten „Desinfektionsjournalismus“ – die neue Religion dankbar an.¹⁰ Sie fühlten sich – durch „die“ Wissenschaft bestätigt – als eine Art „Gemeinschaft der Heiligen“, welche solidarisch agiert und als Repräsentanten der Republik die Demokratie gegen den „Blinddarm der Gesellschaft“ verteidigt. Von dieser Position aus wurde gefordert, dass die gesamte Republik mit dem Finger auf die Ungläubigen und Demokratiefeinde zeigen solle.

Heute erscheint dem Betrachter die „Gemeinschaft der Heiligen“ eher als eine fast bemitleidenswerte Truppe der Gelackmeierten und die beschworene Republik der Wissenden und Anständigen eher als eine Fiktion im Sinn des Wolkenkuckucksheims. ... Das Wertvolle aber an der Coronazeit ist die Erkenntnis, wie leicht und fanatisch die sogenannte Elite irgendeinen Blödsinn nachplappert und Corona ist diesbezüglich anscheinend kein Einzelfall. Die fröhliche Verschwörungs-Jagdgesellschaft der Wissenschaftsgläubigen hat sich jedenfalls bis auf die Knochen blamiert. Der Corona-Aberglaube ist vermutlich die am besten widerlegte Religion der Weltgeschichte...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2024/10/21/corona-theologie-und-wahrheit-warum-ich-nicht-an-die-wissenschaft-glaube/>

B) Allgemeine Daten zur Firma BioNTech und zu Comirnaty

I.

BioNTech SE

Ein paar Daten zur Unternehmensgeschichte und zur Entwicklung von Comirnaty

Wikipedia steht bekanntlich nicht in dem Ruf bei Themen, die brisante politische Bezüge haben, objektiv und neutrale Beiträge zu veröffentlichen.

Dieser Befund ist durch Portale wie <https://wikihausen.de>, die stets neue aufschlussreiche Erkenntnisse und „Geschichten aus Wikihausen“ liefern konnten, hinreichend belegt worden.

Bei Wikipedia sind u.a. folgende Informationen über BioNTech abrufbar – Stand 6.7.2024 (Zitat):

„Die **Biontech** SE (Eigenschreibweise: **BioNTech**, gebildet aus englisch ***Bi**opharmaceutical **New** **Technologies***,^[2] Aussprache: [bi'ontek](#) oder [bar'ontek](#)^[3]) ist ein seit Ende 2019 börsennotiertes deutsches [Biotechnologieunternehmen](#) mit Sitz in [Mainz](#). Es hat sich auf die Entwicklung und Herstellung von aktiven [Immuntherapien](#) für einen patientenspezifischen Ansatz zur Behandlung von [Krebs](#) und anderen schweren Erkrankungen sowie Coronavorsorge fokussiert. Die Schwerpunkte von Biontech liegen in der Erforschung von Medikamenten auf [mRNA](#)-Basis. Diese kommen für den Einsatz als individualisierte [Krebsimmuntherapien](#), als [Impfstoffe](#) gegen [Infektionskrankheiten](#) und als [Proteinersatztherapien](#) bei [seltenen Erkrankungen](#) in Frage. Darüber hinaus ist das Unternehmen aktiv in der Erforschung von programmierbaren Zelltherapien („Engineered Cell Therapy“), neuartigen [Antikörpern](#) und [niedermolekularen Immunmodulatoren](#) („Small Molecules“) als Behandlungsoptionen bei Krebserkrankungen.^{[4][5]}

Biontech ist nach eigener Darstellung das erste Unternehmen, das ein [mRNA](#)-basiertes Humantherapeutikum zur [intramuskulären](#) Verabreichung entwickelte, die individualisierte mRNA-basierte [Krebsimmuntherapie](#) in [klinische Studien](#) brachte und einen eigenen Herstellungsprozess für einen solchen Produktkandidaten etablierte.^[5] Ab Anfang 2020 entwickelte Biontech den Impfstoff [BNT162b2](#) (vorgeschlagener [Internationaler Freiname Tozinameran](#)) gegen das humane Coronavirus [SARS-CoV-2](#),^[6] der in Werken von [Pfizer](#) für den weltweiten Bedarf konfektioniert wird. BioNTech hat somit als weltweit erstes Unternehmen die Zulassung für ein mRNA-basiertes Covid-Vakzin erhalten.^[7] Es ist das erste zugelassene Produkt des Unternehmens; rund 20 potenzielle Medikamente sind laut Unternehmensangaben in der Entwicklungsphase.^[8]

Geschichte

Gründungsphase (2008–2013)

Biontech wurde 2008 auf der Grundlage langjähriger Forschungsarbeiten, die unter anderem vom [Bundesforschungsministerium](#) in der [Gründungsoffensive Biotechnologie](#) (GO-Bio) gefördert wurden, von [Uğur Şahin](#), [Özlem Türeci](#) und [Christoph Huber](#) als BioNTech RNA Pharmaceuticals GmbH gegründet.^[9] Der Schwerpunkt der Unternehmenstätigkeit liegt auf der Entwicklung und Herstellung von Technologien und Medikamenten für individualisierte [Krebsimmuntherapien](#).

An der Gründung beteiligt waren mit einem Startkapital von rund 180 Millionen US-Dollar [Andreas und Thomas Strüngmann](#), die MIG-[Fonds](#) sowie Aufsichtsratsvorsitzender Helmut Jeggel.^{[10][11][12][13]} Im Jahr 2009 erfolgte die Übernahme der EUFETS und der JPT Peptide Technologies.^{[14][15][16]} Im gleichen Jahr war der Start der klinischen Phase-1-Studien mit MERIT (Melanoma RNA Immunotherapy; feste Kombination aus krebsspezifischen Antigenen) und IVAC MUTANOME (erste Studie mit individualisierten Neoepitopen). Im Jahr 2009 konnte die initiale [Seed-Finanzierung](#) abgeschlossen werden.

Erweiterung der Plattformen (2014–2018)

Zwischen den Jahren 2014 bis 2018 erfolgten umfangreiche Publikationen der Forschungsergebnisse u. a. in Nature.^{[17][18]} Darüber hinaus wurden ab 2015 umfangreiche Kollaborationen und gemeinsame Entwicklungsprogramme und Kommerzialisierungsprogramme mit verschiedenen Unternehmen und wissenschaftlichen Einrichtungen abgeschlossen.^{[19][20]} Biontech meldete in diesem Zeitraum mehrere Patente an und entwickelte eine mehrschichtige Strategie, um den Schutz seines geistigen Eigentums an den verschiedenen Technologieplattformen und ihrer Anwendung bei der Behandlung von Krebs und anderen schweren Krankheiten zu gewährleisten.

Börsengang (2019)

Im Jahre 2019 erfolgte der Gang an die amerikanische Technologiebörse [NASDAQ](#): Seit dem 10. Oktober 2019 wird Biontech als [American Depositary Shares \(ADS\)](#) an unter dem [Tickersymbol](#) BNTX gehandelt.^{[21][22]} Biontech erzielte mit dem Börsengang insgesamt 150 Millionen US-Dollar Bruttoerlös.^[23] Mit einer Bewertung von rund 3,1 Milliarden Euro auf Basis des Emissionspreises von 15 US-Dollar je Aktie konnte sich Biontech in der Spitzengruppe der deutschen Biotech-Szene etablieren.^[24]

Im Jahr 2019 wurden sechs klinische Studien initiiert, die vier therapeutische Plattformen nutzen und zwei Wirkstoffklassen abdecken. Insgesamt wurden 2019 zehn Produktkandidaten in elf klinischen Studien bearbeitet. Darüber hinaus wurden 2019 das Antikörperproduktionsgeschäft von MAB Discovery,^[25] Antikörper-Assets von MabVax Therapeutics^[26] sowie Lipocalyx aufgekauft.^[27]

COVID-19-Impfstoff (seit 2020)

→ Hauptartikel: [Tozinameran \(zuvor BNT162b2\)](#)

Nachdem [Anfang des Jahres 2020 der Ausbruch eines neuen Virus in China](#) öffentlich bekannt geworden war, begann Mitte Januar das globale Entwicklungsprojekt *Lightspeed*, um einen gut verträglichen, potenten Impfstoff gegen das [SARS-CoV-2-Virus](#) in kürzest möglicher Zeit zu entwickeln.^[4] Mitte März 2020 vereinbarte Biontech für die Erprobung und spätere Vermarktung Allianzen mit zwei Partnern: [Fosun Pharma](#) (Shanghai) für den chinesischen Markt und [Pfizer](#) für den Rest der Welt.^[28] Es wurden dazu auch Studien in den USA, Europa, China,^[29] Lateinamerika und Südafrika initiiert. Im April 2020 wurden die ersten klinischen Tests durchgeführt.^[30] Im November 2020 teilte Biontech mit, dass der zusammen mit Pfizer entwickelte Coronavirus-Impfstoff eine [Wirksamkeit](#) von über 95 % beim Schutz vor der Krankheit [COVID-19](#) biete.^[31] Am 1. Dezember 2020 gab die [Europäische Arzneimittel-Agentur](#) bekannt, einen Antrag auf eine [bedingte Zulassung](#) für BNT162b2 erhalten zu haben.^[32] Am darauffolgenden Tag erklärte das Vereinigte Königreich eine Notfallzulassung des Impfstoffes und den Beginn der Impfungen in der darauffolgenden Woche.^[33]

Im September 2020 erhielt Biontech durch das [Bundesministerium für Bildung und Forschung](#) die Zusage für staatliche Fördermittel von etwa 375 Millionen Euro zur

Beschleunigung der Entwicklung und Produktion von COVID-19-Impfstoffen.^[34] Auch die [Europäische Investitionsbank](#) förderte Biontech mit einem Kredit in Höhe von 100 Millionen Euro.^[35]

Am 21. Dezember 2020 wurde BNT162b2 von der [Europäischen Kommission](#) eine bedingte Marktzulassung erteilt. Der Impfstoff wird offiziell seit 27. Dezember 2020 in Deutschland und weiteren EU-Staaten eingesetzt.^[36]

Struktur

Das Geschäft von Biontech wird in zwei übergreifenden Geschäftseinheiten geführt, dem Geschäftsbereich *Biotech* und dem Geschäftsbereich *External Services*. Der Bereich *External Services* umfasst alle Aktivitäten im Zusammenhang mit dem Verkauf von diagnostischen Produkten, [Peptiden](#), retroviralen Vektoren für die klinische Versorgung sowie Entwicklungs- und Produktionsdienstleistungen, die für Drittkunden erbracht werden.^[37]

Aktie und Anteilseigner

Die Aktien von Biontech werden seit dem 10. Oktober 2019 öffentlich als [American Depositary Receipts](#) an der US-Börse [NASDAQ](#) im Segment „Global Select Market“ gehandelt. Im Vorfeld der Börseneinführung und mit Wirkung zum 8. März 2019 wurde das Unternehmen von einer [AG](#) in eine [SE](#) gewandelt.

Die größten Aktionäre von Biontech sind mit 47,371 Prozent die AT Impf GmbH, eine Beteiligungsgesellschaft von [Andreas und Thomas Strüngmann](#), und Gründer Uğur Şahin mit 17,25 Prozent über die Medine GmbH.^[37]

2022 erfolgte erstmals eine Dividendenausschüttung an die Aktionäre.^[38]

Standorte

Der Hauptsitz von Biontech befindet sich im Mainzer Stadtteil [Oberstadt](#). Die Firmenzentrale entstand auf dem Gelände der Generalfeldzeugmeister-Kaserne, die von der Bundeswehr 2023 vollständig geräumt wurde.^{[58][59]} Biontech erwarb im März 2020 weitere Grundstücke in Mainz, um expandieren zu können.^[37] Das Unternehmen betreibt in Deutschland mehrere [GMP](#)-zertifizierte Produktionsstätten zur Herstellung von [mRNA](#)-Therapeutika und programmierbaren Zelltherapien („Engineered Cell Therapies“). Die Standorte sind [Idar-Oberstein](#) (*BioNTech Innovative Manufacturing Services*), [Martinsried](#) (*BioNTech Small Molecules*), [Neuried](#) (Biontech) und eine vierte Einrichtung in [Berlin](#), die peptidbasierte Dienstleistungen und Produkte für verschiedene Bereiche der biomedizinischen Forschung anbietet (*JPT Peptide Technologies*).^[5]

Im Jahr 2019 wurden die Standorte um eine Tochtergesellschaft in [San Diego](#), USA, erweitert (*BioNTech Research & Development*).^[5] Im Jahr 2020 wurde *Neon Therapeutics* übernommen und zu *BioNTech US*.^[60] Neon wurde 2015 von Wissenschaftlern, darunter ein Nobelpreisträger, gegründet und basierte auf Erkenntnissen bei der Entwicklung von Neonantigen-Therapien mit Fokus auf Impfstoffe und T-Zell-Therapeutika. Die komplementären Fähigkeiten und Ressourcen für Neonantigen-basierte Therapeutika in den Bereichen der Krebsmedizin und Immunologie wurden dadurch vereint. Der Zusammenschluss ermöglichte es Biontech, die Fähigkeiten im T-Zell-Rezeptor-Feld weiter auszubauen und die Position im Bereich programmierbarer T-Zelltherapien zu stärken.^[61] Die Stammaktien von Neon wurden im Mai 2020 aus dem Börsenhandel genommen. *BioNTech US* ist in [Cambridge](#), Massachusetts, ansässig und ist eine vollintegrierte Tochtergesellschaft und verstärkt damit die Präsenz von Biontech in den USA.^[62]

Im Jahr 2021 kaufte Biontech eine Zelltherapie-Produktionsstätte und eine Forschungs-Plattform für TCR-Zelltherapien in [Gaithersburg](#) von [Kite Pharma](#).^[63]

Im September 2020 verkaufte [Novartis Vaccines and Diagnostics](#) sein Werk in [Marburg](#) an Biontech, das seitdem als *Biontech Manufacturing Marburg* geführt wird.^[64] Das Werk in Marburg ist eine moderne Multi-Plattform [GMP](#)-zertifizierte Produktionsstätte, die rund 300 Mitarbeiter beschäftigt. Es ist für die Produktion von rekombinanten Proteinen sowie für Zell- und Gentherapien ausgestattet und verfügt über Zellkultur-Labore und Produktionsfähigkeiten für die Herstellung von viralen Vektoren, mit der Möglichkeit, diese langfristig zu erweitern.^[65] Die Übernahme des Werkes ermöglicht Biontech, die kommerziellen Produktionskapazitäten zur Herstellung des mRNA-basierten COVID-19-Impfstoffkandidaten BNT162 auszubauen. Die Anlage soll neben zwei bei Biontech bereits bestehenden GMP-zertifizierten Stätten, die COVID-19-Impfstoffkandidaten für klinische Studien hergestellt haben, eine der größten Produktionsstätten für mRNA in Europa werden.^[66] Die Produktion der mRNA und die [Lipid-Nanopartikel](#)-Formulierung eines COVID-19-Impfstoffes soll in Marburg im Februar 2021^[67] beginnen. Das zuständige [Regierungspräsidium Gießen](#) hat den Betrieb der Anlage aus umweltrechtlicher Sicht am 15. Januar 2021 genehmigt.^[68] Die arzneimittelrechtliche Erlaubnis des [Regierungspräsidium Darmstadt](#) erfolgte am 28. Januar 2021. Am Standort erfolgen drei der vier erforderlichen Produktionsschritte.^[69] Geplant ist eine Jahresproduktion von 750 Millionen Impfstoffdosen.^{[70][71]} Am 26. März 2021 erhielt Biontech Manufacturing Marburg die Zulassung der EMA als einer von drei Herstellstandorten für Comirnaty.^{[72][73]}

Die Produktionsstätte in Marburg geht auf [Emil von Behring](#) zurück, der 1904 ein Privatlaboratorium errichten ließ, aus dem die [Behringwerke](#) hervorgingen. Behring entwickelte das Gegengift für [Diphtherie](#) und [Tetanus](#) und nutzte das Preisgeld, das er 1901 für seinen [Nobelpreis in Medizin](#) erhielt, um die Produktionsstätte zu finanzieren.^[74]

Am 10. Mai 2021 teilte Biontech in einer Presseerklärung mit, seine globale Präsenz mit der Errichtung eines regionalen Südostasien-Hauptsitzes in Singapur auf Asien ausdehnen zu wollen. Dort soll mit Unterstützung des Singapore Economic Development Board eine mRNA-Produktionsanlage entstehen. Sie soll regionale und globale Versorgungskapazitäten von mRNA-basierten Impfstoffen und Therapeutika gegen Infektionskrankheiten und Krebs schaffen. Der Baubeginn ist für 2021 vorgesehen; 2023 soll die Anlage betriebsbereit sein. Geplant ist zunächst eine Kapazität von mehreren Hundert Millionen Impfdosen pro Jahr.^[75]

Als Reaktion auf die Corona-Pandemie hat Biontech im Oktober 2021 mit [Senegal](#) und [Ruanda](#) eine Vereinbarung für den Bau einer Fabrik für mRNA-Impfstoffe geschlossen. Diese soll den afrikanischen Kontinent auch mit Vakzinen gegen andere Krankheiten wie Malaria beliefern.^[76] 2022 begann das Unternehmen mit dem Bau eines Produktionszentrums für die Herstellung von mRNA-Impfstoffen in Ruanda.^[77] Das Werk in [Kigali](#) wurde am 18. Dezember 2023 eingeweiht und damit als erstes in Afrika.^[78]

Anfang 2023 teilte das Unternehmen mit, in [Cambridge](#) (England) ein neues Forschungs- und Entwicklungszentrum zu eröffnen. Zur Begründung wurde eine bessere Finanzierung von Forschung sowie schnellere Möglichkeiten der Zulassung von Medikamenten und neue Medizinische Technologien genannt.^[79]...

Kooperationen

Biontech hat mehrere [Kooperationsvereinbarungen](#) mit [biopharmazeutischen](#) und wissenschaftlichen Partnern geschlossen, um die Ressourcen in den Bereichen Wissenschaft und Entwicklung zu erweitern. Darunter sind mehrere Vereinbarungen, die es Biontech ermöglichen, die maßgebliche Kontrolle über seine Entwicklungsprogramme zu behalten und an der Zukunft der Produkte teilzuhaben. Ziel ist es, das Potenzial der

Technologie-Plattformen zu erweitern und die umfangreiche Anwendbarkeit der mRNA-Wirkstoffklasse über die Krebstherapie hinaus auch in weiteren Indikationsgebieten zu nutzen. Die Kooperationen betreffen sowohl den Bereich Onkologie als auch die Bereiche Infektionskrankheiten und seltene Erkrankungen. Zu den biopharmazeutischen Partnern gehören: [Genentech](#), [Sanofi](#), [Genmab](#), [Genevant Sciences](#), [Eli Lilly](#), [Bayer](#) und [Pfizer](#). Darüber hinaus unterhält Biontech Forschungs Kooperationen mit der [University of Pennsylvania](#) („Penn“) und dem Forschungsinstitut TRON ([Translationale Onkologie](#)) an der Universitätsmedizin der [Johannes Gutenberg-Universität Mainz](#).^[121] ...“ (Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)

Quelle:

<https://de.wikipedia.org/wiki/Moderna>

Weitergehende Informationen zu der Firma BioNTech, ihrer Unternehmensgeschichte, zur Entwicklung ihrer „mRNA“-Technologie und ihren Geschäftsbilanzen können ihren Geschäfts-/Jahresberichten entnommen werden, die nachfolgend teilweise konkret in Bezug genommen werden.

II.

Pfizer

Es ist bemerkenswert, dass auch Wikipedia nicht die diversen Verfahren gegen Pfizer verschweigen kann.

Bei Wikipedia sind u.a. folgende Informationen über BioNTech abrufbar – Stand 6.7.2024 (Zitat):

„**Pfizer Inc.** (Aussprache: [ˈfaɪzər]) ist ein [US-amerikanischer](#), [international aufgestellter](#) und [börsennotierter Pharma-](#) und [Biotechnologiekonzern](#) mit Hauptsitz in [New York](#). Während Pfizer im Jahr 2022 noch circa 100 Milliarden US-Dollar Umsatz machte, sind die Zahlen 2023 – bei gleichen Mitarbeiterzahlen – deutlich auf circa 58 Milliarden US-Dollar Umsatz (–42 %) gesunken.^{[2][3][4]} Der Rückgang ist in erster Linie auf die beiden [COVID-19-Präparate](#) [Comirnaty](#) und [Paxlovid](#) zurückzuführen. Das Unternehmen bleibt eines der umsatzstärksten Pharmaunternehmen der Welt. Das Kerngeschäft des Konzerns ist das Erforschen, Entwickeln, Produzieren und Vertrieben von [verschreibungspflichtigen Arzneimitteln](#). Dabei ist es aktuell besonders auf [Seltene Krankheiten](#), die [Innere Medizin](#), [Entzündungskrankheiten](#), die [Immunologie](#), [Impfstoffe](#), die [Onkologie](#) und [Antiinfektiva](#) fokussiert.^[5]

Daneben entwickelt das Unternehmen auch Medikamente für zahlreiche weitere [medizinische Fachgebiete](#), produziert [Nahrungsergänzungsmittel](#) und hat mit [GlaxoSmithKline](#) und [Shionogi](#) ein [Joint Venture](#) im Bereich [HIV](#) namens [ViiV Healthcare](#), das auf dem Markt zu den führenden gehört.^[6] Zuvor war Pfizer bis 2013 jahrzehntelang über seine ehemalige Tochterfirma [Zoetis](#) auch im Bereich [Tierarzneimittel](#) tätig und war dort [Marktführer](#).^[7] Vor dessen Verkauf brachte Pfizer Zoetis an die [New Yorker Börse](#), was damals der größte [Börsengang](#) seit [Facebook](#) war.^[8]

Neben seinem Sitz in New York, zehn [Produktionsstätten](#), zwei [Distributionszentren](#) sowie zahlreichen [Distributoren](#) in den USA hat der Konzern weltweit 69 [Niederlassungen](#), über 35 weitere Produktionswerke, 11 Distributionen und über 300 [Zulieferer](#), wodurch über 130

Pfizer-Produkte in mehr als 180 Ländern erhältlich sind.^{[9][10][11][12][13]} Die Deutschlandzentrale befindet sich in [Berlin](#), die für Österreich in [Wien](#) und die der Schweiz in [Zürich](#).

Pfizer ist seit 1942 an der New Yorker Börse gelistet und war von 2004 bis 2020 Bestandteil des [Dow-Jones-Index](#),^[14] ist aktuell Teil des [S&P 100](#) sowie [S&P 500](#),^[12] und wird auf der Liste der [Fortune 500](#), [Forbes Global 2000](#) und [Fortune Global 500](#) geführt. Das Unternehmen kam Ende 2023 auf einen [Börsenwert](#) von 164,36 Milliarden US-Dollar, womit Pfizer zu den wertvollsten Unternehmen der Welt gehört.^[15]

Seit 2020 steht der Konzern wegen seines [COVID-19-Impfstoffs](#) namens [Tozinameran](#), der mit [BioNTech](#) und [Fosun](#) entwickelt wurde, im Blickpunkt der Weltöffentlichkeit; damit ist das Unternehmen derzeit einer der weltweit führenden Produzenten eines Impfstoffes gegen [COVID-19](#). Besonders der Verkauf von Tozinameran bescherte dem Unternehmen 2022 einen Rekordumsatz und brachte Pfizer ab 2021 zurück an die Spitze der Pharmawelt.^[4]

Geschichte

Das Unternehmen wurde von *Charles Pfizer* (eigentlich [Karl Pfizer](#), ['pfitse]) und dessen Cousin [Charles F. Erhart](#) aus [Ludwigsburg](#) als *Charles Pfizer & Company* 1849 in [Brooklyn](#), New York, gegründet. Das erste Produkt war [Santonin](#), ein Mittel gegen [Parasiten](#). Die Firma war sehr erfolgreich und erweiterte sich in den folgenden Jahren um weitere Produktionsstätten, Verwaltungs- und Lagerhäuser in [New York](#). 1951 wurden weltweit neue Werke aufgebaut; unter anderem in [Belgien](#), [Brasilien](#), [Puerto Rico](#), [Kanada](#), [Kuba](#) und [England](#). 1952 folgte Pfizer mit dem Aufbau einer [Agrarsparte](#) und spezialisierte sich ab 1953 durch Übernahme der J. B. Roerig & Co. auf [Nahrungsergänzungsmittel](#). 1971 erfolgte die Übernahme des deutschen Pharmaherstellers Heinrich Mack in [Illertissen](#).

1996 wurden neue [Antibiotika](#) an Kindern in [Nigeria](#) während einer schweren [Meningitis](#)-Epidemie getestet, ohne dass hierfür ausreichende Genehmigungen vorlagen; elf von ihnen starben. Pfizer wurde nach dem Bekanntwerden in New York 2007 von der nigerianischen Provinz [Kano](#) verklagt.^[16] Die außergerichtliche Einigung 2009 wurde von den Familien der Opfer wegen der [Gentests](#), mit denen ermittelt werden sollte, wer Anspruch auf Entschädigung hat, abgelehnt. Nachdem der [Oberste Gerichtshof der Vereinigten Staaten](#) im Juni 2010 einen Einspruch von Pfizer abwies, wurde der Weg für einen Prozess in den [Vereinigten Staaten](#) frei.^[17]

1999 hatte Pfizer zum 150-jährigen Firmenjubiläum einen Umsatz von 16,2 Milliarden US-Dollar und 46.000 Beschäftigte auf der Payroll. Sieben Medikamente brachten einen Umsatz von je mehr als einer Milliarde US-Dollar pro Jahr, darunter die Potenzpille [Viagra](#) und der [Cholesterin](#)-Hemmer [Lipitor](#).^[18] 2000 übernahm Pfizer in einer der bis dahin größten Unternehmensübernahmen der Geschichte den Mitbewerber [Warner-Lambert](#) für 90 Milliarden US-Dollar. Pfizer wurde dadurch zum größten Pharmakonzern der USA,^[18] und dem damals zweitgrößten weltweit nach [GlaxoSmithKline](#).^[19] Teil des Deals war auch der Fertigungsstandort [Gödecke](#) in [Freiburg](#). Die Aquaristiksparte wurde 2002 durch den Verkauf von [Tetra](#) abgestoßen. Mit dem Warner-Lambert-Kauf wurde Pfizer zum größten Pharmakonzern der USA und zweitgrößten der Welt.^[18] Mit 87.000 Mitarbeitenden, die 28 Mrd. US-Dollar umsetzten, betrug das Forschungsbudget 4,7 Mrd. US-Dollar, der Börsenwert auf 230 Mrd. US-Dollar. Der Anteil der Pfizer-Aktionäre am neuen Unternehmen betrug 61 %, derjenige der Warner-Lambert Inhaber 39 %.^[19] Nach weiteren Übernahmen wurde Pfizer gar zum weltgrößten Pharmaunternehmen, bis es 2012 von [Novartis](#) an der

Spitze abgelöst wurde.^[20] Nach der Übernahme von [Pharmacia](#) 2003 wurde 2006 die Consumersparte an [Johnson & Johnson](#) verkauft.

Zur Einsparung von bis zu 1,5 Milliarden Euro wurde am 21. Januar 2007 der Abbau von 10.000 Arbeitsplätzen angekündigt. Am 7. Juni 2008 folgte die Ankündigung der Verlegung der Deutschlandzentrale von [Karlsruhe](#) nach [Berlin](#).^[21] Es folgten weitere Übernahmen (2009: [Wyeth](#)^[22], 2010: Whitehall-Much, 2015: [Hospira](#)^[23]), Verkäufe (2012: die Babynahrungssparte an den [Nestlé](#)-Konzern^[24], 2013: die Tiergesundheitssparte (seither [Zoetis](#))^[25]) und die Gründung eines Joint-Ventures für HIV-Medizin mit [GlaxoSmithKline](#) 2009.^[26]

Im November 2015 kündigten Pfizer und [Allergan](#) ihren Zusammenschluss zur Pfizer plc mit neuem Hauptsitz in der steuerlich deutlich günstigeren irischen Hauptstadt [Dublin](#) an (tax inversion). Pfizer sollte für die Übernahme durch die kleinere Allergan (reverse takeover) im Wege eines [Aktientauschs](#) rund 160 Milliarden Dollar zahlen, was die bis dahin größte Übernahme in der Geschichte der Pharmabranche dargestellt hätte.^[27] Mit einem Umsatz von dann 60 Milliarden Dollar wäre Pfizer wieder der größte Arzneimittelhersteller der Welt geworden.^[28] Im April 2016 gab Pfizer jedoch bekannt, dass man die beabsichtigte [Fusion](#) aufgrund stark verschärfter US-[Steuergesetze](#) doch nicht weiterverfolge.^{[29][30][31]} Obwohl die ursprünglichen Vereinbarungen für diesen Fall eine Vertragsstrafe von 400 Millionen USD vorsahen, einigte man sich auf eine Zahlung von 150 Millionen USD von Pfizer an Allergan.^[32] Weil Pfizer ein [Epilepsie](#)-Medikament in [Großbritannien](#) 2600 % zu teuer verkauft hatte, wurde der Konzern 2016 zu einer Strafe von 100 Millionen Euro verurteilt. Pfizer kündigte an, gegen das Urteil Berufung einzulegen.^[33]

Während der [COVID-19-Pandemie](#) startete das deutsche Biotech-Unternehmen [Biontech](#) eine Partnerschaft mit Pfizer zur Herstellung und Bereitstellung eines [SARS-CoV-2-Impfstoffes](#). Im Dezember 2020 war das Vakzin [BNT162b2](#) der erste [COVID-19](#)-Impfstoff, welcher eine Zulassung in den [USA](#), in der [Europäischen Union](#) und vielen anderen Ländern erhielt. Der Impfstoff wird unter anderem von Pfizer hergestellt.^[34] Im Februar 2021 wurde bekannt, dass Anwälte von Pfizer in mehreren südamerikanischen Ländern mit äußerst rüden bis erpresserischen Methoden den Versuch machten, das Interesse von Pfizer an hohen Impfstoff-Einkaufspreisen durchzusetzen, eine Befreiung von Haftungen zu erzwingen sowie künftige Zahlungen durch die Sicherungsübertragung ausländischer Werte frei von der jeweiligen Justiz zu bezwecken. Mehrere Länder verzichteten in der Folge darauf, von Pfizer Impfstoff zu beziehen, und entschieden sich für andere Lieferanten.^[35]

Durch seine COVID-19-Präparate hat Pfizer allein 2021 seinen Umsatz fast verdoppelt. Seitdem hat Pfizer einige Verträge geschlossen, um sein Produktportfolio und seine „Pipeline“ zu stärken. Im Mai 2022 gab Pfizer bekannt, das biopharmazeutische Unternehmen Biohaven Pharmaceuticals für 11,6 Milliarden US-Dollar zu kaufen. Das Portfolio von Biohaven umfasst das von der [FDA](#) zugelassene [Nurtec\(Rimegepant\)](#) zur akuten und präventiven Behandlung von [Migräne](#) (von der [EMA](#) als [Vydura](#) zur akuten Behandlung von Migräne bedingt zugelassen) sowie eine breite „Pipeline“ von Produktkandidaten im Spätstadium der klinischen Entwicklung.^[36] Zuvor hatte Pfizer auch [Arena Pharmaceuticals](#) für 6,7 Milliarden Dollar gekauft und angekündigt, den privaten Hersteller von Medikamenten gegen Atemwegsviren, [ReViral](#), zu übernehmen. Pfizer verkündete im August 2022 die Übernahme des [Sichelzellenanämie](#)-Medikamentenherstellers [Global Blood Therapeutics](#) (GBT) für 5,4 Milliarden Dollar.^{[37][38]}

Im März 2023 wurde bekannt gegeben, dass Pfizer das Biotechunternehmen [Seagen](#) für 43 Mrd. Dollar übernehmen will.^[39]

...

Verfahren gegen Pfizer in Nigeria und den USA

Trovan-Studie in Nigeria

Laut Angaben nigerianischer Behörden und verschiedener Organisationen testete Pfizer im Jahr 1996 das mittlerweile verbotene Antibiotikum [Trovafoxacin](#) (*Trovan*) an etwa 200 Kindern aus dem Umkreis von [Kano \(Nigeria\)](#).^[43] Mindestens fünf, nach Angaben der Behörden in Kano mehr als 50 Kinder starben durch die Wirkung des zuvor noch nicht am Menschen erprobten Mittels, während viele andere geistige und körperliche Missbildungen entwickelten.^{[44][45][46]} Zahlreichen Kindern wurde im Rahmen dieser Studie der Zugang zu einem erwiesenermaßen wirksamen Medikament vorenthalten.

Diese Thematik wird in dem Roman [Der ewige Gärtner](#) von [John le Carré](#) (und der [gleichnamigen Verfilmung](#) von [Fernando Meirelles](#)) aufgegriffen und verarbeitet.

Der oberste Gerichtshof in den USA ebnete im Juni 2010 die Wege für ein Entschädigungsverfahren, nachdem eine außergerichtliche Einigung zwischen Pfizer und dem Bundesstaat Kano von den Opfern abgelehnt wurde.^[47]

Der deutsche Kinderarzt und Infektiologe [Juan Walterspiel](#), der damals bei Pfizer die pädiatrischen Studien leitete, hatte schwerwiegende Kritik an der Planung und Durchführung der Versuche geübt und eine weitere Mitarbeit verweigert. Daraufhin wurde ihm gekündigt.^[48] Ein Gerichtsverfahren wurde von der [Washington Post](#) aufgegriffen, die die Studie und ihre Fragwürdigkeit thematisierte.^[49] Pfizer besteht darauf, dass Walterspiel aus anderen, nicht genannten Gründen gekündigt worden sei und dass die Studie ethischen Normen entspreche.^[48] Zurzeit laufen mehrere Verfahren in Nigeria mit zum Teil erheblichen Schadensersatzforderungen.^[50] Zwei weitere Klagen sind von nigerianischen Eltern in den USA eingereicht worden. Die Verfahren sind im Januar 2009 in New York wieder aufgenommen worden.^[51]

Im Dezember 2010 wurden von [WikiLeaks](#) Dokumente veröffentlicht, nach denen Pfizer auch versucht hatte, den nigerianischen Staatsanwalt unter Druck zu setzen, um hohen Strafzahlungen zu entgehen.^[52]

Das Verfahren um die Studie in Nigeria wurde 2010 durch eine außergerichtliche Einigung beigelegt. Pfizer verpflichtete sich, an die Familien der an der Studie beteiligten Kinder 35 Millionen US-Dollar zu zahlen, mit weiteren 30 Millionen Gesundheitsinitiativen in Kano zu unterstützen sowie 10 Millionen für Gerichtskosten zu zahlen. Die ersten Zahlungen erfolgten 2011.^[53]

Unlautere Werbepraktiken in den USA

Am 2. September 2009 bestätigte das Unternehmen die Zahlung von 2,3 Milliarden Dollar, um damit einen Streit mit der US-Regierung über unlautere Werbepraktiken zu beenden. Es ging unter anderem um die Werbung für das verschreibungspflichtige Schmerzmittel Bextra. Nach Berichten über starke Nebenwirkungen hatte das Unternehmen das Arzneimittel 2005 vom Markt genommen. Mit dem Vergleich werden auch zivil- und strafrechtliche Vorwürfe rechtswidriger Werbepraktiken im Zusammenhang mit den Medikamenten Zyvox, Geodon und Lyrica beigelegt.

Pfizer in deutschsprachigen Ländern

Die Firmenzentrale der Pfizer Deutschland GmbH wurde 2008 von [Karlsruhe](#) nach [Berlin](#) verlegt.^[54] Deutsche Niederlassungen befinden sich zudem in Karlsruhe und [Freiburg](#). In Deutschland beschäftigt Pfizer rund 2500 Mitarbeiter.^[54] In Österreich gliedert sich das Unternehmen in zwei Gesellschaften. Die Pfizer Corporation

Austria Gesellschaft m.b.H. mit Sitz in Wien umfasst rezeptpflichtige Medikamente und rezeptfreie Produkte und zählt circa 250 Mitarbeiter. Am Produktionsstandort in [Orth \(Donau\)](#) sind rund 230 Mitarbeiter in der Pfizer Manufacturing GmbH für die Herstellung der Impfstoffe zum Schutz gegen die durch [Meningokokken](#) der [Serogruppe C](#) verursachte [Meningitis](#) (MenC) und gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) zuständig und tragen zur weltweiten Bedarfsdeckung bei.^[55] Für den Verkauf und Vertrieb von Medikamenten und Tierprodukten in der Schweiz ist die Niederlassung in [Zürich](#) zuständig.^[56] Im April 2010 erwarb Pfizer den [OTC](#)-Pharmahersteller Whitehall-Much.

...

Vorwürfe der Patentverletzung der mRNA-Technologie

Im August 2022 gab [Moderna](#) bekannt, dass sie Pfizer und deren Partner [BioNTech](#) wegen Verletzung ihres Patents auf die mRNA-Technologie verklagen werden.^[66] Bisher hat noch kein Gericht eine endgültige Entscheidung getroffen...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://de.wikipedia.org/wiki/Pfizer>

Soweit einige Daten aus öffentlich zugänglichen Quellen.

Diese Wikipedia-Artikel lassen aber so viel Information unter den Tisch fallen, dass die wahre Unternehmensgeschichte von Pfizer dadurch extrem geschönt wird.

Der Health Freedom Defense Fund hat am 19. Juni 2023 einen verheerenden Essay mit dem Titel **"The Story of Pfizer Inc. - A Case Study in Pharmaceutical Empire and Corporate Corruption"** (deutsch: Die Geschichte von Pfizer Inc. - Eine Fallstudie über das pharmazeutische Imperium und die Korruption von Unternehmen) veröffentlicht. Dort heißt es **(Zitat)**:

„Die Geschichte von Pfizer Inc. ist eine Fallstudie über das pharmazeutische Imperium und die Korruption von Unternehmen (deutsche Übersetzung)

Von Michael Bryant

Die umfangreiche Geschichte der pharmazeutischen Industrie ist voll von Geschichten und Taten über Abenteuer, Missgeschicke, Gewinnstreben, Gewinnmitnahmen, Betrug, Bestechung, falsche Behauptungen, messianische Versprechen und kriminelles Verhalten. Nur wenige Unternehmen in der Geschichte der Medizin haben so viel Aufmerksamkeit erhalten wie Pfizer Inc. in den letzten drei Jahren der Corona-Krise.

Im Laufe der unerbittlichen Medienberichterstattung und inmitten all des Lärms und der Wut ist es Pfizer gelungen, einer Überprüfung seines früheren kriminellen Verhaltens zu entgehen, und wird in den Mainstream-Medien allgemein als wohlwollendes Unternehmen dargestellt, dessen Aufgabe es ist, der Menschheit einen edlen Dienst zu erweisen.

In dem Bemühen, die Dinge richtig zu stellen, beginnen wir mit einer umfassenden historischen Untersuchung dieses Unternehmens, das sich aus bescheidenen Anfängen zu einem der einflussreichsten Unternehmensriesen entwickelt hat, die heute auf der Erde wandeln.

GESCHICHTE

Die Geschichte von Pfizer beginnt 1849 in New York City, als zwei deutsche Einwanderer, die Cousins Charles Pfizer und Charles F. Erhart, von Charles Pfizers Vater ein Darlehen in Höhe von 2.500 Dollar erhielten, um ein Geschäftsgebäude in Williamsburg, Brooklyn, zu erwerben, in dem sie ein gemeinsames Unternehmen in der aufkommenden chemischen Industrie gründen wollten.

Charles Pfizer hatte in Deutschland eine Apothekerlehre absolviert und besaß eine kaufmännische Ausbildung als Chemiker. Charles Erhart war Zuckerbäcker.

Ursprünglich hieß das Unternehmen Charles Pfizer and Company und konzentrierte sich zunächst auf die Herstellung von chemischen Verbindungen. Ihr erstes Produkt war ein Arzneimittel namens Santonin, das zur Behandlung von parasitären Würmern eingesetzt wurde.

Die Cousins kombinierten ihre Talente und verpackten ihr Produkt in schmackhaften Süßigkeiten wie Bonbons und Zuckerwatte mit Toffee-Geschmack. Diese Strategie erwies sich als erfolgreich und legte den Grundstein für die zukünftige Entwicklung des Unternehmens.

Das Medikament Santonin wurde bis in die 1950er Jahre als Anthelminthikum eingesetzt, bis es aufgrund der festgestellten toxischen Wirkungen, die ein ernsthaftes Risiko für die Patienten darstellten, in Ungnade fiel.

Pfizer expandierte schnell in den Bereich der Feinchemikalien für den kommerziellen Verkauf an Groß- und Einzelhändler.

Im Jahr 1862 war Pfizer das erste US-Unternehmen, das Weinsäure und Weinstein im eigenen Land herstellte.

Mit dem Ausbruch des Amerikanischen Bürgerkriegs entstand ein massiver Bedarf an Schmerzmitteln und Antiseptika, was für die pharmazeutische Industrie eine „Chance“ darstellte.

Pfizer weitete die Produktion beider Produkte sowie von Jod, Morphin, Chloroform, Kampfer und Quecksilber rasch aus. Bis 1868 hatte sich der Umsatz von Pfizer verdoppelt und die Produktpalette erheblich erweitert.

Der große Aufschwung des Unternehmens kam in den 1880er Jahren mit der Produktion von Zitronensäure in Industriequalität, die in Erfrischungsgetränken wie Coca-Cola und Dr. Pepper weit verbreitet war. Dies sollte das Herzstück des Unternehmens werden und sein Wachstum über Jahrzehnte hinweg vorantreiben.

Ein weiterer Glücksfall für das „kleine New Yorker Unternehmen“ war das Jahr 1919, als die Wissenschaftler des Unternehmens Pionierarbeit leisteten und ein Verfahren zur Fermentation in tiefen Tanks entwickelten, dessen Grundsätze später bei der Herstellung von Penicillin angewandt wurden.

Diese Fähigkeiten im Bereich der Fermentation und der pharmazeutischen Großproduktion verschafften Pfizer eine führende Position im Zweiten Weltkrieg, als die US-Regierung die Pharmaindustrie um Unterstützung bei der Herstellung von Penicillin für die Kriegsanstrengungen bat.

In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern der Regierung begann Pfizer mit der Massenproduktion von Penicillin, wobei es seine Technologie der Fermentierung in tiefen Tanks einsetzte. 1944 war Pfizer das erste Unternehmen, das Penicillin in großen Mengen produzierte.

Als die Penicillinpreise und die Verwendung nach dem Zweiten Weltkrieg zurückgingen, begann Pfizer nach profitableren Antibiotika zu suchen. Der Einstieg in die kommerzielle Produktion von Antibiotika bedeutete eine Wende im Geschäftsmodell von Pfizer.

Die Geschäftstätigkeit des Unternehmens verlagerte sich von der Herstellung von Feinchemikalien hin zu forschungsbasierten Pharmazeutika, wodurch Pfizers neues Arzneimittelforschungsprogramm entstand, das sich auf die Vitrosynthese konzentrierte. Im Jahr 1950 entwickelte Pfizer sein erstes eigenes pharmazeutisches Produkt, Terramycin, ein Breitbandantibiotikum.

Bis 1951 hatte Pfizer Niederlassungen in Belgien, Brasilien, Kanada, Kuba, England, Mexiko, Panama und Puerto Rico eröffnet. Mit der zunehmenden Macht und den steigenden Gewinnen erweiterte Pfizer sein Portfolio durch verschiedene Übernahmen und den Einstieg in mehrere Forschungs- und Entwicklungsbereiche, darunter auch eine Abteilung für Tiergesundheit.

Als das Pfizer-Pharmareich expandierte, kamen jedoch Fragen über anzügliche Geschäftspraktiken auf.

VERSTÖSSE

Obwohl Pfizer sich selbst als rechtschaffener Unternehmensbürger darstellt, sind ihm Kontroversen und Skandale nicht fremd. Bereits 1958 war das Unternehmen eines von sechs Arzneimittelherstellern, die von der Federal Trade Commission der Preisabsprache beschuldigt wurden.

Im Jahr 1961 erhob das Justizministerium Kartellstrafanzeige gegen Pfizer, American Cyanamid und Bristol-Myers und beschuldigte die Topmanager der einzelnen Unternehmen, seit 1953 unerhört hohe Preise zu verlangen und die Produktion und den Vertrieb von Arzneimitteln zu monopolisieren.

Im Jahr 1963 entschied die FTC, dass die in der Klage von 1958 beschuldigten Unternehmen tatsächlich Antibiotikapreise manipuliert hatten. Die FTC stellte außerdem fest, dass „unsaubere Hände und Bösgläubigkeit eine wichtige Rolle“ bei der Erteilung des Tetracyclin-Patents an Pfizer spielten.

In den 1960er Jahren befand sich Pfizer auf dem Höhepunkt seiner Geschichte und hatte Interessen, die von Pillen über Parfüm und Petrochemikalien bis hin zu Haustierprodukten reichten.

Die Verlagerung des Unternehmens auf die Entwicklung neuer Produkte gipfelte in der Gründung der zentralen Forschungsabteilung Anfang der 1970er Jahre. Ganze 15 % der Einnahmen von Pfizer flossen in diese Forschungsabteilung.

Diese Konzentration auf Innovation führte dazu, dass Pfizer Blockbuster-Medikamente entwickelte, d. h. Medikamente, mit denen die Pharmafirmen, die sie herstellen, mindestens 1 Milliarde Dollar pro Jahr verdienen.

Während diese Medikamente für Pharmaunternehmen äußerst profitabel sein können, birgt das Geschäftsmodell der Blockbuster-Medikamente langfristig gewisse Probleme. Abgesehen von der Zeit und dem Geld, die in die Entwicklung dieser Medikamente fließen, gibt es noch die Erfordernisse von Patentfragen. Die Pharmaunternehmen sehen das „Patentfenster“ von 20 Jahren als ernsthafte Einschränkung an, da sie oft ein ganzes Jahrzehnt brauchen, um ein neues Medikament auf den Markt zu bringen, wodurch sich sowohl die Zeit für die Rückforderung von Gewinnen aus den Entwicklungskosten als auch die Zeit für die Erzielung maximaler Gewinne aus ihrem neuen Produkt verkürzt.

Aufgrund der Patentgesetze ist der Erfolg von Blockbuster-Medikamenten oft nur von kurzer Dauer. Die Abhängigkeit von Blockbustern bedeutet auch, dass ein Misserfolg eines Produkts katastrophale Folgen für den Hersteller haben kann.

Bei diesem Geschäftsmodell ist die Notwendigkeit für Pharmaunternehmen, ständig Blockbuster-Medikamente zu produzieren, kaum zu überschätzen. Natürlich tun sie alles, um ihre goldene Gans zu schützen.

Die Reihe von Blockbustern bei Pfizer ging einher mit einem massiven Anstieg des Unternehmenserfolgs und einer Reihe umstrittener Produkte, Straftaten und zahlreicher Geldstrafen - einschließlich der höchsten Geldstrafe in der Geschichte der USA.

Nehmen wir zum Beispiel das erste Blockbuster-Medikament von Pfizer, das entzündungshemmende Feldene, das auch eines der ersten umstrittenen Produkte des Unternehmens werden sollte.

Pfizer reichte im März 1978 und erneut im Mai 1980 bei der FDA einen Antrag auf ein neues Medikament für Feldene ein. Die Anträge wurden wegen unzureichender Prüfprotokolle abgelehnt. Im September 1981 reichte Pfizer erneut einen Antrag bei der FDA ein, wobei alte Daten verwendet wurden.

Mehrere Fragen rund um Feldene, einschließlich des Weges, der zu seiner endgültigen Zulassung führte, machten es zu einer der wichtigsten „zensierten“ Nachrichten des Projekts Zensur im Jahr 2015.

In dieser Geschichte, Project Censored festgestellt:

„Noch während die FDA den Antrag prüfte, sponserte Pfizer einen Empfang auf der Tagung der American Rheumatism Association in Boston und zeigte einen Film, in dem für Feldene geworben wurde, was nach Ansicht der FDA illegal war. Nichtsdestotrotz genehmigte die FDA am 6. April 1982 Feldene für den Gebrauch in den USA.

Obwohl Feldene das lukrativste Produkt von Pfizer werden sollte, tauchten schnell Fragen zu diesem Medikament auf. Bereits 1986 wurde bei der FDA ein Antrag auf Umwidmung des Medikaments gestellt, da ernsthafte Bedenken wegen seiner langen Halbwertszeit und seiner Tendenz zur Anreicherung im Blut bestanden.

Die Überwachungsorganisation Public Citizen Health Research Group (PCHRG) erhob später den Vorwurf, dass dieses häufig verschriebene Arthritis-Medikament bei älteren Menschen das Risiko von Magen-Darm-Blutungen birgt.

Unter Berufung auf Berichte über 2.621 unerwünschte Ereignisse und sogar 182 Todesfälle bei Patienten, die das Medikament einnahmen, forderte die PCHRG die FDA auf, Feldene für Patienten über 60 Jahre zu verbieten, da es eine unmittelbare Gefahr für die öffentliche Gesundheit darstelle.

Dr. Sidney Wolfe, Direktor der PCHRG, erklärte: „Mindestens 1,75 Millionen ältere Amerikaner, die dieses Medikament erhalten, sind dem Risiko ausgesetzt, lebensbedrohliche gastrointestinale Reaktionen zu entwickeln.“

In der Zwischenzeit forderte der National Council of Senior Citizens die FDA auf, das Medikament vollständig vom Markt zu nehmen.

Wolfe von PCHRG zitierte später interne Dokumente von Pfizer, in denen Bedenken gegen das Medikament geäußert wurden. Bereits 1995 forderte er ein vollständiges Verbot des Medikaments für alle Altersgruppen.

Dies war nur der Anfang einer Reihe von öffentlichkeitswirksamen Skandalen und rechtlichen Problemen, die für die Geschäftspraktiken von Pfizer kennzeichnend werden sollten.

So wurde das Unternehmen von Berichten über schwerwiegende Probleme im Zusammenhang mit einer von der Pfizer-Abteilung Shiley hergestellten Herzklappe heimgesucht. Dieses Problem führte dazu, dass die Produktion aller Modelle der fehlerhaften Klappen bis 1986 eingestellt wurde.

Eine Task Force der FDA warf Shiley 1991 vor, den Behörden Informationen über Sicherheitsprobleme vorzuenthalten, um die Erstzulassung für seine Klappen zu erhalten.

In einer Untersuchung des Wall Street Journal vom 7. November 1991 wurde behauptet, dass Shiley vorsätzlich Herstellungsunterlagen über Ventilbrüche gefälscht hatte. Diese Frakturen hatten katastrophale Folgen für zahlreiche Patienten. Bis 2012 wurde berichtet, dass 663 Menschen an den Folgen der fehlerhaften Klappen gestorben waren.

Pfizer erklärte sich schließlich bereit, zwischen 165 und 215 Millionen Dollar zu zahlen, um die Klagen im Zusammenhang mit der Björk-Shiley Convexo-Concave Herzklappe beizulegen.

Außerdem erklärte sich das Unternehmen bereit, 10,75 Millionen Dollar zu zahlen, um die Vorwürfe des US-Justizministeriums auszuräumen, es habe die Aufsichtsbehörden bei der Beantragung der Zulassung für die Klappen belogen.

Die Parade korrupter Praktiken und rechtlicher Probleme, die diesen pharmazeutischen Leviathan kennzeichnet, war gerade erst im Gange. Von da an wurde Pfizer wegen einer ganzen Reihe illegaler Handlungen angeklagt und verfolgt, die von Preisabsprachen, Produktsicherheit, Bestechung, Werbe- und Marketingskandalen bis hin zu Umwelt- und Menschenrechtsverletzungen reichten.

Im Jahr 1999 bekannte sich Pfizer zu kartellrechtlichen Vorwürfen schuldig und erklärte sich zur Zahlung von Geldbußen in Höhe von insgesamt 20 Millionen Dollar bereit. In diesem Fall wurde Pfizer angeklagt, „an einer Verschwörung zur Erhöhung und Festsetzung von Preisen und zur Aufteilung von Marktanteilen in den USA für ein Lebensmittelkonservierungsmittel namens Natriumerythorbat und zur Aufteilung von Kunden und Gebieten für einen Aromastoff namens Maltol teilgenommen zu haben“.

Im Jahr 2000 veröffentlichte die Washington Post ein sechsteiliges Exposé, in dem Pfizer beschuldigt wurde, ein gefährliches experimentelles Antibiotikum Trovafloxacin (Handelsname Trovan) an Kindern in Nigeria zu testen, ohne die ordnungsgemäße Zustimmung der Eltern einzuholen.

Trovan sollte das nächste Blockbuster-Medikament von Pfizer werden, so die Analysten der Wall Street, von denen einer behauptete: „Pfizer könnte 1 Milliarde Dollar pro Jahr einnehmen, wenn Trovan für alle seine potenziellen Anwendungen zugelassen würde.“ Doch als das Unternehmen in den Vereinigten Staaten nicht genügend Patienten finden konnte, begaben sich seine Forscher auf die Suche nach neuen Patienten in Kano, Nigeria. Diese nicht genehmigte klinische Studie an 200 nigerianischen Kindern führte zum Tod von 11 Kindern. Es wird behauptet, dass viele weitere Kinder später „schwerwiegende Nebenwirkungen von Organversagen bis hin zu Hirnschäden“ erlitten.

Im Jahr 2001 wurde Pfizer von 30 nigerianischen Familien verklagt, die das Unternehmen beschuldigten, ihre Kinder als „menschliche Versuchskaninchen“ zu missbrauchen. Die Familien behaupteten, dass „Pfizer gegen den Nürnberger Kodex sowie gegen UN-Menschenrechtsstandards und andere ethische Richtlinien verstoßen hat“ und behaupteten, dass Pfizer die Kinder einer „grausamen, unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung“ ausgesetzt hat.

Nach jahrelangen Rechtsstreitigkeiten erklärte sich Pfizer 2009 bereit, 75 Millionen Dollar zu zahlen, um einige der vor nigerianischen Gerichten angestregten Klagen beizulegen.

Trovan wurde nie der Blockbuster, den sich Pfizer vorgestellt hatte. Das Unternehmen gab gegenüber den Aktionären zu, dass es mit diesem experimentellen Meningitis-Medikament „eine Enttäuschung erlitten“ hatte. Trovan wurde in den Vereinigten Staaten nie für die Anwendung bei Kindern zugelassen, so dass die Produktion eingestellt wurde. Die Europäische Union verbot das Medikament 1999.

Im Folgenden finden Sie eine Chronologie weiterer Pfizer-Missgeschicke.

- 2002 erklärte sich Pfizer bereit, 49 Millionen Dollar zu zahlen, um den Vorwurf auszuräumen, dass eine seiner Tochtergesellschaften das staatliche Medicaid-Programm durch überhöhte Preise für das Cholesterinsenkungsmittel Lipitor betrogen hat.
- 2003 zahlte Pfizer 6 Millionen Dollar für einen Vergleich mit 19 Bundesstaaten, die das Unternehmen beschuldigten, mit irreführender Werbung für das Antibiotikum Zithromax (auch Z-Pak genannt) zu werben, das bei Ohrinfektionen bei Kindern eingesetzt wird. In der Klage wurde behauptet, Pfizer habe „den Nutzen und die Wirksamkeit von Zithromax im Vergleich zu anderen vergleichbaren Antibiotika übertrieben dargestellt“.
- 2004 stimmte Pfizer einem 60-Millionen-Dollar-Vergleich in einer Sammelklage zu, die von Anwendern eines Diabetikermittels eingereicht wurde, das von Warner-Lambert entwickelt wurde, das Pfizer im Jahr 2000 übernommen hatte. Das Medikament Rezulin war vom Markt genommen worden, nachdem zahlreiche Patienten an akutem Leberversagen gestorben waren, das durch das Medikament verursacht worden sein soll.
- Im Jahr 2004 erklärte sich Pfizer bereit, die Werbung für sein Schmerzmittel Celebrex einzustellen, und im darauf folgenden Jahr räumte das Unternehmen ein, dass in klinischen Studien aus dem Jahr 1999 festgestellt wurde, dass ältere Patienten, die das Medikament einnahmen, ein weitaus höheres Risiko für Herzprobleme aufwiesen.
- Im Jahr 2004 bekannte sich Pfizer außerdem zweier Straftaten schuldig und zahlte 430 Millionen Dollar Strafe für die betrügerische Bewerbung des Epilepsie-Blockbusters Neurontin für nicht zugelassene Anwendungen. Pfizer behauptete, das Medikament könne auch bei „bipolaren Störungen, Schmerzen, Migräne und Drogen- und Alkoholentzug“ eingesetzt werden.

Zu den hinterhältigen Taktiken von Pfizer im Zusammenhang mit Neurontin gehörte auch die Bestechung von Ärzten mit Luxusreisen und Geldern, um für das Medikament zu werben, und das Einschleusen von Mitarbeitern in medizinische Fortbildungsveranstaltungen.

Später kamen Dokumente ans Licht, aus denen hervorging, dass Pfizer Verzögerungen bei der Veröffentlichung wissenschaftlicher Studien veranlasste, die seine Behauptungen zu den anderen Anwendungsgebieten von Neurontin untergruben. In einem dieser Dokumente wurde festgestellt, dass ein Leiter eines Neurontin-Teams bei Pfizer sagte: „Ich denke, wir können die potenziellen Nachteile der Studie 224 begrenzen, indem wir die Veröffentlichung so lange wie möglich hinauszögern.“

Schließlich befand ein Bundesgericht im Jahr 2010, dass Pfizer bei der Vermarktung von Neurontin betrügerische Machenschaften begangen hat; der Richter in diesem Fall ordnete daraufhin an, dass das Unternehmen 142 Millionen Dollar Schadenersatz zu zahlen hat.

- Im Jahr 2005 zog Pfizer sein Schmerzmittel Bextra vom Markt zurück, nachdem die FDA „unzureichende Informationen über mögliche Herzkrisen bei langfristiger Einnahme des Medikaments sowie ‚lebensbedrohliche‘ Hautreaktionen, einschließlich Todesfällen,“ angeführt hatte.
- Im selben Jahr genehmigte die FDA eine Blackbox-Warnung für das andere Blockbuster-Schmerzmittel von Pfizer, Celebrex, und begründete dies mit einem erhöhten Risiko für „kardiovaskuläre Ereignisse und lebensbedrohliche Magen-Darm-Blutungen“.

- Im Jahr 2007 stimmte Pfizer zu, 34,7 Millionen Dollar zu zahlen, um Bundesanklagen im Zusammenhang mit der Vermarktung seines menschlichen Wachstumshormons Genotropin beizulegen. Die Pfizer-Tochter Pharmacia & Upjohn Co. erklärte sich bereit, 19,7 Mio. USD zu zahlen, weil sie einem Apothekenleiter Schmiergelder angeboten hatte, um mehr von dem Medikament zu verkaufen, und weitere 15 Mio. USD für die Werbung für Genotropin für Anwendungen, die nicht von der Food and Drug Administration genehmigt waren.

- Im Jahr 2008 zahlte Pfizer eine satte Strafe in Höhe von 894 Millionen Dollar, um Klagen beizulegen, „in denen behauptet wurde, dass das vom Markt genommene Schmerzmittel Bextra und das weit verbreitete Arthritismedikament Celebrex US-Patienten geschädigt und Verbraucher betrogen haben.“ Von der gesamten Geldstrafe wurden 745 Millionen Dollar für die Beilegung von Klagen wegen Personenschäden zurückgestellt.

- Im Jahr darauf, 2009, wurde Pfizer zu einer Geldstrafe von 2,3 Milliarden Dollar verurteilt und erhielt damit die zweifelhafte Ehre, den größten Vergleich in der Geschichte des Gesundheitswesens zu schließen. GlaxoSmithKline legte 2012 mit einem 3-Milliarden-Dollar-Vergleich noch einen drauf.

Die Geldstrafe war eine Kombination aus zivil- und strafrechtlichen Vergleichen im Zusammenhang mit Pfizers „angeblich illegaler Werbung für bestimmte Medikamente, vor allem Bextra“. Pfizer bekannte sich schuldig, „das Schmerzmittel Bextra in betrügerischer oder irreführender Absicht falsch zu kennzeichnen und das Medikament zur Behandlung akuter Schmerzen in Dosierungen zu bewerben, die die FDA zuvor als gefährlich hoch eingestuft hatte.“

Das Justizministerium stellte außerdem fest, dass Pfizer „angeblich Schmiergelder an willfähige Ärzte gezahlt und drei andere Medikamente illegal beworben hat: das Antipsychotikum Geodon, das Antibiotikum Zyvox und das Antiepileptikum Lyrica.“

In einem Interview mit der New York Times erklärte der ehemalige Pfizer-Vertriebsmitarbeiter John Kopchinski, der bei der Einleitung der föderalen Untersuchung geholfen hatte: „Die gesamte Kultur von Pfizer ist auf den Verkauf ausgerichtet, und wenn man nicht illegal Medikamente verkaufte, wurde man nicht als Teamplayer angesehen.“

Die strafrechtliche Geldbuße in Höhe von **1,195 Mrd. Dollar** in diesem Vergleich ist immer noch die höchste strafrechtliche Geldbuße, die jemals in den Vereinigten Staaten in einer Angelegenheit verhängt wurde.

Selbst nach dem Abschluss einer umfassenden Vereinbarung zur Unternehmensintegrität mit dem Office of Inspector General des Department of Health and Human Services im Rahmen des Vergleichs von 2009 setzte Pfizer sein prinzipienloses und schädigendes Verhalten fort. Die Band spielte weiter.

Im Jahr 2010 berichtete die New York Times über das Eingeständnis von Pfizer, dass das Unternehmen in den letzten sechs Monaten des Jahres 2009 rund „20 Millionen Dollar an 4.500 Ärzte und andere medizinische Fachkräfte für Beratungen und Vorträge in seinem Namen gezahlt hat.“

Die Times erwähnte auch, dass Pfizer im gleichen Zeitraum „15,3 Millionen Dollar an 250 akademische medizinische Zentren und andere Forschungsgruppen für klinische Studien gezahlt hat.“

In Bezug auf die von Pfizer offengelegten Beträge sagte Dr. Marcia Angell, ehemalige Redakteurin des New England Journal of Medicine und Autorin von The Truth About the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It, räumte ein, dass sie zwar keine besonderen Kenntnisse über die Angelegenheit habe, ihr aber die von Pfizer veröffentlichten Beträge „niedrig erschienen“. Sie fügte hinzu: „Ich kann mir nicht helfen, aber ich denke, dass etwas entgangen ist.“

Im Jahr 2011 stimmte Pfizer zu, 14,5 Millionen Dollar zu zahlen, um Anschuldigungen nach dem False Claims Act auszuräumen, dass das Unternehmen sein Blasenmedikament Detrol illegal vermarktet habe.

Im Jahr 2012 gab die US-Börsenaufsichtsbehörde SEC bekannt, dass sie mit Pfizer einen Vergleich in Höhe von 45 Millionen US-Dollar geschlossen hat, um die Vorwürfe auszuräumen, dass die Tochtergesellschaften des Unternehmens Ärzte und andere Angehörige der Gesundheitsberufe im Ausland bestochen haben.

Die SEC behauptete, dass „Angestellte und Vertreter von Pfizer-Tochtergesellschaften in Bulgarien, China, Kroatien, der Tschechischen Republik, Italien, Kasachstan, Russland und Serbien unzulässige Zahlungen an ausländische Beamte geleistet haben, um behördliche Genehmigungen und Zulassungen, Verkäufe und mehr Verschreibungen für die pharmazeutischen Produkte des Unternehmens zu erhalten.“

Laut Kara Brockmeyer, Leiterin der Foreign Corrupt Practices Act Unit der SEC Enforcement Division, war die Bestechung in den Tochtergesellschaften von Pfizer in mehreren Ländern so stark in die Verkaufskultur eingebunden, dass sie Punkte- und Bonusprogramme anboten, um ausländische Beamte, die sich als ihre besten Kunden erwiesen, unrechtmäßig zu belohnen.“

Im Jahr 2012 wurde Pfizer eine weitere hohe Geldstrafe auferlegt, diesmal zur Beilegung von Vorwürfen, dass die Nebenwirkungen des Hormonersatztherapie-Medikaments Prempro Brustkrebs verursachen. Rund 10.000 Frauen hatten gegen das Unternehmen geklagt und behauptet, der Arzneimittelhersteller habe Informationen über die möglichen Brustkrebsrisiken von HRTs zurückgehalten. Der 1,2-Milliarden-Dollar-Vergleich kam nach sechs Jahren Prozessdauer zustande.

Im Jahr 2013 stimmte Pfizer einem Vergleich in Höhe von 288 Millionen Dollar zu, nachdem 2.700 Personen behauptet hatten, dass das Raucherentwöhnungsmittel Chantix Selbstmordgedanken und schwere psychische Störungen verursacht.

Die FDA hatte Chantix mit einer Blackbox-Warnung versehen, der höchsten sicherheitsrelevanten Warnung, die von der FDA vergeben wird, „um Patienten und Ärzte auf das Risiko psychiatrischer Nebenwirkungen aufmerksam zu machen“, und hatte festgestellt, dass das Medikament „wahrscheinlich mit einem höheren Herzinfarktrisiko verbunden ist“.

Pharmazeutische Unternehmen tun alles, um Blackbox-Warnungen zu umgehen. Sie sorgen für schlechte Publicity und wirken sich negativ auf die Marktfähigkeit des betreffenden Medikaments aus, was zu negativen finanziellen Folgen für das Unternehmen führt.

Im Jahr 2016 gelang es Pfizer nach jahrelanger Lobbyarbeit, die FDA mit 10:9 Stimmen dazu zu bringen, den Blackbox-Hinweis von Chantix aufzuheben und dem umstrittenen Blockbuster-Medikament eine „neue Chance“ zu geben.

Im Jahr 2013 schloss Pfizer einen 35-Millionen-Dollar-Vergleich im Zusammenhang mit der angeblich unzulässigen Vermarktung und Werbung für das Immunsuppressivum Rapamune. Als der Generalstaatsanwalt von New York, Eric T. Schneiderman, bekannt

gab, dass er und 40 weitere Generalstaatsanwälte der Bundesstaaten den Vergleich erzielt hatten, sagte er: „Es muss eine Reihe von Regeln für alle geben, egal wie reich oder mächtig sie sind, und das schließt große Pharmaunternehmen ein, die nicht zugelassene und unbegründete Behauptungen über Produkte aufstellen, um ihre Gewinne zu steigern.“

Die in diesem Artikel aufgeführte Liste der Unternehmensverbrechen von Pfizer ist zwar nach allen Maßstäben für fragwürdige Geschäftspraktiken gewaltig, aber bei weitem nicht erschöpfend. Insgesamt hat Pfizer seit dem Jahr 2000 **10.945.838.549 Dollar** an Strafen angehäuft **und 96 Verstöße** begangen, die ein breites Spektrum an Vergehen abdecken.

Ein Unternehmen, dem Sie vertrauen können?

Das Portfolio an Unternehmensverbrechen von Pfizer steht dem der korruptesten Unternehmen der Geschichte in nichts nach. Das hat Pfizer jedoch nicht davon abgehalten, mit seinem Impfstoff COVID-19 zu einer unternehmerischen Berühmtheit zu werden. Das Unternehmen hat von diesem Produkt, das mit 36,8 Milliarden Dollar Umsatz im Jahr 2021 das umsatzstärkste pharmazeutische Produkt in der Geschichte ist, in der Tat reichlich profitiert.

Als die Einnahmen des Pharmakonzerns im Jahr 2022 ein Allzeithoch von 100,3 Milliarden Dollar erreichten, machten die COVID-19-Impfstoffverkäufe fast 38 Prozent dieser Einnahmen aus.

Doch während sich Pfizer im Glanz der Jubelmeldungen der Mainstream-Medien und der Rekordgewinne sonnte, wurden ehrliche Untersuchungen über die unablässige Korruption des Unternehmens der Öffentlichkeit vorenthalten.

Uns wurde gesagt, wir müssten „auf Pfizer vertrauen“, um die Welt zu impfen und die Menschheit vor der sogenannten COVID-Krise zu retten.

Angesichts der dokumentierten Untaten von Pfizer würde sich jeder vernünftige Mensch fragen:

„Gehört dieses Unternehmen hinter das Steuer der größten Massenimpfkampagne der Geschichte?“

„Ist dies ein Unternehmen, dem wir experimentelle medizinische Technologie anvertrauen sollten?“

„Ist dies ein Unternehmen, dem wir die Kontrolle über das radikalste medizinische Massenexperiment in der Geschichte der Menschheit übertragen wollen?“

„Wie kann es sein, dass ein Unternehmen, das sich gewohnheitsmäßig an solch illegalen Praktiken beteiligte, sich als Retter der Menschheit neu erfinden konnte?“

In einer Zeremonie am 12. Juni 2008 am ursprünglichen Produktionsstandort von Pfizer in Brooklyn, New York, erklärte die American Chemical Society die von Pfizer entwickelte Fermentierung in tiefen Tanks zum National Historic Chemical Landmark.

Bei dieser Gedenkfeier erklärte der damalige Präsident von Pfizer Global Manufacturing, Natale Ricciardi, den Anwesenden: „Wir hatten schon immer eine sehr noble Mission“. Obwohl er kryptisch beklagte: „Viele Dinge haben sich bei Pfizer geändert, und leider mussten wir bestimmte Entscheidungen treffen“, fuhr Ricciardi fort: „Aber die Noblesse dessen, was wir tun, die Noblesse dessen, was getan wurde und weiterhin getan wird, hat sich nie geändert und wird sich nie ändern.“

All diese Jahre später - und trotz des Beharrens von Herrn Ricciardi auf der Großherzigkeit von Pfizer - könnte ein denkender Mensch einen Blick auf den scheckigen Katalog von Verbrechen und Geldstrafen des Unternehmens werfen und erkennen, dass edle Experimente kaum das Reich von „angeblichen“ Serienverbrechern wie Pfizer sind.“ (**Zitat Ende**)

Link zum übersetzten Artikel:

<https://healthfreedomdefense.org/the-story-of-pfizer-inc-a-case-study-in-pharmaceutical-empire-and-corporate-corruption/>

Dr. Sam Bailey wurde dann autorisiert, hierzu eine Videoversion zu produzieren. Das hierbei entstandene Video ist in seiner englischen Originalfassung abrufbar unter:

<https://drsambailey.com/resources/videos/corruption-and-medicine/the-story-of-pfizer-inc/>

Die deutsche Übersetzung hierzu findet sich unter u.a. auf Telegram unter dem Link:

<https://t.me/NetzwerkkritischerExperten/44639>

Dieses Video dokumentiert einige der vielen kriminellen Handlungen, die von Pfizer begangen wurden.

Die Frage, ob sich Pfizer durch solche kriminellen Handlungen dazu qualifiziert hat, dass Milliarden Menschen in aller Welt dazu genötigt werden durften, ihr Leben und ihre Gesundheit ausgerechnet dieser Firma anzuvertrauen, dürfte sich damit von selbst beantwortet haben.

C) 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 ...

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.

Weiter werde ich nachfolgend 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, ...

Schon an dieser Stelle möchte ich besonders hervorheben, dass die Beklagte nach eigenen Angaben schon Januar/Februar 2020 (!) positiv wusste, dass und warum sie von der Entwicklung der modRNA-Technologie unbedingt die Finger lassen sollte.

Hierzu können wir dem Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 27.2.2025 mit dem Titel „**Project Lightspeed - [IRONIE]Einmal mit Profis arbeiten[/IRONIE] Teil 4**“ folgende Information entnehmen **(Zitat):**

„ABER bevor Ugur als potentieller Superspreader in den Urlaub fährt (so wie die Skifahrer in Ischgl^[9]) gibt es am 13. Februar 2020 auf Seite 82 bei BioNTech noch schnell eine Großveranstaltung der ganzen Firma in der Townhall im Alten Postlager in Mainz an welchem immerhin 1300 Mitarbeiter teilnahmen. „*Er wusste, dass Lockdowns unvermeidlich kommen würden und dass dies deshalb die vermutlich letzte Gelegenheit war, seine Leute persönlich für ein Projekt zu begeistern* (S. 94).“ Eines der Themen war „*Wenn kein neues Geld hereinkäme, sagte Poetting, wären die Mittel Mitte 2021 aufgebraucht* (S. 93).“

...

Zum Zeitpunkt des Town Hall Meetings, vor dem Urlaub in Lanzarote, wissen Ugur und Özlem bereits, dass:

...

6. „**2005**, so las er, hatten kanadische Forscher einen Impfstoff entwickelt, der auf einem ungefährlichen Pockenvirus-Vektor basierte, welcher die Information für das Spike-Protein enthielt, jene knubbeligen Ausstülpungen, die dem Erreger das Aussehen einer Krone verleihen und sich an die Rezeptoren der Lungenzellen heften. Der Impfstoff wurde an Frettchen getestet, und man stellte fest, dass er nicht nur nicht vor der Erkrankung schützte. Im Gegenteil: Die geimpften Tiere, die sich danach mit dem Virus infizierten, zeigten weit schlimmere Krankheitsverläufe als die in der Kontrollgruppe. ^[21]“ (S. 100) **(Zitat Ende)**

Beweis:

^[20] Graham BS, Modjarrad K, McLellan JS. Novel antigens for RSV vaccines. Curr Opin Immunol. 2015 Aug;35:30-8. doi: 10.1016/j.coi.2015.04.005. Epub 2015 Jun 10. PMID: 26070108; PMCID: PMC4553118.

https://drbine.substack.com/p/project-lightspeed-ironieeinmal-mit-9ab#_ednref22

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

Weiter heißt es in dem vorgenannten Substack **(Zitat):**

„7. „Schwere akute Lungenschäden wurden auch von einem Forscherteam in Hongkong beobachtet, das ein Vakzin an chinesischen Rhesusaffen testete.[\[22\]](#)“ (S. 100)“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

[\[22\]](#) Liu L, Wei Q, Lin Q, Fang J, Wang H, Kwok H, Tang H, Nishiura K, Peng J, Tan Z, Wu T, Cheung KW, Chan KH, Alvarez X, Qin C, Lackner A, Perlman S, Yuen KY, Chen Z. Anti-spike IgG causes severe acute lung injury by skewing macrophage responses during acute SARS-CoV infection. JCI Insight. 2019 Feb 21;4(4):e123158. doi: 10.1172/jci.insight.123158. PMID: 30830861; PMCID: PMC6478436.

https://drbine.substack.com/p/project-lightspeed-ironieeinmal-mit-9ab#_ednref22

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

Und weiter heißt es in dem vorgenannten Substack (**Zitat**):

8. „Tierversuche mit Mäusen und Kaninchen, an denen man ein Vakzin gegen den MERS-Virus, den Nachfolger des ursprünglichen SARS-Virus, testete, verliefen ebenfalls katastrophal.[\[23\]](#)“ (S. 100) (**Zitat Ende**)

Beweis:

[\[23\]](#) Smatti MK, Al Thani AA, Yassine HM. Viral-Induced Enhanced Disease Illness. Front Microbiol. 2018 Dec 5;9:2991. doi: 10.3389/fmicb.2018.02991. PMID: 30568643; PMCID: PMC6290032.

https://drbine.substack.com/p/project-lightspeed-ironieeinmal-mit-9ab#_ednref22

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

Alleine schon die Kenntnis dieser Zusammenhänge begründet den Vorsatz der Anspruchsgrundlagen nach §§ 823 Abs. 1 und Abs. 2 und darüber hinaus die Sittenwidrigkeit i.S. des § 826 BGB, die nachfolgend noch näher behandelt werden.

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 u.a.:

<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 schwachsinnige 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 schwachsinnige Idee war, Proline zu verbauen.

Link:

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

Teil 4: Warum es eine grenzdebil schwachsinnige 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 BioNTech/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>

Albert Bourlas Buch Moonshot

Link:

<https://drbine.substack.com/p/albert-bourlas-buch-moonshot>

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.

Wieso glaubt(e) die Beklagte ausschließen können, dass es in den Organen, die ACE2-Rezeptoren haben, durch das Binden des Spike-Proteins oder von Antikörpern gegen ACE2 zu (noch unbekannten) toxischen Effekten kommen kann?

Zum besseren Verständnis dieser Frage zitiere ich aus dem Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 22.4.2024 mit dem Titel „Schadmechanismen durch Bindung/Blockade von ACE2“:

“ACE2 schützt eine Vielzahl von Organen und trägt zur physiologischen Stoffwechselhomöostase durch seine Enzym- und Aminosäuretransportfunktionen bei.”

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38287822/>

In allen Organen, die ACE2-Rezeptoren haben sind somit unbekannte toxische Effekte durch das Binden des Spike-Proteins oder Antikörper gegen ACE2 zu erwarten, wenn das nicht unterbunden wird.

Das Spike-Protein bindet an ACE2

“Im Renin-Angiotensin-System katalysiert ACE die Umwandlung von Angiotensin (Ang) I in Ang II, ACE2 baut Ang II und Ang I zu Ang 1-7 bzw. Ang I zu Ang 1-9 ab. Im Kallikrein-Kinin-System wird Plasmabradikinin (BK) von ACE zu Des-Arg9-Bradykinin (DABAK) hydrolysiert, das anschließend von ACE2 in inaktive Peptide zerlegt wird. Das SARS-CoV-2-Virus heftet sich an ACE2 auf Endothelzellen durch direkte Bindung des Spike-Glykoproteins, das anschließend von der Transmembranprotease Serin 2 (TMPRSS2) gespalten und aktiviert wird, um die Fusion der Virus- und Zellmembranen einzuleiten. Während des Infektionsprozesses führt die rezeptorvermittelte Endozytose von ACE2, das an SARS-CoV-2 gebunden ist, zur Internalisierung des Virus und zur Infektion der Wirtszelle. Das Fehlen von ACE2 auf der Endothelzelloberfläche begünstigt die lokale Akkumulation von Ang II und DABK. Indem es auf seinen verwandten Rezeptor, den Angiotensinrezeptor Typ 1 (AT1R), wirkt, fördert Ang II letztlich einen proinflammatorischen und prothrombotischen Phänotyp, Ödeme und Entzündungen in Endothelzellen. Ein Mangel an ACE2 hemmt auch die Bildung von Ang 1-7 und Ang 1-9 und deren schützende, gefäßerweiternde, antifibrotische, antioxidative und antiproliferative Wirkung über den Mas-Rezeptor bzw. den Ang-Typ-II-Rezeptor (AT2R). Durch die Aktivierung des Bradykininrezeptors B1 (B1R) verursacht DABAK eine Entzündung, Vasodilatation, was zu einer erhöhten Gefäßpermeabilität und Flüssigkeitsextravasation führt.” (Zitat Ende)

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/schadmechanismen-durch-bindungblockade>

Ergänzend hierzu wird in einem weiteren Substack von Dr. Sabine Stebel vom 15.6.2024 mit dem Titel „**Deregulation von praktisch allem über RAS und AT1R**“ festgestellt (**Zitat**):

„...Dass das Spike-Protein an ACE2 bindet, bestreitet keiner. **BioNTech/Pfizer haben das sogar selbst in ihren Daten gezeigt**

(https://phmpt.org/wp-content/uploads/2023/02/125742_S1_M4_4.2.1-vr-vtr-10741.pdf Seite 10) und das Prolin-Schloss hat nicht funktioniert, das genau das verhindern sollte (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35994646/>)...“ (**Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt**)

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/deregulation-von-praktisch-allem>

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte ausschließen kann, dass es in den Organen, die ACE2-Rezeptoren haben, durch das Binden des Spike-Proteins oder von Antikörpern gegen ACE2 zu (noch unbekannten) toxischen Effekten kommen kann.

Wieso glaubt(e) die Beklagte ausschließen zu können, dass die Bindung des Spike-Proteins an ACE2 zu einer Gleichgewichtsverschiebung im für die Regulation von Körperfunktionen extrem wichtigen und zentralen Renin-Angiotensin System (**RAS**) führt, was einen Überschuss von Ang II bewirkt und infolgedessen den gefäßverengenden Rezeptor vom Typ 1 (AT1R) aktiviert?

Es wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte eine solche Gleichgewichtsverschiebung im RAS ausschließen kann.

Wieso glaubt(e) die Beklagte überdies ausschließen zu können, dass der gefäßverengende Rezeptor vom Typ 1 (AT1R) seinerseits diverse Signalkaskaden im menschlichen Körper aktivieren kann, die jeweils weitere komplexe mehrstufige Signalkaskaden aktivieren können?

Die sachverständige Zeugin Dr. Sabine C. Stebel führt hierzu in ihrem vorgenannten Substack vom 15.6.2024 aus (**Zitat**):

„Der gefäßverengenden Rezeptor vom Typ 1 (AT1R) aktiviert seinerseits DIVERSE Signalkaskaden, die ihrerseits komplexe MEHRSTUFIGE Signalkaskaden aktivieren.

- p38/MAPK (*Die p38-Familie ist eine evolutionär konservierte Gruppe von mitogen-aktivierten Proteinkinasen (MAPKs), die an der Koordinierung zellulärer Reaktionen auf fast alle Stressreize beteiligt ist und dazu beiträgt.* (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32612808/>) Der MAP-Kinase-Weg besteht aus einer Reihe mehrstufiger Signaltransduktionswege.
- NADPH-Oxidase (Nox) führt zur Produktion von reaktiven Sauerstoffspezies (ROS), die Schaden anrichten

- *NF-κB, welches von großer Bedeutung für die Regulation von Immunantwort, Zellproliferation, Zelltod, Entzündungen und Entwicklung des Immunsystems ist.* (<https://de.wikipedia.org/wiki/NF-%CE%BAB>).
- JAK/STAT3-Signalweg, der **spielt bei verschiedenen Krebsarten eine wesentliche Rolle**
- Kann zu einem M1/M2 Makrophagen Shift führen
- Proto-Oncogene Mas Receptor (MASR) Aktivierung, d.h. **RAS ist an der (Bust-)Krebsentstehung** beteiligt (<https://www.mdpi.com/2073-4409/9/6/1336>)...“ (Zitat Ende)

Quelle:

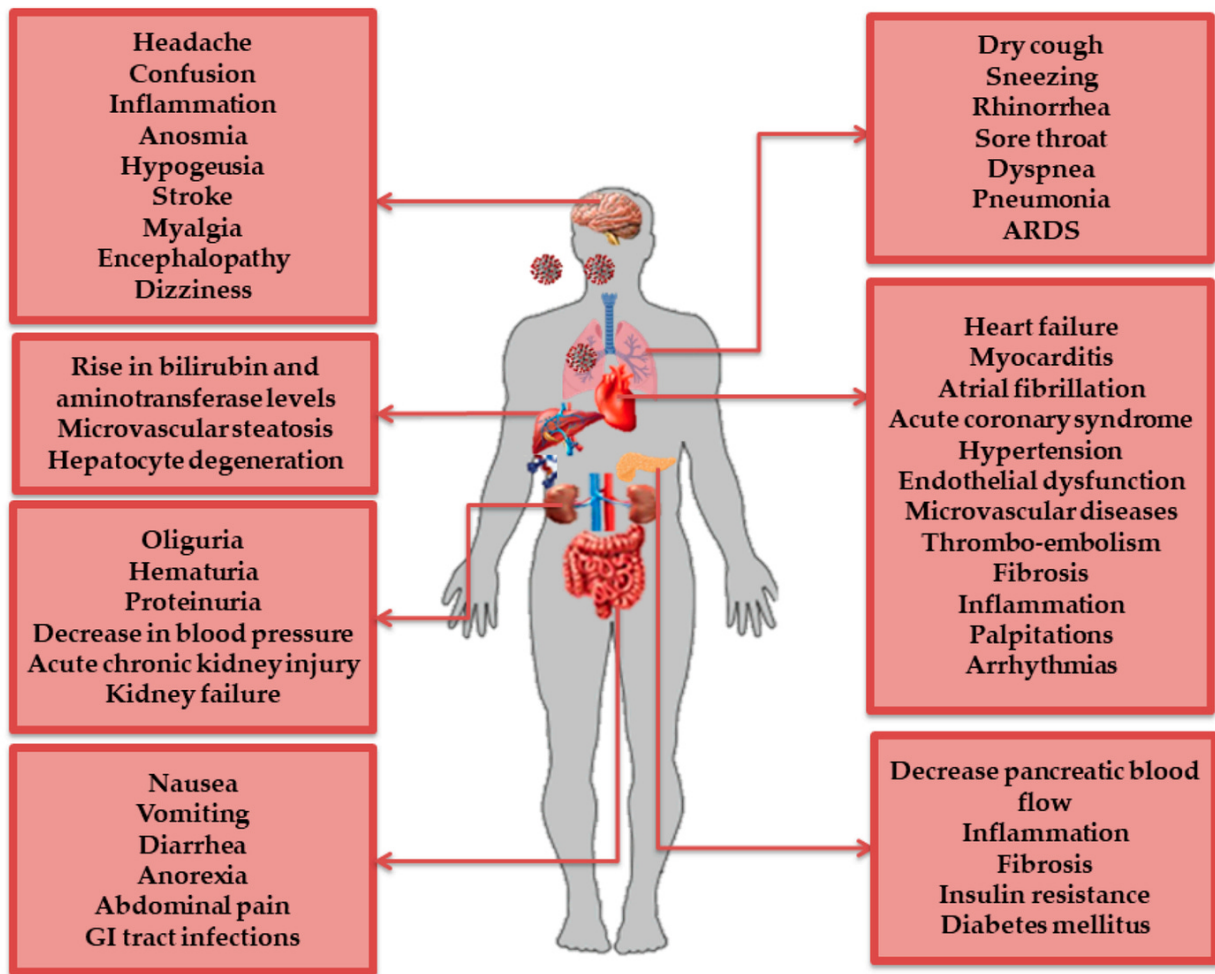
<https://drbine.substack.com/p/deregulation-von-praktisch-allem>

Die Beklagte wusste demnach, dass das Spike-Protein an ACE2 bindet, und sie kannte auch das Renin-Angiotensin System (RAS).

Trotz dieses Wissens hat die Beklagte die Menschen dazu gebracht ein Protein in unbekannter Menge für unbekannte Zeit zu produzieren, von dem sie wusste, dass es über Bindung an ACE2 RAS deregulieren wurde.

Damit hat die Beklagte das Lostreten von unübersichtlichen und unvorhersagbaren Kaskaden billigend in Kauf genommen.

Weil viele Organe ACE2 an ihrer Oberfläche haben, sind die Schäden, die durch diese Kaskaden ausgelöst werden können, entsprechend vielfältig:



Quelle:

Wie vor (Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 15.6.2024)

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen und zur Wahrung der Übersichtlichkeit auf den Inhalt der vorgenannten Substacks vom 22.4.2026 und 15.6.2024 Bezug genommen.

Beweis für den gesamten obigen Vortrag zur Bindung des Spike-Proteins an ACE2 und die Deregulierung von RAS:

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

Damit kommen wir zu anderen spannenden Sachfragen:

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“ passt, 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 anderem 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 und Informationsangebote 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.

Zudem ist schon nicht nachvollziehbar, warum die Beklagte überhaupt einen Wirkstoff entwickelt hat, der dort – im Blut - zur Bildung von (IgG-)Antikörpern führt, wo sie von vornherein keinen wirksamen Schutz bieten können.

Alleine schon dieser total verfehlte Ansatz muss als einer der größten konzeptionellen Fehler dieser modRNA-Injektionen bezeichnet werden.

Sinnvoll wäre allenfalls ein Wirkstoff, der an der richtigen Stelle – in den Schleimhäuten – zur vermehrten Bildung von IgA-Antikörpern führen würde.

Zum Verständnis dieser Behauptung sind einige Grundlagenkenntnisse erforderlich.

In dem Buch „**Long-Covid und Post-Vac**“ von Florian Schilling heißt es hierzu ab Seite 16 (**Zitat**):

„Impfung und Infektion erzeugen unterschiedliche Immunität

Impfung und Infektion erzeugen unterschiedliche Immunität

Grundsätzlich lässt sich unser Immunsystem mit zwei Kriterien sehr einfach gliedern. Es gibt einmal die Unterscheidung in zellulär und humoral, wobei letztere auf Abwehrproteinen basiert. Außerdem gibt es die angeborene und die lernfähige (adaptive, d.h. anpassungsfähige, lernfähige) Abwehr. Erstere haben wir von Geburt an, sie steht immer zur Verfügung - kann sich aber nicht auf bestimmte Gegner spezialisieren, bildet also kein immunologisches Gedächtnis aus. Die adaptive Abwehr ist deutlich potenter und effektiver - muss einen Gegner aber erst studieren, bevor sie ihn bekämpfen kann. Beim Erstkontakt mit einem bis dato unbekannten Feind ist sie daher nutzlos. Erst nach einiger Zeit (ca. 1-2 Wochen) hat sie sich angepasst und kann dann effektiv ins Geschehen eingreifen. Wir haben also jeweils angeborene und lernfähige Abwehrzellen sowie angeborene und lernfähige Abwehrproteine:

	ANGEBOREN	LERNFÄHIG
ZELLULÄR	Granulozyten Monozyten/Makrophagen	T-Lymphozyten • " Killerzellen" • Helferzellen • Gedächtniszellen • Suppressorzellen

	natürliche Killerzellen	B-Lymphozyten • Plasmazellen • Gedächtniszellen
	dendritische Killerzellen	
	Mastzellen	
HUMORAL	Komplementsystem	Antikörper

Wenn sich im Rahmen einer Ansteckung oder Infektion die lernfähige Abwehr spezialisiert, führt dies zu einem Repertoire an möglichen Instrumenten, um den Gegner in Zukunft zu bekämpfen. Während auf Seiten der zellulären Abwehr spezifische T-Killerzellen entstehen- die dann infizierte Zellen erkennen und vernichten können (Nahkampfabteilung)-, fächert sich die Antikörperantwort auf verschiedene Antikörperklassen auf, die jeweils unterschiedliche Aufgaben und Stärken haben:

- First line of defense: Bei respiratorischen Erregern am wichtigsten sind Antikörper vom IgA-Typ. Sie legen sich auf die Schleimhäute (Atem- und Verdauungstrakt) und stellen für den Erreger in Zukunft eine Art Minenfeld dar: Kaum lässt sich der Erreger vor Ort nieder, wird er durch die Antikörper neutralisiert - noch bevor er weiter in die Zellen und den Organismus vordringen kann. IgA verhindern damit also Infektionen und tragen so zu steriler Immunität bei.
- IgM werden nur als Sofortreaktion gebildet, zirkulieren im Blut und werden innerhalb von 2 Wochen von IgG abgelöst:
- Last line of defense: IgG-Antikörper zirkulieren in der Blutbahn und stellen so die dritte Verteidigungslinie dar. Sollte es der Erreger also in die Blutbahn schaffen, verhindern die IgG- Antikörper das schlimmste - eine Virämie bzw. einen septischen Verlauf.

Für eine vollständige, insbesondere eine sterile Immunität (der Erreger kann im Falle einer Ansteckung nicht an Dritte weitergegeben werden) benötigen wir alle drei Ebenen - IgA, T-Killerzellen und IgG. Im Rahmen einer natürlichen Infektion besteht auch die Möglichkeit (und eine hohe Wahrscheinlichkeit), dass alle drei Komponenten ausgebildet werden. Bei der Impfung hingegen entsteht eine stark IgG-lastige Immunität. Diese bringt bei einem erneuten Erregerkontakt in den Atmungsorganen aber erst einmal herzlich wenig - dort gelangen IgG-Antikörper schlicht nicht hin. Wenn wir uns das Zusammenwirken dieser Abwehrkomponenten wie ein militärisches Gefecht vorstellen, so wäre die Aufgabenverteilung etwa diese:

- IgA-Antikörper bilden ein vorgelagertes Minenfeld, das der Gegner erst einmal überwinden muss.
- Anschließend kommt eine Verteidigungslinie aus hervorragend ausgebildeten Nahkämpfern – die T-Killerzellen.
- Im Hintergrund halten sich Reserven bereit, um durchgebrochene Gegner aufzuhalten und eine totale Niederlage zu verhindern: IgG-Antikörper.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

Florian Schilling, Long Covid und Post-Vac (Seite 16 f.).

Ergänzend wird hierzu sei auf die diesbezüglichen Ausführungen im Evidenzreport zu Anlage K 3C, Seite 44, unter der Überschrift „Immunantwort am falschen Ort“ (ab Seite 44, Randnummer 45 m.w.N.) verwiesen,

Dort heißt es u.a. (**Zitat**):

„Auch war angesichts der Funktionsweise des menschlichen Immunsystems bereits im Zulassungszeitpunkt zu befürchten, dass die vorgesehene Wirkungsweise der mRNA-Injektion zur Vorbeugung einer Atemwegsinfektion von vornherein untauglich war:

Das Immunsystem des Menschen lässt sich aus funktioneller Perspektive in zwei grosse Einheiten untergliedern: Das systemische (u.a. Milz, Thymus, Blut, Lymphknoten) und das **«mukosale» Immunsystem**.

Das *mukosale Immunsystem* umfasst u.a. die Schleimhaut der Atemwege, des Darms und des Urogenitaltraktes. Für die **Abwehr von respiratorischen Infektionen** durch Viren, Bakterien oder Pilze ist das Immunsystem **der Schleimhäute von zentraler Bedeutung**. Die in den Schleimhäuten vorhandenen humoralen und zellulären Komponenten des Immunsystems vermitteln dabei unspezifische und spezifische/adaptive Immunantworten auf lokale Infektionen.²⁴ Die oberen Atemwege (Nase, Mundraum) sind die primären Eintrittswege für inhalative Krankheitserreger wie SARS-CoV-2 und dienen als anfängliches Reservoir für die anschliessende Ausbreitung des Virus in die Lunge. Folglich ist **eine durch das mukosale Immunsystem erzeugte Immunität im Atemwegstrakt gegen Krankheitserreger wie SARS-CoV-2 sehr wünschenswert**, um eine Invasion des Erregers zu verhindern.²⁵

Intramuskulär und subkutan injizierte Impfstoffe lösen eine zelluläre und humorale Immunreaktion im *systemischen Immunsystem* (u.a. Blut, Milz, Lymphknoten) aus, die so produzierten Antikörper und T-Zellen erreichen und bekämpfen aber nur die Viren, die im Zugriffsbereich des systemischen Immunsystems liegen (z.B. in den seltenen Fällen einer Virämie bei schwerem Verlauf von COVID-19). **Mit Blick auf Atemwegsviren wie SARS-CoV-2 reicht die so erzeugte Immunität jedoch nicht aus, um die Infektion und Ausbreitung über die Schleimhäute in den oberen und unteren Atemwegen des Infizierten und ebenso die Übertragung des Virus auf andere Personen zu verhindern...** Auch die «Impfstoff»-Kandidaten für COVID-19 basieren auf der intramuskulären Injektion von mit Lipidnanopartikeln beladenen Nukleinsäuren oder viralen Vektoren. **Eine grundlegende und lange bekannte Einschränkung dieser Ansätze besteht darin, dass sie nicht darauf ausgelegt sind, eine Schleimhautimmunität auslösen zu können.** Wie frühere Arbeiten mit anderen Erregern der Atemwege (z.B. bei Influenza) gezeigt haben, **erfordert die Erzeugung einer sterileren Immunität der Schleimhäute gegen eine erneute Virusinfektion eine adaptive Immunantwort des mukosalen Immunsystems in den Atemwegen und der Lunge.**²⁷ Diese ist hochwirksam und bislang nur durch eine natürlich durchgemachte Infektion dauerhaft zu erreichen.

Aus immunologischer Perspektive war daher bereits vor der Einführung der modRNA-Präparate Ende 2020 absehbar, dass eine nach überstandener SARS-CoV-2 Infektion erworbene natürliche Immunität hinsichtlich ihrer Breite (z.B. Antikörperproduktion und T-Zellprägung gegen alle Proteine des Virus), ihrer zeitlichen Verfügbarkeit und ihres Schutzes vor Übertragung und zur Abwehr von Reinfektionen wie auch zur Vermeidung schwerer Ver-

läufe nach Reinfektionen mit neuen Varianten von SARS-CoV2 der Wirkung der modRNA-Präparate deutlich überlegen ist..." (Zitat Ende)

Die Konsequenzen, die sich aus diesem Grundlagenwissen ergeben, haben auch schon zu entsprechenden Forschungsansätzen geführt, wie schon dem dem tkp.at-Artikel „**Interessanter Ansatz zur Behandlung von Covid mit IgA Antikörpern via Nasenspray**“ vom 21.10.2021 entnommen werden, wo es heißt (Zitat):

„Monoklonale Antikörper werden seit einiger Zeit zur Behandlung von Covid und anderen Infektionskrankheiten eingesetzt. Insbesondere Florida hat damit gute Erfahrungen gemacht. Bisher hat es sich aber um IgG-Antikörper gehandelt, die bei etwas fortgeschrittener Erkrankung Viren bekämpfen können. Ein neuer Ansatz, der von der Universität für Bodenkultur Wien entwickelt wurde, setzt früher an mit verschiedenen Arten von IgA-Antikörpern, die schon in den Schleimhäuten der oberen Atemwege wirken.

Das Team um Prof. Herta Steinkellner an der Universität für Bodenkultur Wien gelang die Herstellung sogenannter IgA-Antikörper, die direkt dort wirken, wo das Virus vorwiegend in den Körper eindringt – in der Nasenschleimhaut. Veröffentlicht wurde die Studie im [Fachmagazin PNAS](#).

Im Mai 2020 erschien, wie im Vorjahr [hier im Blog berichtet](#), eine Studie der Universität Zürich, die [hier als begutachtete Veröffentlichung](#) zu finden ist. Das Team um Onur Boyman, Professor an der Abteilung für Immunologie des Universitätsspitals in Zürich, suchte nicht nur wie bei den üblichen Antikörpertests nach Antikörpern im Blut, sondern auch in Augen, Nase und Mund.

Die Immunologen konnten erstmals für Covid-19 nachweisen, dass infizierte Menschen auch Antikörper in den Schleimhäuten haben. Die IgA Antikörper konnten in milden Fällen etwa acht Tage nach Auftreten der Symptome gefunden werden. Die Wissenschaftler wiesen IgA in den Nasenschleimhäuten von leicht betroffenen Patienten nach und vor allem von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, auch wenn die Patienten keine Symptome zeigten. Das ist also die allererste Abwehrlinie, die verhindert, dass man krank wird, ja die sogar die Infektion verhindern kann.

In der Studie [Association between selective IgA deficiency and COVID-19](#) wird dem Zusammenhang zwischen einem IgA Mangel in der Bevölkerung und der Häufigkeit von Todesfällen auf den Grund gegangen.

„Die Häufigkeit des selektiven IgA-Mangels hat eine starke positive Korrelation mit der Prävalenz von COVID-19 pro Bevölkerung. Die niedrige Infektionsrate trug zu der niedrigen Todesrate durch COVID-19 in Japan bei, was darauf hindeutet, dass die extrem niedrige Häufigkeit des selektiven IgA-Mangels ein mitbestimmender Faktor sein könnte.“

Und:

„IgA, der am meisten produzierte Antikörper im Körper, fungiert an vorderster Front des biologischen Abwehrmechanismus bei Infektionen, die auf Schleimhautgewebe abzielen, wie z. B. Influenza. Sekretorisches IgA ist ein Antikörper, der in großen Mengen im Schleim produziert wird, der sich auf der Oberfläche des Schleimhautepithels befindet, und im Rahmen des mukosalen Abwehrmechanismus den ersten Kontakt mit Antigenen herstellt. Durch die Bindung von IgA an Bakterien, Viren und Toxine wird die Adhäsion von Bakterien und Viren an Epithelzellen sowie die Aufnahme von Toxinen blockiert und somit die erste Verteidigungslinie gegen verschiedene Krankheitserreger bereitgestellt.“

Labore forschen weltweit an sogenannten monoklonale Antikörper, die besonders hohe Aktivitäten gegen das Virus aufweisen. Gerade erst meldete die BOKU einen Erfolg: Das

Team um Herta Steinkellner (Department für Angewandte Genetik und Zellbiologie) produzierte gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien (Karin Stiasny, Zentrum für Virologie) neue mAk-Varianten vom Subtypus IgG3 mit einer fünfzigfach höheren SARS-CoV-2-Neutralisation als ihre Vorgänger.

Nun konnten sie die antivirale Aktivität sogar noch weiter steigern, indem sie neue sogenannte IgA-Varianten herstellten. Der Clou daran: IgA-Moleküle, die häufig als Monomere – also einzelne Moleküle – vorliegen, wurden als Dimere erzeugt. Dabei verknüpfte das Forschungsteam zwei IgA-Moleküle miteinander. So konnte ihre Wirkung potenziert werden. **In den Versuchsreihen neutralisierten die Dimere das Virus bis zu 240-fach effizienter als ihre monomeren Gegenstücke. „Diese unerwartet hohe Wirksamkeit macht IgA-Antikörper besonders interessant für neue Therapieansätze, nicht nur für SARS-CoV-2, sondern auch für andere Erreger, die über die Atemwege in den Körper gelangen“,** so Steinkellner. Denn IgA-Antikörper sind Kämpfer an vorderster Front. Sie befinden sich auf Schleimhäuten des Körpers wie dem Nasenepithel und bekämpfen dort Eindringlinge praktisch an der Eingangstür.

Für die Behandlung von SARS-CoV-2-Infektionen stellt vor allem die Entwicklung von IgA-Dimer-haltigen Nasensprays einen neuen, besonders aussichtsreichen Therapieansatz dar. Bis dato wurde die hohe Wirksamkeit der IgA-Moleküle in Zellsystemen getestet, weitere Studien an Tiermodellen befinden sich in Planung.“ **(Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)**

Quelle:

<https://tkp.at/2021/10/28/interessanter-ansatz-zur-behandlung-von-covid-mit-iga-antikoerpern-via-nasenspray/>

Schließlich ist noch einmal besonders hervorzuheben, dass Antikörper ohnehin kein Maß für (die Verbesserung der) Immunität sind.

Der Politik war auch bekannt, dass Antikörper eben nur ein Teil der Immunität sind.

„Für die Pharmaindustrie scheint zu gelten: Macht es Antikörper, so ist ein Maß für die Immunität gegeben und das Produkt wird zugelassen. So lief es unter anderem bei den COVID-Produkten. Dabei drückt man schon mal eine Auge zu Gunsten der Pharmaindustrie zu, wenn sie die falschen Antikörper gemessen hat.

In den Zulassungsstudien wurde von BioNTech/Pfizer nur IgG bestimmt, aber nicht IgA. IgG ist aber ein Antikörper im Inneren des Körpers und IgA für Infektionsschutz in den Schleimhäuten zuständig. Das habe ich hier beschrieben:¹

Schlimmer noch, die “Impfung” reduzierte IgA sogar. ²“

Beweis:

<https://drbine.substack.com/p/sind-antikorper-ein-ma-fur-die-immunitat>

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

II. Die Zulassungsstudie - Mängel in den Zulassungsverfahren der EMA

Eine passende Kapitelüberschrift wäre auch gewesen: „Die Zulassungsstudie oder die Frage, was wohl passiert, wenn der Hersteller eines Produkts selbst den Prozess kontrollieren und steuern darf, der die Grundlage für die Beurteilung der Qualität seiner Produkte ist?

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, ...

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, ...

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://studyflix.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>

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 den 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 die Bestätigung schwarz auf weiß: BioNTech hat dem PEI die Acuitas-Nanolipide, die Moderna als Sicherheits-risiko 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.

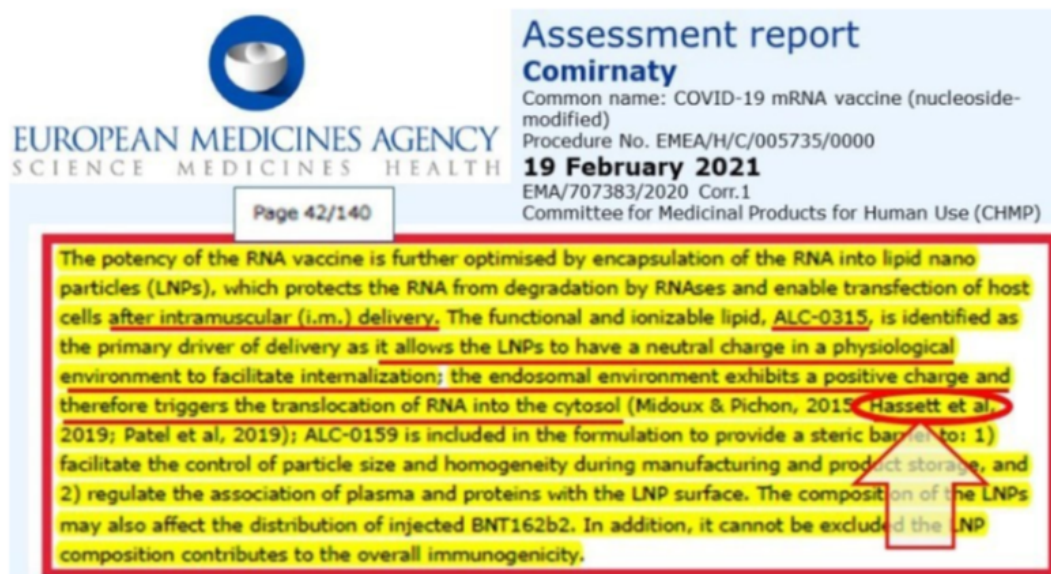


Figure 6. EMA Assessment Report on Comirnaty by Pfizer/ BioNTech, dated 19 February 2021, page 42.

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/>

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

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.

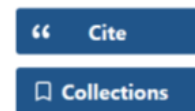
PMID: 30785039 PMCID: [PMC6383180](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30785039/) DOI: [10.1016/j.omtn.2019.01.013](https://doi.org/10.1016/j.omtn.2019.01.013)

[Free PMC article](#)

FULL TEXT LINKS



ACTIONS



SHARE



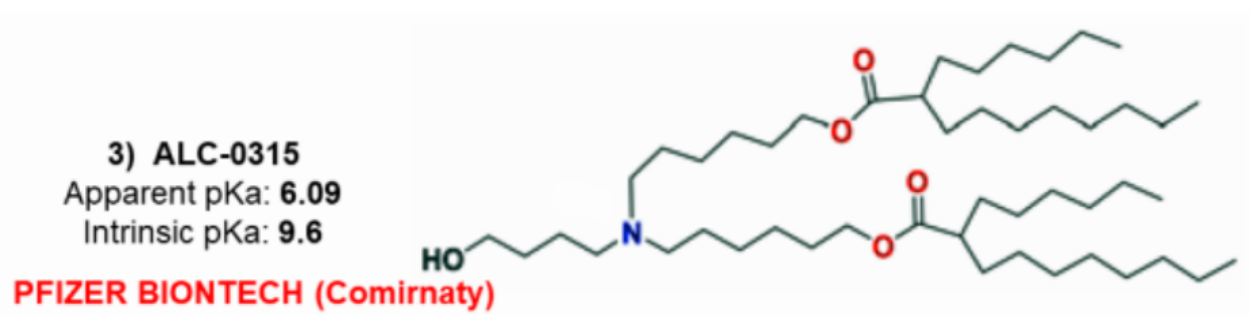
PAGE NAVIGATION

< 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.

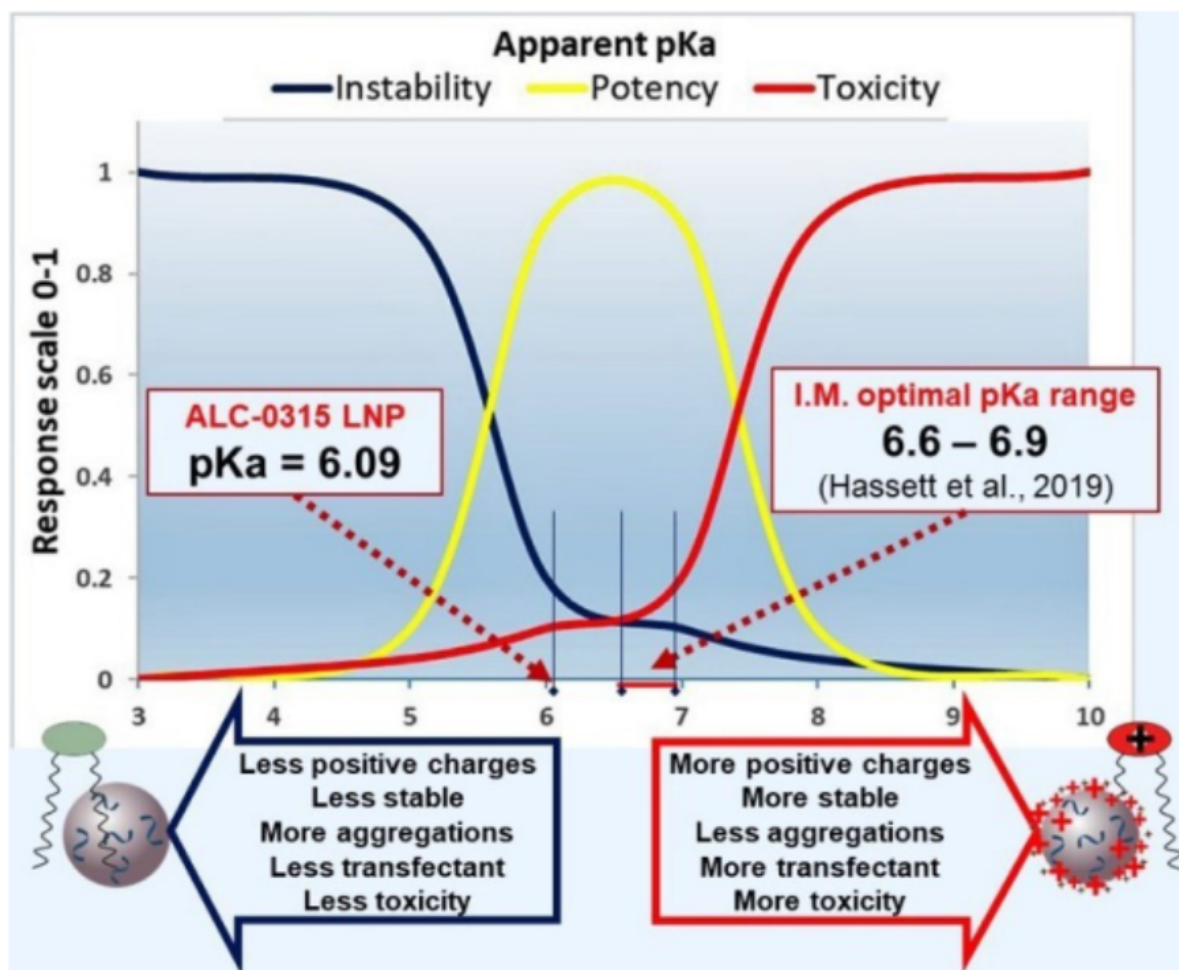


Figure 8. Lipid pKa of ALC-0315 with regards to instability, potency and toxicity. Modified from Trends in Pharmacological Sciences, Vol. 42(6), 448–460, Patel et al., 2021, *The Importance of Apparent pKa in the Development of Nanoparticles Encapsulating siRNA and mRNA*, page No. 458, copyright © 2021,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

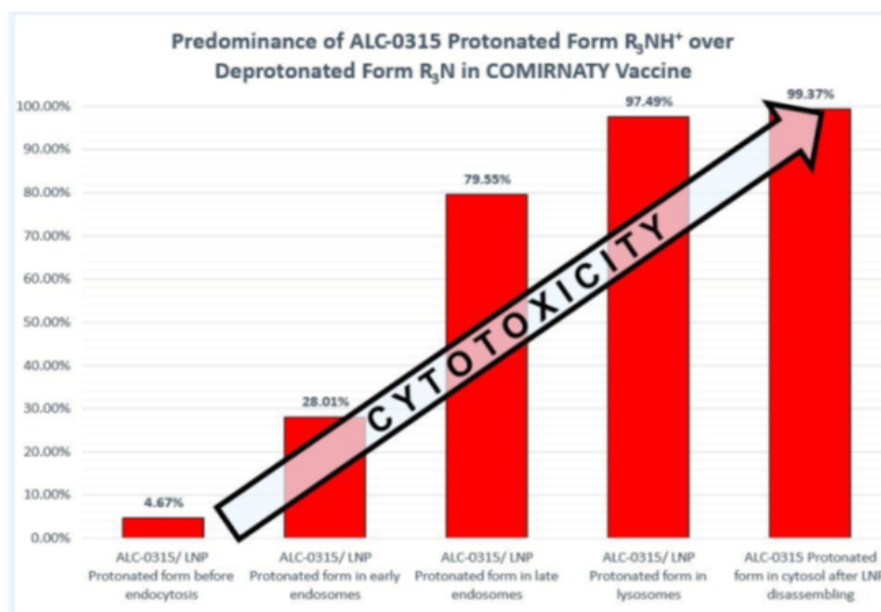


Figure 10. The main fundamental issue that emerges from these calculations is that, before the endocytotic process, the presence of the protonated form R_3NH^+ is relatively low and therefore less cytotoxic (4.67%), but then, as soon as the lipid nanoparticles pass through the phases of lysosomal digestion, 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 ernststen 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/ijvtpr.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 Lipiden 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 mRNA-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.

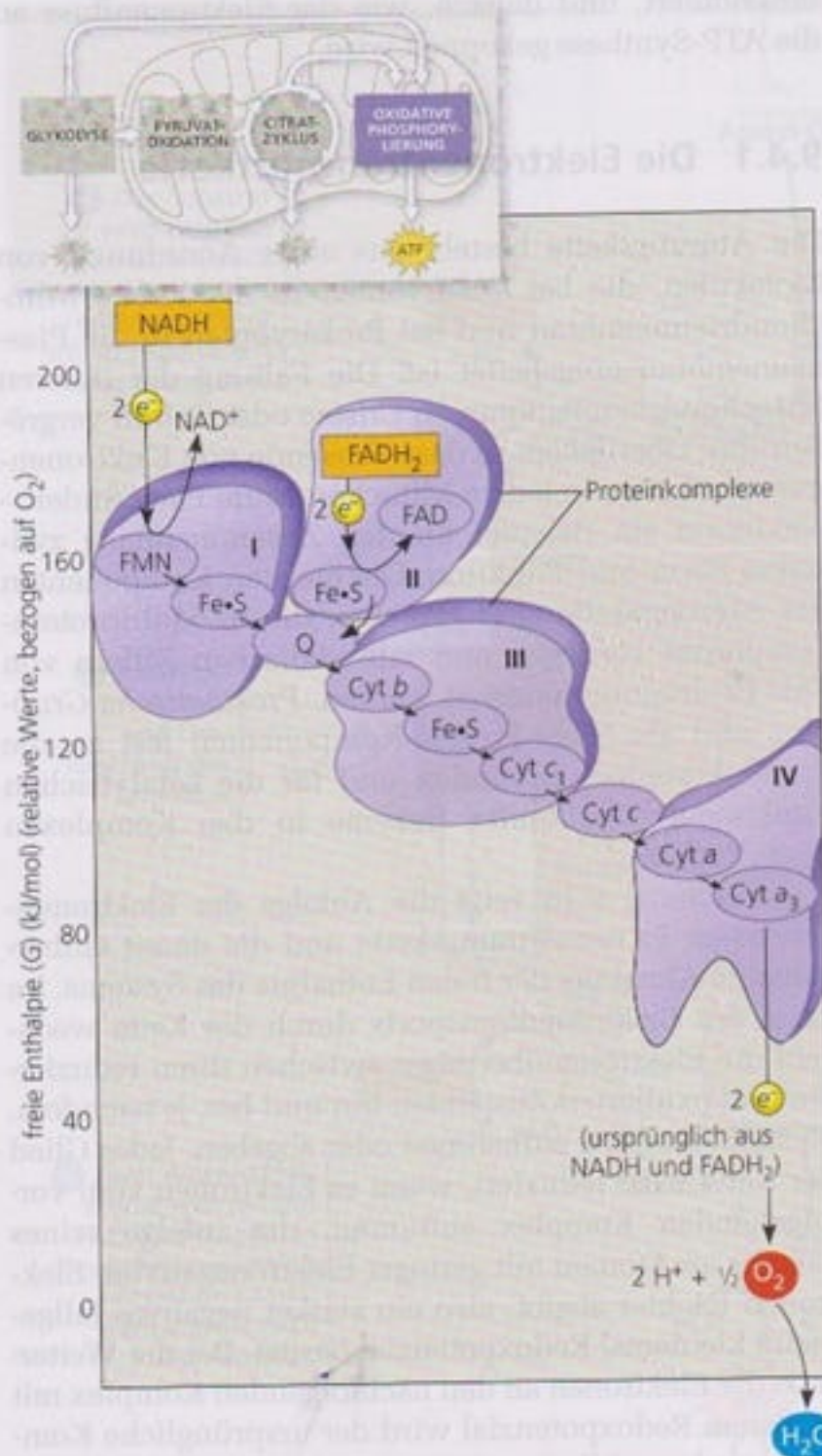


Abbildung 9.13: Änderung der freien Enthalpie während des Elektronentransports in der Atmungskette. Die Gesamtänderung der freien Enthalpie unter biochemischen Standardbedingungen für den Elektronentransport vom NADH zum Sauerstoff beträgt $\Delta G_0' = -220 \text{ kJ/mol}$. Dieser Betrag wird durch 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.ijvtp.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 Modern 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 Syndrome 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:

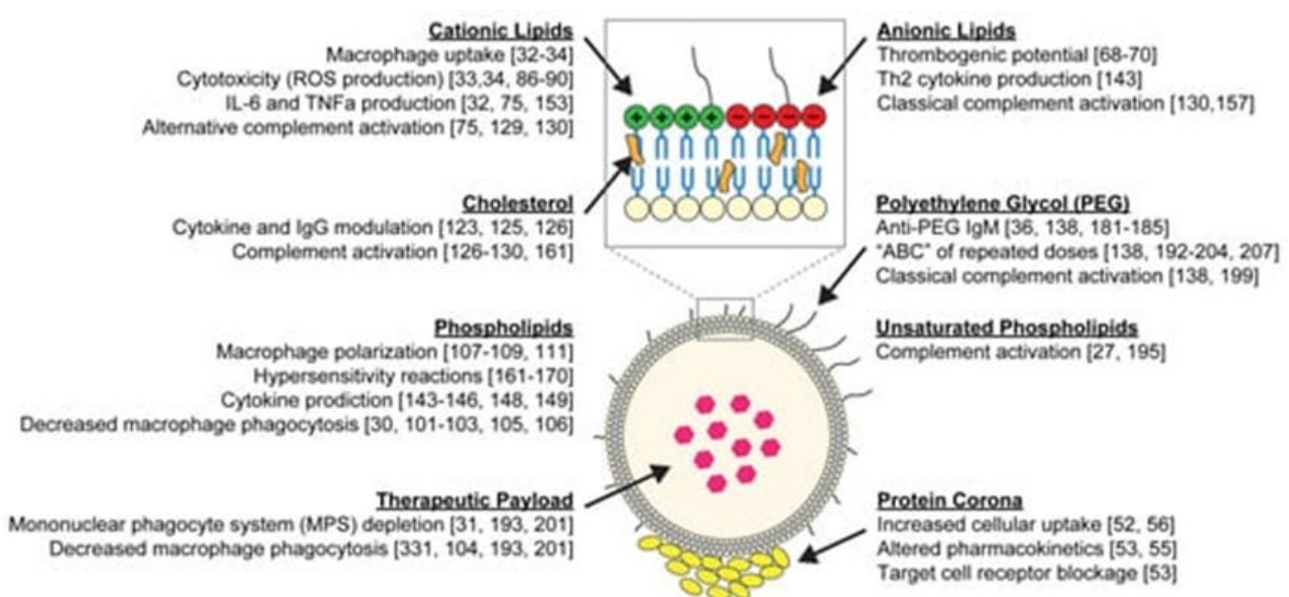
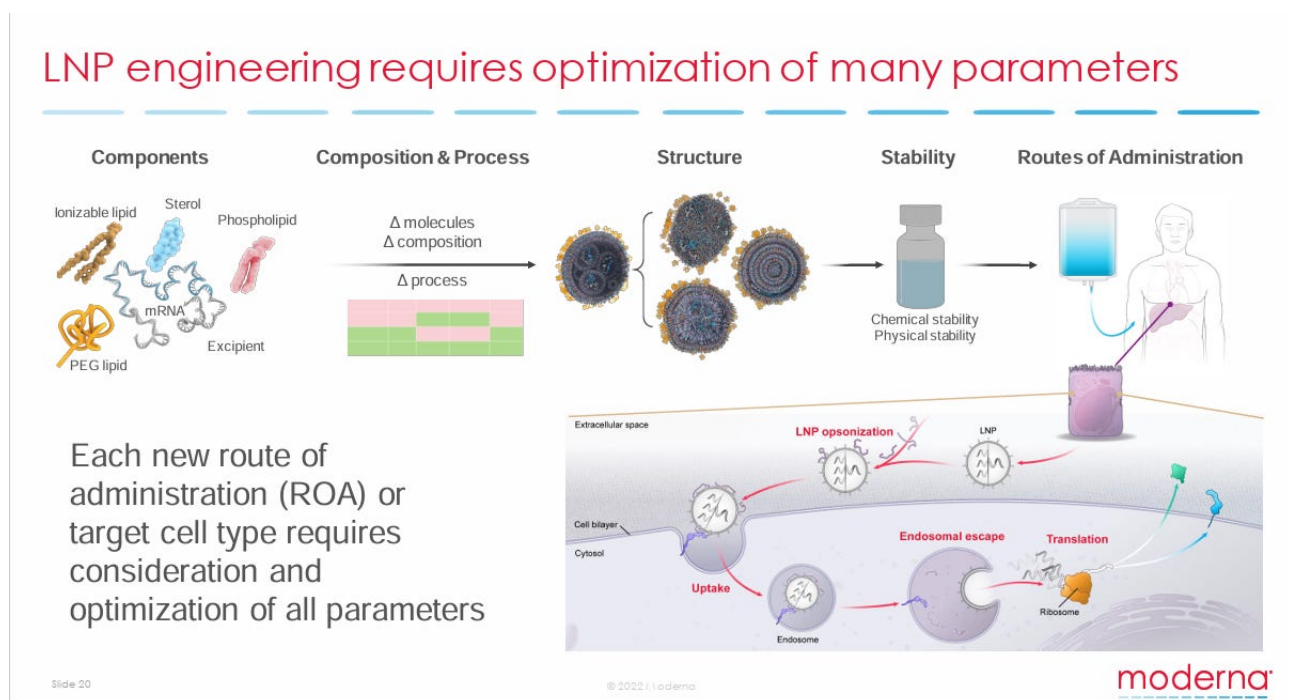


Abbildung 1: Schematische Darstellung eines Liposoms und seiner gemeinsamen Bausteine. Die liposomale Doppelschicht besteht aus Phospholipiden (neutral, kationisch oder anionisch) und Cholesterin, und Die Oberfläche kann mit Polyethylenglykol (PEG) dekoriert werden. Hydrophile Arzneimittel können in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

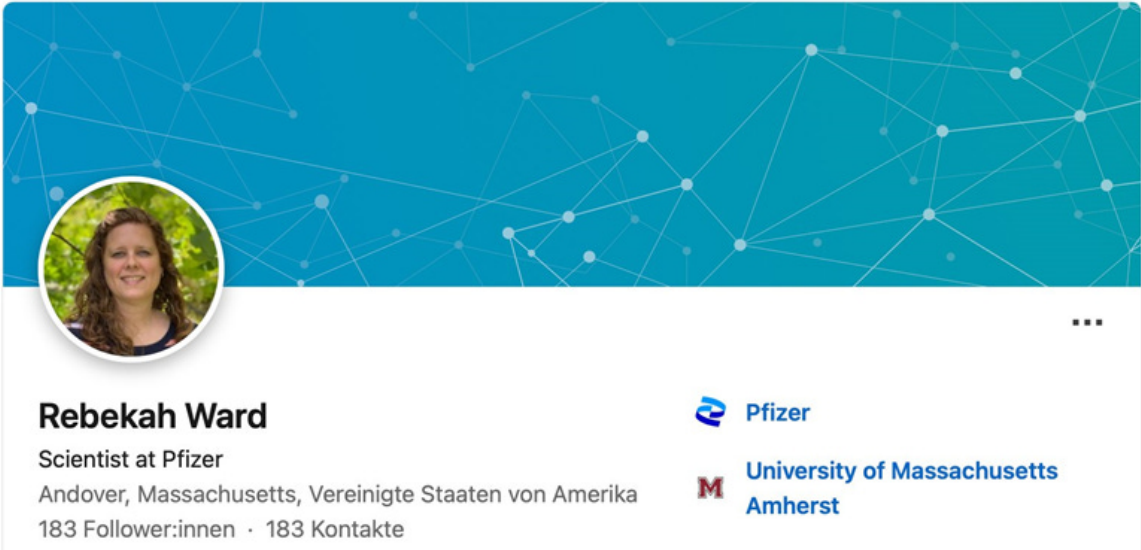
STANDARD INFORMATION	
Compound	PF-07302048
Reference Standard Lot	PF-07302048-DP-RM
Reevaluation / Expiration Date	05-AUG-2021
Occupational Exposure Band	OEB 5
Long Term Storage Condition	(b) (4) °C
Short Term Storage Condition	N/A
Primary Contact	(b) (6)
Authorized By	Rebekah Ward
Authorized On	01-Feb-2021

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://phmppt.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

Weiterer Substack von Dr. Sabine C. Stebel zu dieser Thematik vom 23.3.2025 mit dem Titel „**Wo verbleiben die körperfremden Lipide?**“:

<https://drbine.substack.com/p/wo-verbleiben-die-korperfremden-lipide>

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. Tumorf infiltrierende 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.“

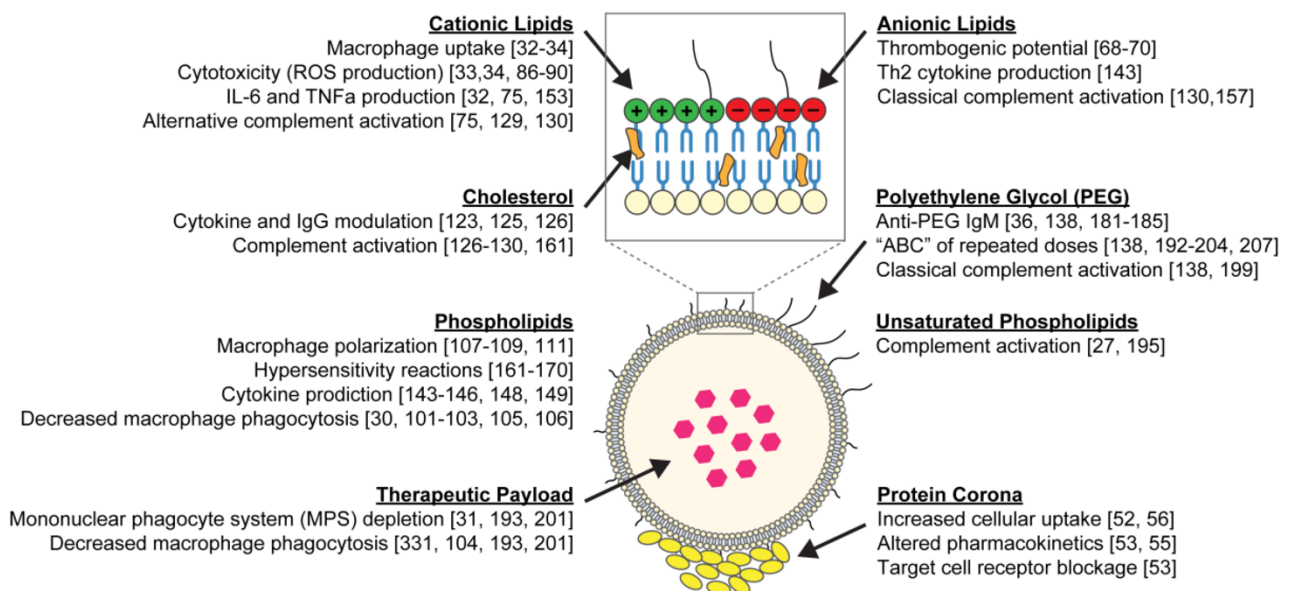
Quelle:

<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)

Quelle:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

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)

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.

Der von der EU abgeschlossene **Vorabkaufvertrag am 20.11.2020** wird nachfolgend noch näher gewürdigt, insbesondere im Rahmen des § 826 BGB.

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-beruhtauf-grosser-luege/>

5.6

„Leitender Experte in Italiens oberster Gesundheitsbehörde (Zitat): „Unwirksamkeit der Covid-Impfung seit März 2021 bekannt“. Und weiter:

„Der Leiter des Nationalen Instituts für globale Gesundheit der Obersten Italienischen Gesundheitsbehörde (ISS) erklärt in einer Pressekonferenz im Südtiroler Landtag, dass die Experten seit März 2021 wussten, dass die so genannten Covid-19-„Impfstoffe“ völlig unwirksam sind und dass sie große Gesundheitsgefahren bergen....“

Quelle:

<https://tkp.at/2024/12/19/leitender-experte-in-italiens-oberster-gesundheitsbehoerde-unwirksamkeit-der-covid-impfung-seit-maerz-2021-bekannt/>

5.7

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 Arzneimitteltexten 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**)

Der hier als Anlage K 3C vorgelegte Evidenzreport geht auf dieses Lug- und Trug-Spiel ab Seite 129 (dort jeweils m.w.N. noch einmal ausführlicher ein, worauf zur Vermeidung von Wiederholungen und zur Wahrung der Übersichtlichkeit verwiesen sein.

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>

5.8

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/>

5.9

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:

5.10

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-ueberwiegt-den-nutzen/>

5.11

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

a)

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

b)

Unter Mitwirkung von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer ist am heutigen Tage (3.12.2024) eine Studie mit dem Titel **„BioNTech RNA-Based COVID-19 Injections Contain Large Amounts Of Residual DNA Including An SV40 Promoter/Enhancer Sequence“**, zu deutsch:

„COVID-19-Injektionen auf RNA-Basis von BioNTech enthalten große Mengen an Rest-DNA, darunter eine SV40-Promotor/Enhancer-Sequenz“ veröffentlicht worden.

In der hier mit DeepL übersetzten Zusammenfassung („Abstract“) zu dieser Studie heißt es **(Zitat)**:

Hintergrund: BNT162b2 RNA-basierte COVID-19-Injektionen dienen der Transfektion menschlicher Zellen zur effizienten Produktion von Spike-Proteinen für eine Immunreaktion. Methoden: Wir analysierten vier deutsche BNT162b2-Chargen mit Hilfe von HEK293-Zellkultur, Immunhistochemie, ELISA, PCR und Massenspektrometrie.

Ergebnisse: Wir konnten eine erfolgreiche Transfektion von nukleosidmodifizierter mRNA (modRNA) in HEK293-Zellen nachweisen und zeigen robuste Konzentrationen von Spike-Proteinen über mehrere Tage der Zellkultur. Die Sekretion in den Zellüberstand erfolgte überwiegend über extrazelluläre Vesikel, die mit Exosomenmarkern angereichert sind.

Wir haben den RNA- und DNA-Gehalt dieser Fläschchen weiter analysiert und nach dem RNase-A-Verdau in allen Chargen große DNA-Mengen mit Konzentrationen zwischen 32,7 ng und 43,4 ng pro klinischer Dosis festgestellt. Dies übersteigt bei weitem die von den internationalen Aufsichtsbehörden festgelegte zulässige Höchstkonzentration von 10 ng pro klinischer Dosis. Genanalysen mit ausgewählten PCR-Primerpaaren ergaben, dass die Rest-DNA nicht nur Fragmente der DNA-Matrizen darstellt, die für das Spike-Gen kodieren, sondern von allen Genen des Plasmids einschließlich des SV40-Promotors/Enhancers und des Antibiotikaresistenz-Gens.

Schlussfolgerung: Unsere Ergebnisse geben Anlass zu ernststen Bedenken hinsichtlich der Sicherheit des BNT162b2-Impfstoffs und fordern einen sofortigen Stopp aller RNA-Biologika, solange diese Bedenken nicht ausgeräumt werden können.“ (Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)

Link zur Studie:

<https://publichealthpolicyjournal.com/biontech-rna-based-covid-19-injections-contain-large-amounts-of-residual-dna-including-an-sv40-promoter-enhancer-sequence/>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, wie vor

Ergänzende Quellen hierzu:

<https://www.alexander-wallasch.de/gesellschaft/erhebliches-risiko-fuer-krebsentstehung-es-haette-niemals-eine-zulassung-fuer-mrna-impfstoffe-geben-duerfen>

<https://www.mwgfd.org/2024/12/uebereilte-wissenschaft-nachlaessige-ueberwachung-die-unsichtbaren-risiken-von-rna-injektionspraeparaten/>

c)

Am 3.1.2025 berichtet tkp.at dann endlich: „**FDA-Labor deckt gefährliche DNA-Verunreinigung in COVID-19-Impfstoffen auf**“. In diesem Artikel heißt es (Zitat):

„Die Verunreinigung der Corona-Impfstoffe durch weit über den Grenzen liegende DNA-Kontamination wurde von unabhängigen Labors mehrfach nachgewiesen. Von den Gesundheits- und Zulassungsbehörden wurden die Erkenntnisse jedoch bisher gelehnt und ignoriert. Solange bis nun die US-Behörde FDA sie selbst gefunden hat mit einer 6- bis 470-fachen Überschreitung der Grenzwerte...“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2025/01/03/fda-labor-deckt-gefaehrliche-dna-verunreinigung-in-covid-19-impfstoffen-auf/>

Das kann man sicherlich als offizielles / amtliches Eingeständnis zum Vorhandensein von weit über den Grenzwerten liegenden DNA-Kontaminationen verstehen.

Ebenso:

<https://tkp.at/2025/02/23/weitere-untersuchung-bestaetigt-verunreinigte-corona-impfstoffe/>

d)

Mittlerweile pfeifen es die Spatzen schon von allen Dächern.

Ucutnews.ch berichtet am 14.3.2025 in einem Beitrag mit dem Titel „**Abgeordneter: DNA-Kontamination in Pfizer- und Moderna-Impfstoffen offiziell bestätigt**“ Folgendes aus der Slowakei (Zitat):

„In einer bahnbrechenden Pressekonferenz am 11. März 2025 erhob **Dr. Peter Kotlár**, ein slowakischer Arzt, Regierungsbeauftragter und Abgeordneter, eine atemberaubende Behauptung: **Alle 34 untersuchten Impfstoffchargen von Pfizer und Moderna enthalten gefährlich hohe Mengen an DNA**, die die Geimpften möglicherweise in „**genetisch veränderte Organismen**“ verwandeln.

Falls Sie meinen Beitrag verfolgt haben: **Die DNA-Kontamination wurde mittlerweile in 11 unabhängigen Labortests bestätigt** – dieser Test stellt jedoch die **erste offizielle Bestätigung durch eine Regierung** dar.

Internationale Alarmglocken schlagen

...

„Darüber hinaus wurden auch der Direktor des Federal Bureau of Investigation und Pamela Bondi, die Generalstaatsanwältin der USA, informiert“, erklärte Kotlár. Damit machte er deutlich: **Dies ist nicht nur ein slowakisches Problem – es ist ein globaler Weckruf.** ...

Kotlárs zentrale Behauptung

„In jedem einzelnen Fläschchen befindet sich eine extrem hohe Menge an DNA, die im Vergleich zur mRNA stabil ist und sich in die menschliche DNA integrieren kann“, so Kotlár.

In Anlehnung an meine frühere Warnung – „Theoretisch können DNA-Fragmente in das Wirtsgenom integriert werden, was das Risiko genetischer Mutationen erhöht“ – **steigert Kotlár den Einsatz** und behauptet, dass dies zu **Krebs oder Zelltod** führen könne.

Klingt das bekannt? **Genau diese Bedenken** haben **Kevin McKernan, Dr. Phillip Buckhaults** und sogar **Highschool-Schüler** gemeinsam mit **FDA-Insidern** bereits **aufgezeigt** – doch dieses Mal ist es **offiziell und ungefiltert**.

Kotlárs Empörung kulminierte in einem **Schlachtruf, der noch lange nachhallen wird**:

Er prangerte an:

„Moderna und Pfizer haben die Geimpften ohne ihr Wissen in gentechnisch veränderte Organismen verwandelt.“

Er bezeichnete dies als „**Mega-Skandal**“ und forderte ein **sofortiges Verbot** sowie **Schadenersatz**.

Ein direkter Schlag gegen die „**sichere und wirksame**“ Erzählung – und man erinnere sich an **Japans Prof. Fukushima**, der **mRNA als „böse Praktiken der Wissenschaft“** abtat.

Meine Hauptaufgabe ist es, die Verfassung zu wahren, und als Arzt habe ich sowohl die Pflicht als auch das Recht, die Gesundheit der slowakischen Bürger zu schützen. Gestern habe ich zudem den US-Gesundheitsminister Robert Kennedy Jr. per Brief informiert, der den Erhalt der Nachricht bestätigt hat. Darüber hinaus wurden auch der Direktor des FBI, Kash Patel, und die US-Generalstaatsanwältin Pamela Bondi in Kenntnis gesetzt.

„Bisher wurden 34 Chargen von Pfizer und Moderna analysiert. Diese wurden gemäß der ordnungsgemäßen Kühlkette gelagert und stammen ausschließlich aus den Impfstoffdosen, die während der COVID-19-Epidemie für die slowakische Bevölkerung verwendet wurden. Heute werde ich das wichtigste Ergebnis dieser Analyse vorstellen.“

Die Untersuchungsergebnisse aller, ich wiederhole, aller analysierten Chargen zeigten, dass jedes einzelne Fläschchen eine extrem hohe Menge an DNA enthält. Diese DNA dient als Vektor, der die Kassette für die Synthese des S-Proteins kodiert – möglicherweise sogar weitere Proteine.

DNA ist in fast gleicher Menge wie mRNA vorhanden – in drei Fällen wurde sogar ein höherer DNA-Gehalt als mRNA-Gehalt gemessen. Man kann also nicht mehr von einem mRNA-Impfstoff sprechen.

Der genetische Code für die Synthese des S-Proteins, der in dieser DNA gespeichert ist, ist deutlich stabiler als mRNA und kann sich in die menschliche Kern-DNA integrieren.

Das bedeutet, dass ein solcher menschlicher Organismus – und ich scheue mich nicht, dies offiziell zu sagen – zu einem genetisch veränderten Organismus wird.

[QUELLE: BREAKING NEWS: SLOVAK GOVERNMENT OFFICIAL CLAIMS DNA IN VACCINES TURNS PEOPLE INTO "GMOS," SPARKS GLOBAL OUTRAGE.](#) (Zitat Ende)

Beweis:

<https://uncutnews.ch/regierungsbeauftragter-und-abgeordneter-dna-kontamination-in-pfizer-und-moderna-impfstoffen-offiziell-bestaetigt/>

e)

Empfohlen sei in diesem Kontext auch 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 werden nachgereicht

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^v 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 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

Zum besseren Verständnis der grundlegenden Tatsache, dass die Covid-19-Injektion immunologisch stets einem schweren Verlauf einer Covid-19-Infektion ähnelt, möchte ich

hierzu eine allgemeinverständliche Darstellung aus dem Buch „Long-Covid und Post-Vac“ von Florian Schilling verwenden. Dort heißt es auf Seite 15 (**Zitat**):

„Komplizierte Verläufe zeichnen sich nun dadurch aus, dass das Virus die primäre Barriere des Atmungstrakts durchbricht und in die Blutbahn gelangt. Von dort kann es sich überall im Körper verteilen (Virämie) und nun drohen lebensgefährliche Komplikationen...

Das Auftauchen von intakten, vermehrungsfähigen und Spike-tragenden SC2-Viren in der Blutbahn, insbesondere in größerer Anzahl, ist im Rahmen einer natürlichen Infektion der Ausnahmefall.

Anders nun bei der Impfung: Der Impfstoff wird intramuskulär injiziert und gelangt damit an einer völlig anderen Stelle in den Körper als das Virus bei einer Infektion. Wichtig: Der Impfstoff verbleibt nicht an der Injektionsstelle..., sondern verteilt sich innerhalb von Stunden im gesamten Organismus....

Da alle Zellen durch den Impfstoff erreicht werden können, alle Zellen, die den Impfstoff aufnehmen, diesen (a) in ihre Zellwand einbauen und (b) nach außen abgeben, kommt es im Rahmen einer Impfung zu einem massiven und systematischen auftauchen des Spike-Proteins im ganzen Körper. Damit entspricht die Impfung in diesem Punkt einem schweren Verlauf mit Virämie...“ (Zitat Ende)

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

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

Nach allem, was derzeit bekannt ist, kann die toxische Wirkung des Spikes nach Florian Schilling wie folgt beschrieben werden:

„Das Spike

-aktiviert das Gerinnungssystem und die Blutplättchen, Folge: Gerinnselbildung, Mikrothromben und Durchblutungsstörungen“

-kann eine Entzündung der Gefäße auslösen (Endotheliitis), Folge: chronische, anhalten Entzündung im Körper, Gerinnselbildung, Durchblutungsstörungen und Schmerzen

-zerstört ECE2-Rezeptoren und kann so Blutdruckstörungen auslösen und Gerinnselbildung begünstigen

-schädigt die Mitochondrien, die Kraftwerke unserer Zellen, die unsere Energie produzieren (dieser Punkt könnte im Falle einer Beweisaufnahme vernachlässigt werden)

-schädigt die Blut-Hirn-Schranke und begünstigt Neuroinflammation

-löst Entzündungsprozesse im zentralen Nervensystem aus (Neuroinflammation)

-erhöht das Risiko für Fehlgeburten

-aktiviert Krebsgene und hemmt Krebschutzgene (Anmerkung des Unterzeichners: DNA-Reparatur wird gehemmt, was indirekt Krebs befördert)

-kann Autoimmunreaktionen auslösen (Anmerkung des Unterzeichners: Die Immunreaktion gegen Spike selbst manifestiert sich auf ähnliche Art und Weise. Autoimmunkrankheiten gehen auch oft mit Vaskulitis und Neuroinflammation einher)

-kann die Bildung von Amyloiden auslösen, diese wiederum können sich in verschiedenen Organen ablagern (Amyloidose) und zu atypischen Gerinnseln führen (Anmerkung: Ich denke, das ist indirekt -- chronische Entzündungen, einschließlich Autoimmunerkrankungen, können Amyloidose verursachen.“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

Florian Schilling, Long-Covid und Post-Vac, Seite 21

Zu diesen einzelnen toxischen Aspekten gibt es u.a. folgende Substacks (mit weiteren Nachweisen) und Studien:

1.

-aktiviert das Gerinnungssystem und die Blutplättchen, Folge: Gerinnselbildung, Mikrothromben und Durchblutungsstörungen“

<https://drbine.substack.com/p/endoteliitisvaskulitis>

2.

-kann eine Entzündung der Gefäße auslösen (Endotheliitis),

<https://drbine.substack.com/p/endoteliitisvaskulitis>

3.

-zerstört ACE2-Rezeptoren und kann so Blutdruckstörungen auslösen und Gerinnselbildung begünstigen:

<https://drbine.substack.com/p/deregulation-von-praktisch-allem>

ACE2 El-Arif G, Khazaal S, Farhat A, Harb J, Annweiler C, Wu Y, Cao Z, Kovacic H, Abi Khatat Z, Fajloun Z, Sabatier JM. Angiotensin II Type I Receptor (AT1R): The Gate towards COVID-19-Associated Diseases. Molecules. 2022 Mar 22;27(7):2048. doi: 10.3390/molecules27072048. PMID: 35408447; PMCID: PMC9000463.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35408447/>

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

4.

-schädigt die Blut-Hirn-Schranke und begünstigt Neuroinflammation

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

5.

-erhöht das Risiko für Fehlgeburten

<https://drbine.substack.com/p/pazentagate-revisited>

6.

-aktiviert Krebsgene und hemmt Krebschutzgene

Der SV40 Promotor ist bekannt dafür, dass er an p53 bindet und es somit der Regulation entzieht, somit eine Art p53 SINK ist und der Zelle p53 entzieht, das so seinem Job nicht mehr nachkommen kann, z. Bsp. Krebs zu verhindern, siehe:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27462916/>

https://anandamide.substack.com/p/shrodingers-sv40-and-p53?utm_source=substack&utm_campaign=post_embed&utm_medium=web

7.

-kann Autoimmunreaktionen auslösen

<https://drbine.substack.com/p/mogliche-autoimmunmechanismen-durch>

8.

-kann die Bildung von Amyloiden auslösen, diese wiederum können sich in verschiedenen Organen ablagern (Amyloidose) und zu atypischen Gerinnseln führen

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10452662/>

9.

-Das Spike-Protein beschädigt die DNA:

<https://drbine.substack.com/p/das-spike-protein-beschadigt-dna>

Beweis für die obigen Punkte 1. bis 9.:

Sachverständiges Zeugnis von Dr. Michael Palmer, wie vor
Sachverständiges Zeugnis von Prof. Dr. Sönnichsen, wie vor
(Zu den Literaturquellen) Sachverständiges Zeugnis von Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

9.

Lüge, dass Spike-Proteine im Armmuskel 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, Unterstreichung hinzugefügt**)

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).

Quelle:

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-31-03-22.pdf?__blob=publicationFile&v=5

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.mwgfd.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

Siehe hierzu auch das Interview mit Prof. Dr. Kämmerer vom 5.12.2024 mit dem Titel **„Erhebliches Risiko für Krebsentstehung: Es hätte niemals eine Zulassung für mRNA-Impfstoffe geben dürfen“**, siehe:

<https://www.alexander-wallasch.de/gesellschaft/erhebliches-risiko-fuer-krebsentstehung-es-haette-niemals-eine-zulassung-fuer-mrna-impfstoffe-geben-duerfen>

In diesem Kontext ist auch besonders zu beachten, dass die Beklagte erst in einer Nachreichung von Februar 2024 offengelegt hat, dass das SV40 Element im Herstellungsplasmid aller Chargen enthalten ist.

Hierzu sei auf die Ausführungen in dem hier als

Anlage K 23

überreichten Beitrag von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer mit dem Titel **„Fakten zu Comirnaty – Wirkmechanismen und Schadpotential“** und dort insbesondere auf die das Kapitel 1.4. „Produktionsschritte mit Gefahrpotential“ ab Seite 12 unten verwiesen.

Dort heißt es auf Seite 19 u.a. (**Zitat**):

„...Die Tatsache allerdings, dass im Rahmen der ursprünglichen Plasmidoffenlegung in den Papieren für die EMA dieses SC40-Promotor/Enhancer Element nicht dargestellt wurde (Abbildung 7 unter Punkt 1.4.2.), obwohl in zwei wissenschaftlichen Publikationen durch Mitarbeiter von Pfizer (Thorn C 2022; Lewis LM 2023) explizit betont wurde, es seien Plasmide aus dem Pfizer Gentherapieprogramm verwendet worden (Siehe Abbildung 10), **lässt vermuten, dass diese entscheidenden Sequenzanteile absichtlich unterschlagen wurden.** Wie im nachgereichten Report nun zu entnehmen, wurde dieses

SV40 Enhancer-Element entgegen der eindeutigen Literaturlage (Punkt 1.4.2. in den Vorbemerkungen) als inaktiv beschrieben. Besonders vor dem Hintergrund, dass das verwendete Grundplasmid von Pfizer aus dessen Gentherapieprogramm stammt, also die SV40 Elemente aktiv von Pfizer im Plasmid verwendet wurden (und werden), um Gene im Rahmen der Gentherapie in das Genom von Patienten zu bringen, wirft die Frage auf, ob entweder diese Plasmide für die Gentherapie dank „inaktiver“ SV40 Elemente ungeeignet sind (was das Gentherapieprogramm von Pfizer in Frage stellen würde) oder aber im Falle der Produktion von Comirnaty eben doch aktive SV40 Elemente enthalten haben, welche prinzipiell – so sie in die Zellen gelangen – dort in ihrer ursprünglichen Funktion als Genshuttle in das Genom dienen können...“ (Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)

Beweis:

Anlage K 23

Sachverständiges Zeugnis von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer

Zum Inhalt der Anlage K 23 bleiben weitere Ausführungen und Beweisantritte vorbehalten.

Dass alleine schon das Spike-Protein, das durch die modRNA im Körper produziert wird, das Potential hat die DNA zu beschädigen, hat Dr. Sabine C. Stebel in ihrem Substack vom 22.3.2025 mit dem Titel „Das Spike-Protein beschädigt die DNA“ herausgearbeitet, siehe:

<https://drbine.substack.com/p/das-spike-protein-beschadigt-dna>

Dass modRNA-Injektionen die Genetik des Menschen verändern wird auch durch eine neuere Studie aus Köln mit dem Titel „**Persistent epigenetic memory of bARS-CoV-2 mRNA vaccination in monocyte-derived macrophages**“ bewiesen.

In dem Abstract dieser Studie heißt es u.a. (Zitat, übersetzt):

„Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass mRNA-Impfstoffe ein hochdynamisches und anhaltendes Training von angeborenen Immunzellen induzieren, das eine anhaltende entzündungsfördernde Immunantwort ermöglicht.“ (Zitat Ende)

Beweis:

<https://www.embopress.org/doi/full/10.1038/s44320-025-00093-6>

12.

Die – von der EMA ermöglichte und sogar Gesetz gewordene - Lüge, dass Covid-19-Geninjektionen „Impfstoffe“ und keine Gentechnik sind

Bereits in dem dem Beitrag der Online-Plattform „multipolar“ mit dem Titel „**Faktencheck: Sind die mRNA- Injektionen Impfungen oder Gentherapie?**“ vom 3.12.2021 heißt es u.a. (Zitat):

„...So äußerte sich jüngst der **Bayer-Vorstand Stefan Oelrich** in einer Weise zu den mRNA-Präparaten, die grundlegende Fragen aufwirft. Oelrich ist Leiter der Medikamentensparte des Bayer-Konzerns, die im vergangenen Jahr unter seiner Verantwortung einen weltweiten Umsatz in Höhe von 17 Milliarden Euro erzielte. Zur Eröffnung des jährlich stattfindenden *World Health Summit* am 24. Oktober in Berlin sprach er neben dem Bundesgesundheitsminister, dem WHO-Direktor, der EU-Kommissionspräsidentin und dem UN-Generalsekretär. In seiner Begrüßungsrede räumte Oelrich ein:

„Die mRNA-Impfungen sind ein Beispiel für Zell- und Gentherapie. Hätten wir vor zwei Jahren eine öffentliche Umfrage gemacht und gefragt, wer bereit dazu ist, eine Gen- oder Zelltherapie in Anspruch zu nehmen und sich in den Körper injizieren zu lassen, dann hätten das wahrscheinlich 95 Prozent der Menschen abgelehnt. Diese Pandemie hat vielen Menschen die Augen für Innovationen in einer Weise geöffnet, die vorher nicht möglich war.“

Die mRNA-Injektionen sind demzufolge keine Impfung in dem Sinne, wie man den Begriff bisher verwandte. Es handelt sich laut Oelrich um Gentherapie, die bis vor kurzem noch in hohem Maße umstritten war.

Auch andere Fachleute schätzen das so ein. Am 2. November, eine Woche nach Oelrichs Erklärung in Berlin, tagte in Washington auf Einladung von Senator Ron Johnson ein Expertengremium, um die Kampagne zur Verabreichung der mRNA-Präparate einzuschätzen. Unter den geladenen Fachleuten befand sich **Peter Doshi, Professor für pharmazeutische Forschung im Gesundheitswesen an der University of Maryland** sowie Redakteur beim Magazin *The BMJ*, auch bekannt als *British Medical Journal*, einem der weltweit renommiertesten medizinischen Fachjournale. Doshi erklärte auf der Tagung:

„Ich bin einer derjenigen Akademiker, die die Ansicht vertreten, dass diese mRNA-Produkte, die jeder ‚Impfstoffe‘ nennt, sich qualitativ von Standardimpfstoffen unterscheiden. Ich fand es erstaunlich zu erfahren, dass das Merriam-Webster Wörterbuch die Definition von 'Impfstoff' Anfang dieses Jahres geändert hat. mRNA-Produkte erfüllten nicht die Definitionskriterien für einen Impfstoff, welche 15 Jahre bei Merriam-Webster galten. Die Definition wurde jedoch so erweitert, dass mRNA-Produkte nun als Impfstoffe gelten.“

Die Wörterbücher von Merriam-Webster entsprechen dem Duden im Englischen Sprachraum. Tatsächlich wurde die Definition dort im Januar 2021, also zu Beginn der weltweiten Impfkampagne, entsprechend geändert (hier die Einträge vor, und nach der Änderung). Doshi knüpfte daran die folgende Frage:

„Wie würden Sie über eine Covid-Impfpflicht denken, wenn wir diese Präparate nicht 'Impfstoffe' nennen würden? Was, wenn diese Injektionen stattdessen als Medikamente bezeichnet würden? Das Szenario lautet dann: Wir haben dieses Medikament und wir haben Beweise, dass es weder eine Infektion verhindert, noch die Virusübertragung stoppt. Das Medikament soll aber das Risiko verringern, schwer zu erkranken und an Covid zu sterben. Würden Sie alle sechs Monate, möglicherweise für den Rest Ihres Lebens, eine Dosis dieses Medikaments einnehmen, wenn das nötig wäre, damit das Medikament wirksam bleibt? Und würden Sie nicht nur selbst das Medikament einnehmen, sondern auch

eine gesetzliche Pflicht unterstützen, dass alle anderen Menschen das Medikament ebenfalls einnehmen müssen?

Oder würden Sie sagen: Moment mal – wenn das alles ist, was das Medikament kann, warum verwenden wir stattdessen keine normale Medizin, wie wir sie sonst auch nehmen, wenn wir krank sind und wieder gesund werden wollen? Und warum die Einnahme verpflichtend machen? Der Punkt ist: Nur weil wir es einen Impfstoff nennen, sollten wir nicht annehmen, dass diese neuen Produkte das Gleiche sind, wie alle anderen Kinderimpfungen, die verpflichtend sind. Jedes Produkt ist etwas anderes. Wenn Menschen damit einverstanden sind, etwas verpflichtend zu machen, nur weil es eine Impfung ist und wir auch andere Impfungen verpflichtend machen, dann denke ich, ist es an der Zeit, etwas kritisches Denken in diese Diskussion einzubringen.“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/faktencheck-impfungen-oder-gentherapie>

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)

Quelle:

<https://www.berliner-zeitung.de/politik-gesellschaft/das-zulassungsdesaster-lobbyarbeit-und-rechtsbruch-im-fall-der-mrna-praeparate-li.314750>

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.

Quelle:

<https://www.berliner-zeitung.de/coronavirus/zulassung-der-covid-impfstoffe-der-kampf-um-den-begriff-der-gentherapie-ein-gastbeitrag-li.329963?pid=true>

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 Reitpferd 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/>

Es gibt mittlerweile sogar gewichtige Argumente dafür, dass auch alle „klassischen“ Impfstoffe – die die Bezeichnung verdienen – auf Grund der Wirkungsweise ihrer Adjuvantien schon immer Gentechnik waren, siehe:

<https://drbine.substack.com/p/funktionieren-adjuvantien-als-transfektionsmitte>

Schließlich wird der experimentelle Charakter der Gen-Injektionen **durch die eigenen Angaben der Fa. BioNTech** in ihrem englischsprachigen Bericht an die SECURITIES AND EXCHANGE COMMISSION in den USA vom November 2020 bestätigt:

Dort heißt es auf Seite 68 im zweiten Absatz (Zitat):

“Es ist möglich, dass keiner unserer Produktkandidaten oder Produktkandidaten, die wir in Zukunft entwickeln möchten, jemals eine behördliche Zulassung erhalten wird. Wir haben nur begrenzte Erfahrung mit der Einreichung und Unterstützung von Anträgen, die für die Erlangung von Marktzulassungen erforderlich sind, und müssen uns möglicherweise auf externe Auftragsforschungsinstitute oder CROs, behördliche Berater oder Mitarbeiter verlassen, die uns bei diesem Prozess unterstützen. Unseres Wissens gibt es derzeit keinen Präzedenzfall dafür, dass eine mRNA-basierte Immuntherapie, wie sie von uns entwickelt wird, von der FDA, der Europäischen Kommission oder einer anderen Regulierungsbehörde weltweit zum Verkauf zugelassen wird. Obwohl wir davon ausgehen, BLAs für unsere mRNA-basierten Produktkandidaten in den USA und in der Europäischen Union vorzulegen, **wurden mRNA-Therapien als Arzneimittel für die Gentherapie eingestuft.** andere Jurisdiktionen können unsere mRNA-basierten Produktkandidaten jedoch als neue Medikamente betrachten, nicht als Biologika oder Gentherapie-Arzneimittel und erfordern unterschiedliche Vermarktungsanträge. Um die behördliche Zulassung zu erhalten, müssen den verschiedenen Zulassungsbehörden für jede therapeutische Indikation umfangreiche präklinische und klinische Daten sowie unterstützende Informationen vorgelegt werden, um die Sicherheit und Wirksamkeit des Produktkandidaten zu belegen. Die Erlangung der behördlichen Zulassung erfordert auch die Übermittlung von Informationen über den Herstellungsprozess des Produkts an die zuständige Regulierungsbehörde und die Inspektion der Produktionsanlagen durch diese. **Alle von uns entwickelten Produktkandidaten sind möglicherweise nicht wirksam, nur mäßig wirksam oder können unerwünschte oder unbeabsichtigte Nebenwirkungen, Toxizitäten oder andere Eigenschaften aufweisen, die unsere Erlangung einer Marktzulassung verhindern oder die kommerzielle Nutzung verhindern oder einschränken können.**”

Originaltext: "... it is possible that none of our product candidates, or any product candidates we may seek to develop in the future, will ever obtain regulatory approval. We have limited experience in filing and supporting the applications necessary to gain marketing approvals and may need to rely on third-party contract research organizations, or CROs, regulatory consultants or collaborators to assist us in this process. To our knowledge, there is no current precedent for an mRNA-based immunotherapy such as the type we are developing being approved for sale by the FDA, European Commission or any other regulatory agency elsewhere in the world. Although we expect to submit BLAs for our mRNA-based product candidates in the United States, and in the European Union, mRNA therapies have been classified as gene therapy medicinal products, other jurisdictions may consider our mRNA-based product candidates to be new drugs, not biologics or gene therapy medicinal products, and require different marketing applications. Securing regulatory approval requires the submission of extensive preclinical and clinical data and supporting information to the various regulatory authorities for each therapeutic indication to establish the product candidate's safety and efficacy. Securing regulatory approval also requires the submission of information about the product manufacturing process to, and inspection of manufacturing facilities by, the relevant regulatory authority. Any product candidates we develop may not be effective, may be only moderately effective, or may prove to have undesirable or unintended side effects, toxicities or other characteristics that may preclude our obtaining marketing approval or prevent or limit commercial use."

Weiter heißt es auf Seite 69, zweiter Absatz, des Berichtes:

„Es wurde keine mRNA-Immuntherapie zugelassen und wird möglicherweise auch nie zugelassen werden. Die Entwicklung von mRNA-Medikamenten birgt aufgrund des neuartigen und beispiellosen Charakters dieser neuen Kategorie von Therapeutika erhebliche klinische Entwicklungs- und regulatorische Risiken. Als potenzielle neue Kategorie von Therapeutika wurden unseres Wissens bisher keine mRNA-Immuntherapien von der FDA, EMA oder anderen Aufsichtsbehörden zugelassen. Die erfolgreiche Entdeckung und Entwicklung mRNA-basierter (und anderer) Immuntherapien durch uns oder unsere Mitarbeiter ist höchst ungewiss und hängt von zahlreichen Faktoren ab, von denen viele außerhalb unserer oder ihrer Kontrolle liegen. Bis heute gab es noch nie ein kommerzialisiertes mRNA-basiertes Produkt. Unsere Produktkandidaten, die in den frühen Phasen der Entwicklung vielversprechend erscheinen, können aus vielen Gründen nicht vorankommen,

Verzögerungen in der Klinik oder in der Klinik erfahren oder den Markt nicht erreichen:
...“

Originaltext: "No mRNA immunotherapy has been approved, and none may ever be approved. mRNA drug development has substantial clinical development and regulatory risks due to the novel and unprecedented nature of this new category of therapeutics. As a potential new category of therapeutics, to our knowledge, no mRNA immunotherapies have been approved to date by the FDA, EMA or other regulatory agency. Successful discovery and development of mRNA-based (and other) immunotherapies by either us or our collaborators is highly uncertain and depends on numerous factors, many of which are beyond our or their control. To date, there has never been a commercialized mRNA-based product. Our product candidates that appear promising in the early phases of development may fail to advance, experience delays in the clinic or clinical holds, or fail to reach the market for many reasons, including: ..." (Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)

Quelle:

https://investors.biontech.de/node/8746/html#N1_CORPORATE_INFORMATION

Im Übrigen sei hierzu auf die weiterführenden Ausführungen in dem Beitrag „Fakten zu Comirnaty“ in der **Anlage K 23**, dort ab Seite 4 verwiesen.

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

Artikel 15 der EG-Verordnung Nr. 726/2004 vom 31.3.20024 stellt klar:

„Die Erteilung der Genehmigung lässt die zivilrechtliche Haftung oder strafrechtliche Verantwortung des Herstellers oder des Inhabers der Genehmigung für das Inverkehrbringen aufgrund des nationalen Rechts in den Mitgliedstaaten unberührt.“

Die ganze Willkür, die der bedingten und regulären Zulassung von Comirnaty vorausgegangen ist, ist nur verständlich, wenn zunächst erhellt wird, welchem Druck die Prüfer der EMA in diesem Kontext ausgesetzt waren.

Weil ARD und ZDF über solche Sachverhalte nicht berichten, beziehe ich mich hierzu abermals auf tkp.at, das am 8.2.2023 einen Bericht mit dem Titel **„Geleakte Emails der EMA: Politik verlangte Freigabe der Corona-Impfstoffe praktisch ohne Prüfung“** veröffentlicht hat, dem wir entnehmen können (**Zitat**):

„Die Zulassungsverfahren für die Corona Impfstoffe wurden im Eiltempo durchgezogen, ohne dass eine Prüfung der Wirksamkeit und Sicherheit möglich gewesen wäre. Die noch nie dagewesene extreme Abkürzung der Zulassung eines Medikaments wurde mit dem Begriff „teleskopiertes Verfahren“ schöneredet. Tatsächlich wurde ein enormer Druck seitens der höchsten Politik geführt von der deutschen EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen auf die Behördenmitarbeiter ausgeübt.

Etwa 900 Seiten Emails aus der zweiten Jahreshälfte von 2020 von Pfizer's "Impfstoff" Chemistry Manufacturing and Controls (CMC) Abteilung, die für die Einreichung der Zulassungen bei der EMA zuständig ist, wurden an eine Reihe von Journalisten geleakt. Die Dokumente enthielten auch den E-Mail-Verkehr zwischen einigen der Prüfer und leitenden Angestellten der EMA. Über die undichte Stelle wurde im [British Medical Journal berichtet](#), das die Echtheit der Dokumente bestätigen konnte.

Wichtige Seiten davon hat Sasha Latypova in [ihrem Substack-Blog](#) ausgewertet. Sie ist eine Veteranin in der Pharma Branche mit Spezialisierung auf Regulatory Affairs, also die Zulassung von Medikamenten. Sie hat kürzlich aufgedeckt, dass in den USA die Aufträge an die Pharmafirmen zur Entwicklung, Herstellung und Vertrieb der Corona-Impfungen durch das US Verteidigungsministerium DOD (Department of Defense) erfolgten und daher keiner zivilen Kontrolle mehr unterliegen und Haftungen ausgeschlossen sind. Dargestellt hat sie es in diesem Rumble Video: [COVID-19 Countermeasures: Evidence of the Intent to Harm – by Sasha Latypova](#)

Die E-Mail-Dateien der EMA, die Latypova auswertet, enthalten 14 Screenshots von E-Mails von Mitte bis Ende November 2020. Der Austausch stammt von EMA-Mitarbeitern und leitenden Angestellten. Sie fasst den Inhalt dieser E-Mails wie folgt zusammen:

1. *Die EMA-Prüfer standen unter massivem politischem Druck, neue Wege zu erfinden, um die unzulässigen gefährlichen Produkte zu genehmigen. Der Druck kam von ganz oben aus den Regierungen der USA, Großbritanniens und der EU.*
2. *EU-Kommissarin Ursula von der Leyen machte den Mitgliedstaaten Versprechungen, die sie nie einhalten wollte, um sie alle in einen einzigen Pakt für Impfstoffverträge*

einzubinden und so jede unabhängige Entscheidung in ihren eigenen Ländern zu verhindern.

3. Es gab schwerwiegende und – angesichts des absichtlich unrealistischen Zeitplans – nicht zu lösende Probleme mit der Qualität des Produkts, zu dessen Genehmigung die EMA-Mitarbeiter gedrängt wurden. Einigen war es unangenehm, dies zu tun und ihre Bedenken zu äußern. Andere „übersahen“ eindeutig erfundene Daten.

Letztendlich spielten die behördliche Prüfung selbst und die geäußerten Bedenken keine Rolle – das Produkt wurde trotzdem auf den Markt gebracht. Wir wissen jetzt genau, warum – die Aufsichtsbehörden hatten keine Regelungsbefugnis für das Produkt. Die pharmazeutischen Aufsichtsbehörden beaufsichtigen keine militärischen Materialien, die als „Gegenmaßnahmen“ und „Herstellungsdemonstrationen“ bekannt sind (eine verdeckte Sprache, die die von der gefangenen US-Regierung und ihren globalen Partnern hergestellten Biokampfstoffe verschleiert). Aus den E-Mails geht hervor, dass die meisten Mitarbeiter der EMA unwissentlich an diesem Spiel beteiligt waren.

Für das Vereinigte Königreich wurde bestätigt, dass die Zulassung durch den britischen Gesundheitsminister freihändig erfolgte und nicht durch die zuständige Regulierungsbehörde MHRA. In Beantwortung einer Anfrage teilte die MHRA mit: „All the Covid vaccines and therapeutics authorisation decisions were taken by the Licensing Minister and were not delegated.“ (Alle Entscheidungen über die Zulassung von Covid-Impfstoffen und Therapeutika wurden vom Minister für Zulassungsfragen getroffen und nicht delegiert.)

...

Die drei Aufsichtsbehörden – die US-amerikanische FDA, die britische MHRA und die europäische EMA – sind alle damit beschäftigt, den Zeitpunkt der Zulassung zu koordinieren, bevor eine formale Prüfung der Daten stattgefunden hat, bevor die beratenden Ausschüsse die Ergebnisse der klinischen Studien gesehen, diskutiert und darüber abgestimmt haben usw. Sie diskutieren über den Zeitplan, da die Daten KEINE Rolle dabei spielen, ob diese Produkte auf den Markt kommen oder nicht. Außerdem interagieren sie so, als ob es sich nicht um drei getrennte Behörden separater souveräner Nationen handelt, die gegenüber verschiedenen Steuerzahlern und der Aufsicht des Kongresses/Parlaments verantwortlich sind, sondern einfach um bürokratische Abteilungen, die bereits zu einer globalen Regierung verschmolzen sind. Und schließlich wird sich die FDA „in die EUA stürzen“, da sie „von Azar gedrängt wird“ (Alex Azar – damaliger HHS-Minister) und „Trump die Fäden zieht“.

Latypova erklärt, wie es möglich ist, dass so ein Betrug durchgeht:

„Viele Leute fragen mich, wie es möglich ist, dass Tausende von Menschen an dem Betrug beteiligt waren, der als „Covid-Pandemieabwehr“ inszeniert wurde – es ist doch nicht möglich, dass so viele Leute unter einer Decke stecken! Es war nicht notwendig, dass so viele eingeweiht waren. Hier ist sich Noel Wathion, ein leitender Mitarbeiter der EMA, entweder nicht bewusst, dass die Überprüfung der Daten für die Frage, ob die Injektionen letztendlich auf den Markt kommen, irrelevant ist, oder er stellt dies geschickt falsch dar. Die ihm unterstellten EMA-Mitarbeiter brauchen sich dessen nicht bewusst zu sein und müssen sich nur beeilen, um die ihnen zugewiesene Aufgabe zu erfüllen. Die Abschottung ist der Schlüssel zur Vertuschung eines großen Betrugs in großen Organisationen und komplexen Strukturen. Ist das der Grund, warum er kurz nach der Veröffentlichung der Killshots zurücktrat/ausgeschieden ist? Er steht auch unter dem Druck der Europäischen Kommission, das Medikament zu genehmigen. Und Pfizer will jetzt eine vollständige

Zulassung (MA) anstelle der bedingten Zulassung (CMA)! Anmerkung: Die CMA wurde zwar erteilt, aber die Bedingungen wurden von Pfizer/BioNTech nie erfüllt, denn wen interessiert das schon, es war von Anfang an ein Spiel.“

...

Aus weiteren Emails wird ersichtlich wie die Mitarbeiter der fachlichen Ebenen der EMA so unter Druck gesetzt wurden, dass sie keine Chance hatten ihre berechtigten Einwände vorzubringen. Wurden doch welche vorgebracht, so wurden sie von übergeordneten Stellen klein geredet und vom Tisch gewischt. Wurden fehlende Daten urgiert, so wurde das abgelehnt unter anderem mit der Behauptung, die US-Zulassungsbehörde FDA hätte sie gesehen und genehmigt.

Die Corona-Impfstoffe wurden also praktisch ohne seriöse Prüfung auf die Menschen losgelassen. Organisiert wurde das in der EU von den Spitzen der Kommission.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2023/02/08/geleakte-emails-der-ema-politik-verlangte-freigabe-der-corona-impfstoffe-praktisch-ohne-pruefung/>

Nach diesem Prolog nun zu den „Zulassungen“:

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.

Es ist ein grundsätzlicher Irrtum zu glauben, dass man alle allezeit belügen und betrügen kann.

Oder wie es der US-Präsident Abraham Lincoln zutreffend formuliert hat:

„Man kann das ganze Volk eine Zeit lang täuschen und man kann einen Teil des Volkes die ganze Zeit täuschen, aber man kann nicht das ganze Volk die ganze Zeit täuschen.“

Eine Lüge wird auch nicht dadurch wahr, dass man sie immer wieder wiederholt.

Vor der Zusammenfassung einige der größten Lügen rund um die **bedingte** Zulassung von Comirnaty, sehen wir uns noch einmal die „Voraussetzungen“ für eine solche bedingte Zulassung an:

Art. 4 der EG-Verordnung Nr. 507/2006 enthält hierzu folgende Voraussetzungen Zitat):

„Voraussetzungen

(1) **Eine bedingte Zulassung kann erteilt werden, wenn** der Ausschuss der Ansicht ist, dass alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, obwohl keine umfassenden klinischen Daten über die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit des Arzneimittels vorgelegt wurden:

1. a) Das in Artikel 1 Nummer 28a der Richtlinie 2001/83/EG definierte Nutzen-Risiko-Verhältnis des Arzneimittels ist positiv;
2. b) der Antragsteller ist voraussichtlich in der Lage, die umfassenden klinischen Daten nachzuliefern;
3. c) eine medizinische Versorgungslücke kann geschlossen werden;
4. d) der Nutzen für die öffentliche Gesundheit, den die sofortige Verfügbarkeit des Arzneimittels auf dem Markt mit sich bringt, überwiegt die Gefahr aufgrund noch fehlender zusätzlicher Daten.

In Krisensituationen nach Artikel 2 Nummer 2 kann eine bedingte Zulassung erteilt werden, sofern die in den Buchstaben a bis d des vorliegenden Absatzes aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind, selbst wenn noch keine vollständigen präklinischen oder pharmazeutischen Daten vorgelegt wurden.“ (Zitat Ende)

Link zum Volltext der EG-Verordnung Nr. 507/2006, damit d

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006R0507>

Art. 14-a der EG-Verordnung Nr. 726/2004 postuliert für eine bedingte Zulassung im Grunde die gleichen Voraussetzungen, lediglich anders formuliert (Zitat):

„Artikel 14-a

(1)

In hinreichend begründeten Fällen kann **zur Schließung medizinischer Versorgungslücken** für Arzneimittel, die zur Behandlung, Vorbeugung oder ärztlichen Diagnose **von zu schwerer Invalidität führenden oder lebensbedrohenden Krankheiten** bestimmt sind, eine Zulassung erteilt werden, **ehe umfassende klinische** Daten vorliegen, **sofern der Nutzen** der sofortigen Verfügbarkeit des betreffenden Arzneimittels auf dem Markt **das Risiko überwiegt**, das sich daraus ergibt, **dass nach wie vor zusätzliche Daten erforderlich sind**. In Krisensituationen kann eine Zulassung solcher Arzneimittel erteilt werden, selbst wenn **noch keine vollständigen vorklinischen oder pharmazeutischen Daten** vorgelegt wurden.

(2)

Für die Zwecke dieses Artikels ist unter einer „**medizinischen Versorgungslücke**“ zu verstehen, dass für eine Erkrankung **kein zufriedenstellendes Mittel zur Diagnose, Vorbeugung oder Behandlung in der Union zugelassen ist** oder, selbst wenn dies der Fall ist, das betreffende Arzneimittel einen bedeutenden therapeutischen Nutzen für die von dieser Erkrankung betroffenen Patienten mit sich bringt.

(3)

Zulassungen dürfen gemäß diesem Artikel **nur erteilt werden, wenn das Nutzen-Risiko-Verhältnis positiv ist und der Antragsteller aller Wahrscheinlichkeit nach in der Lage ist, umfassende Daten bereitzustellen**.

(4)

Gemäß diesem Artikel erteilte Zulassungen **unterliegen besonderen Verpflichtungen**. Solche besonderen Verpflichtungen und, sofern zutreffend, die Fristen für die Durchführung sind in den Bedingungen für die Zulassung festgelegt. Diese besonderen Verpflichtungen werden von der Agentur jährlich neu beurteilt.

(5)

Als Teil der besonderen Verpflichtungen gemäß Absatz 4 ist der Inhaber einer gemäß diesem Artikel erteilten Zulassung **verpflichtet, laufende Studien abzuschließen oder neue Studien einzuleiten, um das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis zu bestätigen.**

(6)

In der Zusammenfassung der Produktmerkmale und der Packungsbeilage wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Zulassung des Arzneimittels vorbehaltlich dieser besonderen Verpflichtungen gemäß Absatz 4 erteilt wurde.

(7)

Abweichend von Artikel 14 Absatz 1 ist eine gemäß diesem Artikel erteilte Zulassung ein Jahr gültig und verlängerbar.

(8)

Wenn die besonderen Verpflichtungen gemäß Absatz 4 dieses Artikels erfüllt sind, kann die Kommission im Anschluss an einen Antrag des Inhabers der Genehmigung für das Inverkehrbringen und nachdem sie ein positives Gutachten der Agentur erhalten hat, **eine Zulassung erteilen, die gemäß Artikel 14 Absätze 2 und 3 fünf Jahre lang gültig ist** und verlängert werden kann.

(9)

Der Kommission wird die Befugnis übertragen, gemäß Artikel 87b delegierte Rechtsakte zu erlassen, um diese Verordnung zu ergänzen, indem

a)

die Kategorien von Arzneimitteln angegeben werden, für die Absatz 1 des vorliegenden Artikels gilt, und

b)

die Verfahren und Anforderungen für die Erteilung einer Zulassung gemäß diesem Artikel und für ihre Verlängerung angegeben werden.“ **(Zitat Ende)**

Link zu dieser EG-VO **Nr. 726/2004:**

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:02004R0726-20220128>

Es war und ist also eine Lüge, dass

„Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten keine Gentherapeutika sind (genauso gut könnte der EU-Richtlinienggeber anordnen, dass Bananenschalen, auf denen man ausrutschen kann, keine Bananenschalen sind),

der EMA und der EU-Kommission, dass zur Prävention und Behandlung von Covid-19 keine anderen, zumindest gleich wirksamen Heilmittel und Behandlungsprotokolle zur Verfügung stehen, so dass durch die bedingte Zulassung von Comirnaty (u.a.) eine „medizinische Versorgungslücke“ geschlossen werden muss (vgl. Art. 4 Abs. 1 S. 1 lit. c) der EG-Verordnung Nr. 507/2006 vom 29.3.2006 und Art. 14a Abs. 1 der EG-Verordnung Nr. 726/20024 vom 31.3.2004),

dass die Antragsgegnerin ab dem Zeitpunkt Auflösung der Placebogruppe ihrer Zulassungsstudie (Frühjahr 2021) „voraussichtlich“ noch „in der Lage war, die umfassenden klinischen Daten nachzuliefern (vgl. Art. 4 Abs. 1 S. 1 lit. b) der EG-Verordnung Nr. 507/2006 vom 29.3.2006 und Art. 14a Abs. 3 und 4 der EG-Verordnung Nr. 726/20024 vom 31.3.2004),

der – evident nicht vorhandene – „Nutzen“ für die öffentliche Gesundheit, den die sofortige Verfügbarkeit des „Arzneimittels“ Comirnaty auf dem Markt bringen würde, „die Gefahr

aufgrund noch fehlender zusätzlicher Daten“ überwiegen könnte (vgl. Art. 4 Abs. 1 S. 1 lit. d) der EG-Verordnung Nr. 507/2006 und Art. 14a Abs. 1 S. 1 der EG-Verordnung Nr. 726/20024 vom 31.3.2004),

dass es – u.a. angesichts historischer Tiefstände in der Krankenhausbelegung - überhaupt eine reale Notfall- bzw. „Krisensituation i.S. von Art. 4 Abs. 1 S. 2 i.V.m. Art. 2 Nr. 2 der EG-Verordnung Nr. 507/2006 und Art. 14a Abs. 1 S. 1 der EG-Verordnung Nr. 726/20024 vom 31.3.2004 gab (es gab lediglich eine „Test-Pandemie“, die auf der Basis einer für diesen Zweck evident untauglichen PCR-Technik forciert worden ist).

Und trotz all dieser Verdrehungen und Lügen, mit denen die Bevölkerung der EU an der Nase rumgeführt worden ist und die offensichtlich auch von den Landgerichten und dem OLG Koblenz immer noch nicht erfasst worden sind, will uns irgendjemand wirklich Glauben machen, dass bei der Bewertung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses von Comirnaty (i.S. von Art. 4 Abs. 1 S. 1 lit. a) der EG-Verordnung Nr. 507/2006 und Art. 14-a Abs. 3 der EG-Verordnung Nr. 726/20024 vom 31.3.2004) nicht gelogen ist?

Ich möchte das obige Zitat von Abraham Lincoln wie folgt abwandeln:

„Man kann (wohl auch) die gesamte Richterschaft eine Zeit lang täuschen und man kann einen Teil der Richterschaft die ganze Zeit täuschen, aber man kann nicht die ganze Richterschaft die ganze Zeit täuschen.“

Das außergewöhnlich 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 EG-VO 726/2004** vom 31.3.2004 vor, im Volltext abrufbar unter:

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/HTML/?uri=CELEX:02004R0726-20220128>

„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.

Da immer wieder pauschal und ungeprüft die falsche Behauptung aufgestellt wird, die EMA habe doch vor der bedingten Zulassung eine „eingehende Prüfung“ vorgenommen, sollten wir uns mal im Detail ansehen, wie denn diese angeblich so „eingehende“, „umfassende“ oder „gründliche Prüfung“ in der Realität ausgesehen hat.

Bereits in ihrem Schriftsatz an das BVerwG vom 30.5.2022 zu AZ. Az. BVerwG 1 WB 2.22 und 1 W-VR 1.22 – und somit schon lange vor dem Erscheinen ihres bereits genannten Buches - hat die Kollegin Dr. Röhrig zu dieser Frage ausgeführt (**Zitat**):

„3. Zusammenfassende Darstellung der Erleichterungen der Zulassungsvoraussetzungen für die bedingten Zulassungen der genbasierten Injektionen

Wie bereits in diesseitigen Schriftsätzen mehrfach dargelegt, erfüllen die mod- RNA- und vektor-basierten Injektionen grundsätzlich die Definition des Gentherapeutikums gemäß Anhang I Teil IV Ziffer 2.1 der Richtlinie EG Nr. 2001/83:

2.1. **Gentherapeutikum**

Unter einem Gentherapeutikum ist ein biologisches Arzneimittel zu verstehen, das folgende Merkmale aufweist:

- a) Es enthält einen Wirkstoff, der eine rekombinante Nukleinsäure enthält oder daraus besteht, der im Menschen verwendet oder ihm verabreicht wird, um eine Nukleinsäuresequenz zu regulieren, zu reparieren, zu ersetzen, hinzuzufügen oder zu entfernen.
- b) Seine therapeutische, prophylaktische oder diagnostische Wirkung steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der rekombinanten Nukleinsäuresequenz, die es enthält, oder mit dem Produkt, das aus der Expression dieser Sequenz resultiert.

Lediglich aufgrund des nachfolgenden Satzes

Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten sind keine Gentherapeutika

wurden seitens der EMA und der EU-Kommission nicht die grundsätzlich für Gentherapeutika festgelegten Anforderungen an die genbasierten Injektionen angelegt.

...

Welche Auswirkungen auf die geforderte Zulassungsdokumentation für die Er- langung der bedingten Zulassung dies hat, inwiefern die Anforderungen an die vorzulegenden Unterlagen für die Erteilung bedingter Zulassungen für die genba- sierten Injektionen erleichtert wurden, hat die Unterzeichnerin bereits in ihrem Schriftsatz vom 28.3.2022 ausführlich dargelegt. Mit Schriftsatz vom 18.5.2022 wurde zudem ergänzend durch den

Prozessbevollmächtigten Göran Thoms zum verbundenen Verfahren ausgeführt, welche Unterlagen für präklinische Prüfungen von Gentherapeutika üblicherweise vorzulegen sind.

Die Unterzeichnerin stellt nachfolgende schematisch dar, wie die Reduzierung der Zulassungsanforderungen im Vergleich zu Standardanforderungen und erst Recht Anforderungen an die Zulassung von Gentherapeutika sich praktisch auf die verlangten Unterlagen ausgewirkt hat. Dabei wird Bezug genommen auf die sich aus dem Beurteilungsbericht für Comirnaty vom 19.2.2021 – European Public Assessment Report – https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

- ergebenden Hinweise auf Unterlagen, die von der EMA aus dem Anforderungskatalog gestrichen wurde.

3.1 Vergleich zwischen Standardanforderungen an Zulassungsunterlagen für Arzneimittel gemäß Anhang I Teil I Ziffern 4 und 5 der Richtlinie 2001/83/EG und Gentherapeutika gemäß Anhang I Teil IV Ziffern 4.2 und 4.3 mit den tatsächlich verlangten Unterlagen

Üblicherweise sind für die Erlangung von Zulassungen für Arzneimittel die nachfolgend in standardmäßig schwarzer Schrift aufgeführten Unterlagen gemäß Anhang I Teil I Ziffern 4 und 5 der Richtlinie 2001/83 in der Prälinik und Klinik zwingend Teil des Zulassungsdossiers. Die Unterlagen sind im Rahmen eines sog. „Common Technical Documents“, CTD, in 5 Modulen einzureichen. Dabei betrifft Modul 3 die Qualität, Modul 4 die Prälinik und Modul 5 die klinischen Unterlagen. In allen Modulen 3 – 5 wurden den Antragstellern erhebliche Erleichterungen gegenüber den grundsätzlich geltenden Anforderungen eingeräumt. Die nachfolgende Darstellung wird sich zunächst auf die Module 4 und 5 beschränken. Die hinsichtlich der Qualitätsanforderungen eingeräumten dramatischen Erleichterungen und Unklarheiten in Bezug auf die Qualität des Wirkstoffes, der Hilfsstoffe und auch des Fertigproduktes werden separat dargestellt.

Zusätzlich werden in Modul 4 und Modul 5 für die Erteilung einer Arzneimittelzulassung für ein Gentherapeutikum weitere Ergebnisse von Untersuchungen gefordert. Dies ergibt sich aus dem Anhang Teil IV Ziffer 4.2 und 5.2 der Richtlinie 2001/83/EG. Die Einzelheiten über die Umsetzung dieser Anforderungen sind in sog. Leitlinien, Guidelines, der EMA erläutert. Für Gentherapeutika kommt die Guideline EMA/CAT/80183/2014 „Guideline on the quality, non-clinical and clinical aspects of gene therapy medicinal products“ (Leitlinie zu den qualitativen, nicht-klinischen und klinischen Aspekten von gentherapeutischen Arzneimitteln), die 2018 in Kraft getreten ist und detaillierte Ausführungen zu den geforderten und unten dargestellten Untersuchungen einschließlich Shedding (Ziffer 5.4.2 der Guideline) enthält.

Beweis: Guideline on the quality, non-clinical and clinical aspects of gene therapy medicinal products, EMA/CAT/80183/2014, (https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/guideline-quality-non-clinical-clinical-aspects-gene-therapy-medicinal-products_en.pdf)

In weinroter Schrift werden die gemäß Anhang I Teil IV Ziffer 4.2 zusätzlich für Gentherapeutika geforderten Unterlagen dargestellt. Durchgestrichen sind alle Unterlagen, die für Comirnaty (und auch für Spikevax) nicht gefordert wurden.

3.1.1 Anforderungen an die Prälinik, Modul 4, der genbasierten Injektionen

Die Untersuchungen im Rahmen der Prälinik sind gemäß Richtlinie 2004/10/EG (Anlage 28) grundsätzlich unter Einhaltung der Grundsätze der „Guten Laborpraxis“ – Good Laboratory Practice“ durchzuführen. Dabei handelt es sich um die Festlegung von Regeln und Kriterien für ein Qualitätssystem, das sich mit dem organisatorischen Prozess und den Bedingungen befasst, unter denen nichtklinische Gesundheits- und Umweltsicherheitsstudien geplant, durchgeführt, überwacht, aufgezeichnet, gemeldet und

archiviert werden. Die Einhaltung dieser Regeln ist grundsätzlich erforderlich, um die Aussagekraft der nichtklinischen Studien zu gewährleisten.
Für die Ergebnisse der Untersuchungen in Modul 4 ergibt sich folgendes Bild für die Anforderung an Untersuchungen mit dem Fertigprodukt:

Schwarze Schrift	= generelle Anforderungen
Rote kursive Schrift	= zusätzliche Anforderungen für Gentherapeutika
Durchgestrichen	= nicht für die genbasierten Injektionen verlangt

Zu der nachfolgenden Übersicht ist folgendes anzumerken:

1. Es wurden zwar Studien zur Verteilung im Rahmen der Pharmakokinetik durchgeführt. Diese wurden aber nicht mit dem Fertigprodukt, sondern lediglich mit den Lipidnanopartikeln durchgeführt. Darüber hinaus waren die Studien nicht GLP-gerecht. (s. EPAR S. 45 f)
2. Studien zum Metabolismus und zur Ausscheidung wurden ausschließlich für die Lipidnanopartikel ALC-0159 und ALC-0315 durchgeführt, nicht mit dem Fertigprodukt und nicht mit den anderen Lipidnanopartikeln im Produkt.

Pharmakologie

— Primäre Pharmakodynamik

~~— In-vitro und In-vivo Studien zu Wirkungen im Zusammenhang mit dem vorgeschlagenen therapeutischen Zweck (d. h. Pharmakodynamik Studien zum Nachweis des Wirkprinzips („proof of concept“))~~

~~— Zielselektivität: Soll ein Gentherapeutikum eine selektive oder auf das Ziel begrenzte Funktion erfüllen, sind Studien vorzulegen, die die Spezifität und Dauer von Funktion und Aktivität in den Zielzellen und -geweben bestätigen.~~

— Sekundäre Pharmakodynamik

— Pharmakologie zur Unbedenklichkeit (Sicherheitspharmakologie)

— pharmakokinetische Wechselwirkungen

Pharmakokinetik

— Analyseverfahren und Validierungsberichte

— Resorption

— Verteilung – hier wurde für Lipidnanopartikel und eine andere modifizierte RNA untersucht, in Untersuchungen, die nicht der Guten Laborpraxis entsprachen - (EPAR, S. 46)

~~• Studien zur Biodistribution müssen Untersuchungen von Persistenz, Clearance und Mobilisierung umfassen. In den Biodistributionsstudien ist zudem auf die Gefahr eines Gentransfers in die Keimbahn einzugehen~~

— Metabolismus – nur für Lipidnanopartikel – EPAR S. 45

— Ausscheidung – nur für Lipidnanopartikel – EPAR S. 45

~~• Im Rahmen der Umweltverträglichkeitsprüfung sind Untersuchungen zur Ausscheidung und zur Gefahr der Übertragung auf Dritte vorzulegen;~~

— pharmakokinetische Wechselwirkungen (präklinisch)

— sonstige pharmakokinetische Studien

Toxikologie

— Toxizität bei einmaliger Verabreichung

— Toxizität bei wiederholter Verabreichung (wurde in Ratten durchgeführt, obwohl zuvor keine ausführlichen pharmakologischen Studien in Ratten durchgeführt wurden, (EPAR, S. 54)

— Genotoxizität

— in vitro

— in vivo (einschließlich zusätzlicher toxikokinetischer Bewertungen) — Karzinogenität

— Langzeitstudien

— Kurzzeitstudien oder Studien mittlerer Dauer — sonstige Studien

— Reproduktions- und Entwicklungstoxizität

~~• Studien zur Wirkung auf die Fruchtbarkeit und die allgemeine Fortpflanzungsfunktion sind vorzulegen.~~

~~• Studien zur embryonalen und fötalen sowie zur perinatalen Toxizität und~~

~~• Studien zur Übertragung in die Keimbahn sind ebenso vorzulegen;~~

— Fertilität und embryonale Frühentwicklung

— embryonale/fötale Entwicklung

— prä- und postnatale Entwicklung

— Studien, in denen die Nachkommen (Jungtiere) Dosenerhalten und/oder weitere Bewertungen an ihnen durchgeführt werden.

— lokale Verträglichkeit

Sonstige Toxizitätsstudien

~~• Studien zur Integration: Studien zur Integration sind für jedes Gentherapeutikum vorzulegen, es sei denn, ihr Fehlen ist wissenschaftlich begründet, z. B. weil die Nukleinsäuresequenzen nicht in den Zellkern eindringen. Für Gentherapeutika, bei denen man nicht davon ausgeht, dass sie zur Integration befähigt sind, sind dennoch Studien zur Integration durchzuführen, wenn die Daten zur Biodistribution auf die Gefahr einer Übertragung in die Keimbahn hindeuten.~~

~~-Antigenität~~

~~-Immunotoxizität~~

~~• Immunogenität und Immunotoxizität: Potenzielle immunogene und immunotoxische Wirkungen sind zu untersuchen.~~

~~-mechanistische Studien~~

~~-Abhängigkeit~~

~~-Metaboliten~~

~~-Verunreinigungen~~

~~-Sonstiges~~

3.1.2 Anforderungen an die Klinik, Modul 5, der genbasierten Injektionen

Gemäß oben dargestelltem Schema für das Modul 4 werden nachfolgend auch die Anforderungen an Modul 5 des Zulassungsdossiers für genbasierte Injektionen zum Zeitpunkt der Erteilung der bedingten Zulassung dargestellt.

Die Darstellung dessen, was seitens der EMA für die Erteilung der bedingten Zulassung verlangt wurde, ist kurz:

Es handelte sich um

- 1) Eine begonnene klinische Phase 1/2 – Dosisfindungsstudie – mit jeweils 12 Probanden je Dosis, EPAR S. 56 und
- 2) Eine begonnene klinische Phase 1/2/3-Studie mit geplanten 44.000 Probanden, EPAR S. 56.

Bei der nachfolgenden Übersicht ist zu berücksichtigen, dass die Anforderungen bzgl. der klinischen Unterlagen sich auf abgeschlossene Studien beziehen.

Das bedeutet, dass eine Zulassungserteilung standardmäßig und auch für Gentherapeutika nur in Betracht kommt, wenn die Studien, die Basis für die vorzulegenden Unterlagen sind, vollständig abgeschlossen und ausgewertet wurden!

Berichte über klinische Studien

~~— Berichte über biopharmazeutische Studien~~

- ~~— Berichte über Bioverfügbarkeitsstudien~~
- ~~— Berichte über vergleichende Studien zur Bioverfügbarkeit und Bioäquivalenz~~
- ~~— Berichte über In-vitro-/In-vivo-Korrelationsstudien~~
- ~~— Berichte über bioanalytische und analytische Verfahren~~

~~— Berichte über Studien zur Pharmakokinetik unter Einsatz von menschlichem Biomaterial~~

- ~~— Berichte über Studien zur Plasmaproteinbindung~~
- ~~— Berichte über Studien zur hepatischen Metabolisierung und zu Wechselwirkungen~~
- ~~— Berichte über Studien unter Einsatz sonstiger menschlicher Biomaterialien~~

~~— Berichte über pharmakokinetische Studien am Menschen~~

- ~~— Berichte über Studien zur Pharmakokinetik und anfänglichen Verträglichkeit bei gesunden Probanden~~
- ~~— Berichte über Studien zur Pharmakokinetik und anfänglichen Verträglichkeit bei Patienten~~
- ~~— Berichte über Studien zum Einfluss innerer Faktoren auf die Pharmakokinetik~~
- ~~— Berichte über Studien zum Einfluss äußerer Faktoren auf die Pharmakokinetik~~
- ~~— Berichte über populationsbezogene Studien zur Pharmakokinetik~~

~~— • Die Studien zur Pharmakokinetik am Menschen müssen Folgendes beinhalten:~~

- ~~a) Studien zur Ausscheidung des Gentherapeutikums;~~
- ~~b) Studien zur Biodistribution;~~
- ~~c) pharmakokinetische Studien über das Arzneimittel und die durch Genexpression entstandenen wirksamen Anteile (z. B. ex-primierte Proteine oder Genomsignaturen).~~

— Berichte über pharmakodynamische Studien am Menschen

~~— Berichte über Studien zur Pharmakodynamik und Pharmakokinetik
— /Pharmakodynamik bei gesunden Probanden~~

~~— Berichte über Studien zur Pharmakodynamik und Pharmakokinetik
— /Pharmakodynamik bei Patienten~~

~~— In Studien zur Pharmakodynamik am Menschen sind~~

~~• die Expression und die Funktion der Nukleinsäuresequenz nach Verabreichung
des Gentherapeutikums zu untersuchen.~~

Im Rahmen der zuvor beschriebenen Studien wurden Daten zur Immunogenität erhoben, EPAR S. 58 ff.

~~— Berichte über Studien zur Wirksamkeit und Unbedenklichkeit~~

~~— Berichte über (Anmerkung: abgeschlossene!) kontrollierte klinische Studien zur vorgesehenen Indikation – Es wurden ausschließlich Zwischenergebnisse der oben beschriebenen begonnenen Studien herangezogen, EPAR S. 58 ff.~~

~~— Berichte über unkontrollierte klinische Studien~~

~~— Berichte über die Analyse der Daten aus mehr als einer Studie einschließlich förmliche integrierte Analysen, Meta-Analysen und Bridging-Analysen~~

~~— Berichte über weitere Studien~~

~~• In Unbedenklichkeitsstudien ist Folgendes zu untersuchen:~~

~~a) Entstehen eines replikationskompetenten Vektors;~~

~~b) Entstehen neuer Stämme;~~

~~c) Austausch bestehender Genomsequenzen („Reassortment“);~~

~~d) neoplastische Vermehrung aufgrund von Insertionsmutagenese.~~

Darüber hinaus ist bei obiger Darstellung zu berücksichtigen, dass die standardmäßig und zusätzlich für Gentherapeutika geforderten Studien grundsätzlich **hintereinander durchzuführen sind**, um das Risiko für die Studienteilnehmer möglichst gering zu halten. Bei den genbasierten Injektionen wurden diese Studien „**teleskopiert**“, also ineinander geschoben wurden. Das beinhaltete ein nicht kalkulierbares Risiko nicht nur für die Menschen, die nach Erteilung der bedingten Zulassungen die Injektionen verabreicht bekamen, sondern selbstredend auch für die Studienteilnehmer.

3.2 Reduzierung der Anforderungen durch Klassifizierung der genbasierten Injektionen als „Impfstoffe“

Die oben dargestellten Reduzierungen der Anforderungen an die Zulassungsdossier für die Erteilung der bedingten Zulassungen für die genbasierten Injektionen ergab sich aufgrund der Klassifikation der genbasierten Injektionen als „Impfstoffe“ in Anwendung des Satzes

„Impfstoffe gegen Infektionskrankheiten sind keine Gentherapeutika“

Des Anhangs Teil IV Ziffer 2.1 der Richtlinie 2001/83/EG.

Aufgrund dieser **wissenschaftlich und medizinisch ungerechtfertigten geänderten Klassifikation** wurden die zur Sicherheit der Patienten als erforderlich angesehenen Untersuchungen dramatisch reduziert. Durch diese „Umklassifizierung“ ohne wissenschaftliche Begründung wandten die Zulassungsbehörden die für Impfstoffe

geltenden Regularien an, die sich im Wesentlichen aus den Leitlinien der EMA, die sich an die internationalen Leitlinien und die Leitlinien der WHO anlehnt.

In der „Guideline on the clinical evaluation of new vaccines“, EMEA/CHMP/VWP/164653/2005 werden die Ausnahmen der klinischen Studien für Impfstoffe festgelegt. In Bezug auf die Ausnahmen für präklinische Studien verweist die EMA in ihren Ausführungen in den jeweiligen Beurteilungsberichten auf die „WHO- Guideline on nonclinical evaluation of vaccines, WHO Technical Report Series, No. 927, 2005, https://www.who.int/docs/default-source/biologicals/vaccine-quality/46-annex-1nonclinical-p31-63.pdf?sfvrsn=94e6b48f_1&download=true)

3.3 Reduzierung der Qualitätsanforderungen

Zusätzlich zu den unter Ziffern 1.1 und 1.2 dargestellten Erleichterungen für die Module 4 und 5, Präklinik und Klinik, wurden weitere Erleichterungen gewährt aufgrund der Anwendung der Vorschriften über die bedingte Zulassung, Art. 14-a der VO Nr. 726/2004/EG sowie der Kommissions-VO Nr. 507/2006/EG (s. ausführliche Ausführungen im Schriftsatz vom 28.3.2022).

Diese Erleichterungen fanden ihren Niederschlag zum einen darin, dass die oben unter 1.1.2 dargestellten klinischen Studien nicht abgeschlossen sein mussten. Es reichte das Vorliegen eines ersten Zwischenergebnisses, Art. 14-a Abs. 1 S. 1 der VO Nr. 726/2004/EG.

Zum anderen ergab sich die Erleichterung aufgrund der Anwendung der Regelung des Art. 14-a Abs. 1 S. 2 der VO Nr. 726/2004/EG, nach der in „Krisensituationen“ die bedingte Zulassung auch bei unvollständigen präklinischen oder pharmazeutischen Daten (Qualitätsdokumentation) erteilt werden kann:

„...zusätzliche Daten erforderlich sind. In Krisensituationen kann eine Zulassung solcher Arzneimittel erteilt werden, selbst wenn noch keine vollständigen vorklinischen oder pharmazeutischen Daten vorgelegt wurden.“

Dies führte dazu, dass – wie bereits im Schriftsatz vom 28.3.2022, S. 63 ff erläutert, erhebliche Abstriche an den Anforderungen zur Qualität gemacht wurden.

Grundsätzlich werden folgende Anforderungen an den Nachweis der Qualität gestellt, wobei die Teile rot markiert werden, die im Hinblick auf die Ergebnisse unvollständig waren. Diese Teile waren entweder Gegenstand besonderer Bedingungen (specific obligations – SO) oder aber Gegenstand von „Empfehlungen für die weitere Qualitätsentwicklung (Recommendation for further quality development). Diese Angaben ergeben sich sowohl aus dem EPAR vom 19.2.2021, S. 36 ff, als auch aus dem EPAR zur Verlängerung der bedingten Zulassung,

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-r-0046-epar-assessment-report-renewal_en.pdf .

Wirkstoff

Charakterisierung

— *Erläuterung der Struktur und anderer Merkmale*

— *Verunreinigungen*

Kontrolle des Wirkstoffes

— Spezifikation

- Analytische Verfahren*
- Validierung der analytischen Verfahren*
- Chargenanalysen*
- Begründung der Spezifikation*

Referenzstandards oder -materialien

Behältnis und Verschlusssystem

Stabilität

- Zusammenfassung und Schlussfolgerungen zur Stabilität
- Stabilitätsstudienprotokoll und –Verpflichtungserklärung zur Stabilitätsprüfung für die Zeit nach der Zulassung
- Stabilitätsdaten

Fertigarzneimittel

Beschreibung und Zusammensetzung des Arzneimittels

Pharmazeutische Entwicklung

- Bestandteile des Arzneimittels
- Wirkstoff*
- Hilfsstoffe*
- Arzneimittel*
- Entwicklung der Formulierung*
- Zuschläge
- physikalisch-chemische und biologische Eigenschaften
- Entwicklung des Herstellungsprozesses*
- Behältnis und Verschlusssystem
- mikrobiologische Eigenschaften
- Kompatibilität

Herstellung

- Hersteller
- Chargenformel
- Beschreibung des Herstellungsprozesses und der Prozesskontrollen*
- Kontrollen kritischer Herstellungsschritte und Zwischenprodukte,*
- Prozessvalidierung und/oder -bewertung*

Kontrolle der Hilfsstoffe

- Spezifikationen*
- Analytische Verfahren*
- Validierung der analytischen Verfahren*
- Begründung der Spezifikationen*

- Hilfsstoffe menschlicher oder tierischer Herkunft
- neuartige Hilfsstoffe

Kontrolle des Fertigarzneimittels

- *Spezifikation(en)*
- *Analytische Verfahren*
- *Validierung der analytischen Verfahren*
- *Chargenanalysen*
- *Charakterisierung der Verunreinigungen*
- *Begründung der Spezifikation(en)*

Referenzstandards oder -materialien

Behältnis und Verschlussystem

Haltbarkeit

Ein vollständiger Nachweis einwandfreier Qualität der Inhaltsstoffe und des Fertigarzneimittels wurden daher nicht erbracht. Ob dies zwischenzeitlich der Fall ist, kann diesseits nicht beurteilt werden. Auf der Webseite der EMA wird ausgeführt, dass mit nachfolgenden Änderungsanzeigen die Qualitätsauflagen für Comirnaty mittlerweile erfüllt wurden. Die betreffenden Beurteilungsberichte des Ausschusses für Humanarzneimittel sind jedoch bislang seit 3 bzw. 5 Monaten nicht veröffentlicht.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/procedural-steps-after/comirnaty-epar-procedural-steps-taken-scientific-information-after-authorisation_en.pdf

Die seitens 5 Chemie-Professoren seit Februar 2022 beim PEI begehrte Information hierüber sowie die Übermittlung der Beurteilungsberichte des CHMP durch das PEI blieb bislang seitens des PEI unerfüllt.

Für Spikevax sind nach wie vor nicht alle Qualitätsauflagen erfüllt. Dies ist aus der Produktinformation der EMA für Spikevax ersichtlich.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spikevax-previous-covid-19-vaccine-moderna-epar-product-information_de.pdf (Zitat Ende)

Soweit die Kollegin Dr. Röhrig am 30.5.2022 dazu, wie „eingehende Prüfung“ von Comirnaty durch die EMA in der Realität ausgesehen hat.

2.

Reguläre (Unbedingte) Zulassung:

Warum erst recht keine unbedingte Zulassung möglich war:

Wie bereits aufgezeigt, war das Nutzen-Risiko-Verhältnis zu keiner Zeit positiv, und das musste jeder Experte der diese Bezeichnung verdient auf Grund (im Gutachten zu Anlage K 4 unter Ziff. 5.5 gewürdigten Publikation im NEJM vom 10.12.2020) schon am **10.12.2020** – und damit vor der bedingten Zulassung von Comirnaty am 21.12.2020, vgl.

<https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/201221-europaeische-kommission-erteilt-zulassung-covid-19-impfstoff-biontech-pfizer-eu.html>

erkennen, auf Grund der zunehmend katastrophaler werdenden Meldungen in den Nebenwirkungsdatenbanken **spätestens ab Februar 2021**.

Zum Zeitpunkt der evident gesetzeswidrig angeordneten unbedingten Zulassung von Comirnaty am **10.10.2022**, als das ganze katastrophale Ausmaß der Nebenwirkungen von Comirnaty in allen Sicherheitsberichten und Nebenwirkungsdatenbanken abzulesen und in vielen Studien nachgewiesen war, galt das erst recht.

Mit anderen Worten: Wer sogar jetzt noch etwas anderes behauptet, der belügt evident wissentlich und willentlich die gesamte Öffentlichkeit, die Gerichte eingeschlossen. Es gibt hier keine Ausrede mehr. Die Fakten sind eindeutig und müssen jedermann und der Antragsgegnerin mehr als allen anderen positiv bekannt sein.

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 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** (ABI 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 abubrechen, 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 Zulassungsschaos der EMA finden sich bei Dr. Brigitte Röhrig, ebenda, S. 471 – 497, aber insbesondere auch in dem Schriftsatz der italienischen Kollegin **DDR. Renate Holzeisen** zur Begründung des Rechtsmittels gegen den Beschluss des europäischen Gerichts vom 11.12.2023 zu AZ. T-109/23, der hier als

Anlage K 7B

überreicht wird.

In diesem Schriftsatz, der unbedingt vollständig gelesen werden sollte, heißt es u.a. (**Zitat**):

„1. XYhat in seiner Eigenschaft als Vater von Minderjährigen eine Nichtigkeitsklage u.a. gegen den **Durchführungsbeschluss der Kommission C(2022) 7342 (final) vom 10. Oktober 2022 zur Erteilung einer Zulassung für das Humanarzneimittel „Comirnaty - Tozinameran“** (i.d.F. „Durchführungsbeschluss“) eingereicht (Dok. A1,T-109/23).

2. Mit dem Durchführungsbeschluss wurde die **nachweislich experimentelle auf Gentechnik beruhende Substanz Comirnaty von Pfizer/BioNTech** (i.d.F. „Comirnaty“) ohne Bedingungen für einen Zeitraum von fünf Jahren als „**Impfstoff**“ auch für die **Anwendung auf Kinder zugelassen**. U. dies, **obwohl Comirnaty in der Zusammensetzung u. Funktionsweise einem Arzneimittel für neuartige Therapien (Gentherapie) entspricht**, u. seine **Wirksamkeit u. Sicherheit niemals nachgewiesen** wurden.

3. Bereits die zunächst lt. **VO (EG) Nr. 507/2006** erteilte bedingte Zulassung von Comirnaty erfolgte in radikalster Verletzung der in der EU geltenden arzneimittelrechtlichen Bestimmungen. Siehe dazu den **Rahmenkaufvertrag zwischen Kommission u. dem Hersteller Pfizer/BioNTech** (Anhang I Punkt 4, S. 48), welcher vier Wochen vor der bedingten Zulassung von Comirnaty (21.12.2020) abgeschlossen wurde (**Dok. A.5**): „*The Participating Member State acknowledges that the Vaccine and materials related to the Vaccine, and their **components and constituent materials are being rapidly developed** due to the emergency circumstances of the COVID-19 pandemic and **will***

1. XYhat in seiner Eigenschaft als Vater von Minderjährigen eine Nichtigkeitsklage u.a. gegen den **Durchführungsbeschluss der Kommission C(2022) 7342 (final) vom 10. Oktober 2022 zur Erteilung einer Zulassung für das Humanarzneimittel „Comirnaty - Tozinameran“** (i.d.F. „Durchführungsbeschluss“) eingereicht (Dok. A1, T-109/23).

2. Mit dem Durchführungsbeschluss wurde die **nachweislich experimentelle auf Gentechnik beruhende Substanz Comirnaty von Pfizer/BioNTech** (i.d.F. „Comirnaty“) ohne Bedingungen für einen Zeitraum von fünf Jahren als „**Impfstoff**“ auch für die

Anwendung auf Kinder zugelassen. U. dies, obwohl Comirnaty in der Zusammensetzung u. Funktionsweise einem Arzneimittel für neuartige Therapien (Gentherapie) entspricht, u. seine Wirksamkeit u. Sicherheit niemals nachgewiesen wurden.

3. Bereits die zunächst lt. VO (EG) Nr. 507/2006 erteilte bedingte Zulassung von Comirnaty erfolgte in radikalster Verletzung der in der EU geltenden arzneimittelrechtlichen Bestimmungen. Siehe dazu den Rahmenkaufvertrag zwischen Kommission u. dem Hersteller Pfizer/BioNTech (Anhang I Punkt 4, S. 48), welcher vier Wochen vor der bedingten Zulassung von Comirnaty (21.12.2020) abgeschlossen wurde (Dok. A.5):

*„The Participating Member State acknowledges that the Vaccine and materials related to the Vaccine, and their **components and constituent materials are being rapidly developed** due to the emergency circumstances of the COVID-19 pandemic and **will continue to be studied after provision of the Vaccine to the Participating Member States under the APA. The Participating Member State further acknowledges that the long-term effects and efficacy of the Vaccine are not currently known and that there may be adverse effects of the Vaccine that are not currently known.**”*

4. Weil die Kommission u. die Mitgliedsstaaten dieses vertraglich festgehaltene. experimentelle Stadium, in dem sich Comirnaty unmissverständlich befand (u. nach wie vor befindet) ausdrücklich durch Vertragsunterzeichnung akzeptiert haben, wurde dem Hersteller mit dem selben Vertrag (siehe Pkt. I.2. Indemnification, Seite 24 ff.) eine umfassende Schadloshaltung zugesichert.

...

23. Bekanntlich wurden die Kategorie der Beschlüsse mit dem Vertrag von Lissabon in die Kategorie der verbindlichen Rechtsakte aufgenommen (Art. 288 AEUV). Beschlüsse können auch abstrakt-generelle Wirkungen haben, u. zwar unabhängig davon, ob sie an einen Adressaten gerichtet sind oder nicht.

24. Der Durchführungsbeschluss richtet sich zwar formell an BioNTech, hat aber eine allgemeine Geltung, die XYu. seine Kinder unmittelbar in deren Interessen beschweren, denn es bedarf dazu keiner Mediatisierung in Gestalt eines diskretionären Durchführungsaktes.

25. Der Durchführungsbeschluss besteht u.a. aus umfangreichen Anlagen, die im Wesentlichen eine allgemeine Geltung haben u. sich z.T. sogar direkt an die Angehörigen der Gesundheitsberufe, an die Anwender generell sowie an die potentiellen Impflinge richten.

...

Das Regulierungssystem der EU für Arzneimittel – Arzneimittel können in der EU erst nach der Erteilung einer Genehmigung für das Inverkehrsbringen in Verkehr gebracht werden, u. um diese Genehmigung zu erhalten, müssen sie zunächst strenge Tests u. eine Bewertung ihrer Qualität, Sicherheit u. Wirksamkeit durchlaufen...

4.4 Informationen für Patienten - Patienten müssen ordnungsgemäß über Arzneimittel informiert werden. ...

4.4.1. Legislativer Ansatz Die Rechtsgrundlage für Patienteninformationen ist die RL 2001/83/EG. Arzneimittel müssen Informationen in Form einer Etikettierung u. einer Packungsbeilage beiliegen.

Diese Informationen müssen gut lesbar, klar verständlich sein. Die Abfassung der Informationen muss in Abstimmung mit Patientengruppen erfolgen. ... Mit der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 wurden noch weitere Kriterien in Bezug auf die Patienteninformationen eingeführt. Hierzu zählen: - die Anforderung zur Veröffentlichung eines Europäischen Öffentlichen Beurteilungsberichts (EPAR), einschließlich einer benutzerfreundlichen Zusammenfassung der Produktmerkmale; - die Grundlage für einen Zugriff auf Informationen über Pharmakovigilanz u. klinische Studien; - die Erstellung einer Datenbank über Arzneimittel, die der allgemeinen Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird (EudraPharm).“

28. Aus dem Bericht der Kommission an das EU-Parlament u. den Rat vom 22.3.17 gem.Art. 59 (4) RL 2001/83/EG (Dok. A.4) geht folgendes hervor:

2. Rechtsrahmen - Die Fachinformation, deren Inhalt in Artikel 11 der RL 2001/83/EG beschrieben wird, u. die Packungsbeilage, deren Inhalt in Artikel 59 der RL 2001/83/EG beschrieben wird, bilden einen festen Bestandteil der Genehmigung für das Inverkehrbringen (Zulassung) von Arzneimitteln in der Union gemäß Artikel 6 der RL 2001/83/EG sowie Artikel 3 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004.

Nach Artikel 8 Absatz 3 Buchstabe j der RL 2001/83/EG u. Artikel 6 Absatz 1 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 müssen für die Erteilung der Zulassung dem Antrag auf Zulassung eine Fachinformation u. eine Packungsbeilage beigelegt werden... Bei Erteilung der Zulassung durch die zuständigen Behörden in den Mitgliedstaaten wird dem Inhaber der Zulassung die von ihnen genehmigte Fachinformation mitgeteilt (Artikel 21 Absatz 2 der RL 2001/83/EG) u. die betreffende zuständige nationale Behörde stellt der Öffentlichkeit zu jedem von ihr zugelassenen Arzneimittel unverzüglich die Zulassung zusammen mit der Packungsbeilage u. der Fachinformation zur Verfügung (Artikel 21 Absatz 3 der RL 2001/83/EG).

Bei Entscheidungen über zentralisierte Zulassungen gemäß Artikel 10 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 wird die endgültige Entscheidung der Kommission gemeinsam mit der Fachinformation u. der Packungsbeilage dem Inhaber der Zulassung übermittelt u. mitgeteilt (u. der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt ... siehe <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/>) ...

...

Die Packungsbeilage bietet umfassende Informationen für eine sichere u. sachgemäße Verwendung des Arzneimittels. Die Packungsbeilage richtet sich in erster Linie an den Patienten/Benutzer. Eine sorgfältig gestaltete u. klar formulierte Packungsbeilage stellt sicher, dass ein möglichst großer Personenkreis die Informationen nutzen kann.“

29. Entgegen der irrigen Meinung des Gerichts, richtet sich der Inhalt des Durchführungsbeschlusses daher sehr wohl an die Angehörigen der Gesundheitsberufe, an die für die öffentliche Gesundheit zuständigen Behörden u. an die Impflinge.

30. Da der Inhalt der Packungsbeilage u. der Fachinformation ausschließlich mit Beschluss der Kommission bestimmt wird, u. der Inhalt der Packungsbeilage u. der Fachinformation einen wesentlichen u. integrierenden Bestandteil des Durchführungsbeschlusses darstellen, richtet sich der Durchführungsbeschluss de

facto auch an all jene Personengruppen, die lt. RL 2001/83 EG ein Recht auf einen EU-rechtskonformen Inhalt der Packungsbeilage u. Fachinformation haben.

...

Es geht darum, dass eine die faktische Natur u. Wirkungsweise völlig missachtende pharmazeutisch-therapeutische Klassifizierung der Substanz Comirnaty als „Impfstoff“ anstatt als „Arzneimittel für neuartige Therapien (Gentherapie)“, dazu führt, dass Comirnaty, die Gesundheit u. das Leben der EU-Bürger nachweislich aufs Spiel setzend, massenhaft als „Impfstoff“ bis hin zu den Kleinsten zur Anwendung kommt!

38. Darüber hinaus hat XYin seiner Nichtigkeitsklage nachgewiesen, dass für Comirnaty die klinischen Studien zum Zwecke der Bestätigung von Wirksamkeit u. Sicherheit einfach abgebrochen wurden.

Damit sind – entgegen der unwahren Behauptung der Kommission – die Wirksamkeit u. Sicherheit niemals nachgewiesen worden. S.o. unter Rdnr. 5.

39. Wäre Comirnaty von der Kommission nicht als „Impfstoff“ zugelassen worden, dann hätte Italien diese Substanz niemals in ein „Impfprogramm“ aufnehmen können.

....

59. Das Gericht geht in seinem Bemühen, dem XYdie Klagebefugnis abzusprechen, sogar so weit, zu behaupten (Rdnr. 56), dass mit dem Durchführungsbeschluss keine Einstufung des Arzneimittels Comirnaty als Impfstoff vorgenommen, sondern lediglich eine Zulassung für dieses Arzneimittel erteilt würde!

60. Das entspricht der Verkenning der rudimentärsten Prinzipien des Arzneimittelrechts, denn es ist exakt der Zulassungsbeschluss, mit dem die pharmazeutisch-therapeutische Klasse (Kategorie) des Arzneimittels rechtswirksam für Alle festgelegt wird, u. das Arzneimittel als dieser pharmazeutisch-therapeutischen Klasse (im konkreten Fall „Impfstoff“ versus „Arzneimittel für neuartige Therapie-Gentherapie“) zugehörig erklärt wird (siehe Art. 59 RL 2001/83/EG)!

...

62. Lt. Art. 8 RL 2001/83/EG muss dem Antrag auf Marktzulassung eines Arzneimittels u.a. folgendes beigelegt werden, da dies im Zulassungsbeschluss als wesentlicher Bestandteil miteinfließen muss u. dadurch Rechtswirkung erwirbt: Heilanzeigen, eine Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels nach Artikel 11) – im konkreten Fall bedeutet dies Impfung versus Arzneimittel für neuwertige Therapien (Gentherapie).

63. Lt. Artikel 11 RL 2001/83/EG muss in der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels (die wesentlichen u. integrierenden Bestandteil des Zulassungsbeschlusses bildet), neben der qualitativen u. quantitativen Zusammensetzung aus Wirkstoffen u. Bestandteilen, das Anwendungsgebiet u. vieles mehr angeführt werden.

64. Wenn das Gericht schreibt: „Soweit insb. in Anhang I des Durchführungsbeschlusses festgestellt wird, dass es sich bei diesem Arzneimittel um einen mRNA-Impfstoff handelt, dessen therapeutische Indikation die aktive Immunisierung bei Personen ab sechs Jahren zur Vorbeugung von Covid-19 verursacht durch SARS-CoV-2 ist, ist davon auszugehen, dass sich diese Informationen in die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels einfügen u.

damit die erteilte Zulassung konkretisieren“, dann ist das Ausdruck dafür, dass man offensichtlich dem Beschluss seinen effektiven Inhalt u. seine Bedeutung „auf Biegen u. Brechen“ abzuerkennen versuchte.

Denn, eine Marktzulassung wird nicht „konkretisiert“, sondern sie wird erteilt, oder nicht erteilt, u. zwar für ein Arzneimittel mit den in der Zulassung erklärten pharmazeutisch-therapeutischen Eigenschaften („Impfstoff versus Arzneimittel für neuartige Therapie – Gentherapie).

U. die in der Zulassung erklärten Merkmale des Arzneimittels haben allgemeine Gültigkeit, denn sie gelten nicht nur für das Antrag stellende Pharma-Unternehmen, sondern für die Mitgliedstaaten, sämtliche Behörden, das sanitäre Fachpersonal, die Impflinge.

65. Wie bereits oben (Rdnr. 28) ausgeführt, erklärt die Kommission selbst, dass die Packungsbeilage sich an die Impflinge/Anwender u. die Fachinformation an das Fachpersonal richtet.

66. Im Art. 59 RL 2001/83/EG ist vorgesehen, dass die Packungsbeilage in Übereinstimmung mit der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels erstellt wird. Sie muss u.a. zur Identifizierung des Arzneimittels die pharmazeutisch-therapeutische Klasse oder Wirkungsweise in einer für den Patienten leicht verständlichen Form enthalten.

67. In der Packungsbeilage wird Comirnaty, entgegen ihrer faktischen Wirkungsweise und Zusammensetzung, als Covid-19-mRNA-Impfstoff (Nukleosid-modifiziert) bezeichnet.

68. Sowohl die Fachinformation, als auch die Packungsbeilage sind im Falle von Comirnaty völlig irreführend!

69. Generell abstrakte u. unmittelbare Wirkung der Einstufung u. zulassungsprozeduralen Behandlung als (konventionellen) „Impfstoff“ einer in Wirkungsweise u. Zusammensetzung den Gentherapeutika analogen experimentellen Substanz.

70. Sowohl im angefochtenen Durchführungsbeschluss (Dok. A.1 Nichtigkeitsklage), als auch in den dazu gehörenden Anlagen (Dok. A.2 Nichtigkeitsklage), die einen wesentlichen u. integrierenden Bestandteil des Beschlusses darstellen, wird Comirnaty als „Impfstoff“ deklariert.

Dies hat eine abstrakt-generelle u. unmittelbare Wirkung, die keiner weiteren Durchführungsakte bedarf.

71. Denn auf der Basis dieser (s. Nichtigkeitsklage Rdnr. 28 ff.) völlig irreführend u. EU-rechtswidrig erfolgten arzneimittelrechtlichen Kategorisierung der Substanz Comirnaty, haben sich die zur Anwendung gebrachten Bestimmungen für die Marktzulassung, das äußerst reduzierte u. völlig unzureichende Risiko Management (RMP) u. die von den Behörden u. vom Gesundheitspersonal auszuübende absolut unzureichende Pharmakovigilanz allein nach den von der WHO für konventionelle Impfstoffe erstellten Richtlinien aus dem Jahr 2005 gerichtet!

72. Die desaströsen weitreichenden Konsequenzen des Durchführungsbeschlusses haben auch lt. den aus EudraVigilance hervorgehenden Daten, bereits für mindestens zig-zehntausende EU-Bürger den Tod u. für mindestens zig-hunderttausende Bürger sonstige schwere irreversible Schäden gebracht (Dok. B.1 Stellungnahme zur Einrede der Unzulässigkeit T-109/23). EudraVigilance wird aufgrund einer ausschließlich passiven Pharmakovigilanz nur mit extremst untererfassten Daten gespeist.

73. Der Durchführungsbeschluss hat eine generell abstrakte Wirkung, da mit ihm eine gefährliche experimentelle auf Gentechnik beruhende Substanz, die in der Wirkungsweise einem Gentherapeutikum entspricht, unter Umgehung sämtlicher Sicherheitsvorkehrungen u. Bedingungen, als „Impfstoff“ für die Anwendung auf die gesamte Bevölkerung, bis hin zu den Kleinsten, in der von der Kommission gepushten Covid-19-„Impfkampagne“ mit dem Prädikat „sicher“ auf den Markt gebracht wurde.

...

76. In der Nichtigkeitsklage hatte XYbereits unter Rdnr. 54 ausgeführt, dass **der wesentliche Unterschied zwischen dem Zulassungsverfahren eines gentechnischen Arzneimittels u. jenem für herkömmliche Impfstoffe vor allem darin besteht, dass bei gentechnischen Produkten, die zu berücksichtigenden Risikofaktoren, u.a. der Grad der Integration von Nukleinsäuresequenzen oder Genen in das menschliche Genom, die Langzeitfunktionsfähigkeit u. das Onkogenitätsrisiko sind.**

77. Aus Anhang I zum angefochtenen Durchführungsbeschluss (Dok. A.2 Nichtigkeitsklage T-109/23) geht unter Pkt. 5.3. ausdrücklich hervor, dass **weder Genotoxizitäts- noch Karzinogenitätsstudien durchgeführt** wurden.

78. Aus dem Assessment Report zu Comirnaty geht hervor, dass diese Studien nicht gemacht wurden, weil sich die EMA einfach an die WHO Guidelines für konventionelle Vakzine (2005) gehalten hat! (s. Nichtigkeitsklage Rdnr. 86 ff.).

79. Der Schutz des menschlichen Genoms ist aufgrund seiner fundamentalen Wichtigkeit auf supranationaler u. internationaler Ebene verankert. S. hierzu das Übereinkommen über Menschenrechte u. Biomedizin des Europarates von 1997, sowie die Allgemeine Erklärung über das menschliche Genom u. die Menschenrechte der 29. UNESCO Generalkonferenz November 1997.

80. Generell abstrakte u. unmittelbare Wirkung aufgrund der groben kriminellen Täuschung u. der grundsätzlichen Verhinderung einer informierten u. daher freien Zustimmung zur Injektion der Substanz.

81. Auf gemeinschaftlicher u. internationaler Ebene ist das Grundrecht der Menschen verankert, dass ohne ihre freie u. informierte Zustimmung keine pharmakologischen Experimente mit ihnen vorgenommen werden dürfen (VO (EU) Nr. 536/2014, Nürnberger Kodex, Nichtigkeitsklage Rdnr. 135 ff.).

82. Durch eine der faktischen Wirkungsweise von Comirnaty nicht entsprechende Kategorisierung als „Impfstoff“ wird die Bevölkerung der EU aufs Gröbste getäuscht u. kann daher keine freie Zustimmung zur Injektion dieser Substanz geben!

83. U. dies unabhängig von etwaigen auf Ebene der Mitgliedsstaaten vorgesehenen Covid-19-„Impfpflichten“, um die es im vorliegenden Fall nicht geht!

84. Die aufs Gröbste getäuschte Bevölkerung der EU wurde u. wird durch den Durchführungsbeschluss *de facto* einem kriminellen pharmakologischen Massenexperiment ausgesetzt.

Diese generell abstrakte Wirkung bedarf keines Durchführungsaktes, sondern ergibt sich direkt u. unmittelbar aus dem Durchführungsbeschluss.

85. Der Durchführungsbeschluss verletzt radikal die **VO (EU) Nr. 536/2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln**, als auch des **Nürnberger Kodexes** darstellt.

86. Die Vortäuschung falscher Tatsachen im angefochtenen Durchführungsbeschluss führt automatisch zu einer massenhaft unfreiwilligen Behandlung mit einer experimentellen Substanz.

87. Der EU-Bevölkerung werden seit 27.12.20 (Auftakt der EU-weiten „Impfkampagne“) experimentelle Substanzen, die in ihrer Zusammensetzung (Nukleinsäuresequenz) u. Wirkungsweise (gentechnische Manipulation) einem Gentherapeutikum entsprechen (Nichtigkeitsklage Rdnr. 28 ff.), gespritzt, ohne dass die Bevölkerung darüber aufgeklärt wurde u. wird, u. ohne, dass die Bürger hierzu ihre informierte u. daher freie Einwilligung gegeben hätten u. geben!

88. *De facto* wurden die EU-Bürger mit dem angefochtenen Durchführungsbeschluss von der Position eines Menschen mit seinem Grundrecht auf Leben u. Gesundheit sowie seiner zu garantierenden menschlichen Würde, zu Labortieren degradiert.

...

90. Eine generell abstrakte unmittelbare Wirkung mit **krimineller Relevanz** entfaltet der Durchführungsbeschluss (Dok. A.1. u. A.2. Nichtigkeitsklage T-109/23) auch deshalb, weil mit ihm, **trotz des Umstandes, dass die für die Bestätigung der propagierten Wirksamkeit u. Sicherheit (u. damit des propagierten positiven Nutzen/Risiko-Verhältnisses von Comirnaty) zunächst im Durchführungsbeschluss vom 6.1.21 (Dok. A.5 u. A.6 Nichtigkeitsklage T-109/23) u. den nachfolgenden Durchführungsbeschlüssen auferlegten klinischen Studien niemals gemacht wurden, dennoch eine unbedingte Marktzulassung für fünf Jahre (verlängerbar) erteilt wurde.**

91. Die Placebo-Gruppen wurden wenige Monate nach Beginn der „Impfkampagne“ mit dem zynischen Vorwand, man könne aus ethischen Gründen die Teilnehmer der Kontroll-Gruppe keinem Covid-19-Erkrankungsrisiko aussetzen, aufgelöst (Nichtigkeitsklage Rdnr. 123 ff.).

92. Mit dem Durchführungsbeschluss hat die Kommission in brutalster Verletzung fundamentaler Prinzipien des EU-Arzneimittelrechts Comirnaty für fünf Jahre u. verlängerbar, ohne Bedingungen, für die Massenanwendung an der EU-Bevölkerung zugelassen, obwohl für diese Substanz niemals mit klinischen Studien die Wirksamkeit u. Sicherheit bestätigt wurden.

93. Zynischer u. krimineller, weil ca. 451 Millionen EU-Bürger täuschend u. potentiell schädigend, geht es wohl kaum!...“ (Zitat Ende, Unterstreichungen teilweise hinzugefügt)

Beweis: wie vor (Anlage K 7B)

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen vollumfänglich auf die Rechtsausführungen in der Anlage K 7B verwiesen.

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/>

Zu diesen unfassbaren Vorgängen in der sich selbst karikierenden Arzneimittel-„Aufsicht“ fallen mir einige Zitate von Shakespeare ein, der in seinen Werken wiederholt Anlass hatte, das Phänomen der Amtswillkür zu beschreiben:

„Die böse Tat, verübt durch Amtsgewalt, Ist Sünde und Anstiftung; hüll' einen Affen in Stoff, und der Kleidung Schönheit läßt das Tier noch lächerlicher wirken. . . Lilien, die faulen, stinken mehr als Unkraut (Shakespeare, aus: Antonius und Cleopatra)

„...der stolze Mensch in kleine, kurze Amtsgewalt gekleidet, erkennt, was ihm am nächsten, seine Spiegelseele, und wie ein wütender Affe spielt er solchen Irrsinn vor dem hohen Himmel, dass die Engel weinen, die, wären sie wie wir, sich alle sterblich lachen würden (Shakespeare, aus: Maß für Maß)

IV. Produktion

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.).

Die Beklagte hat in dem „**Assessment report**“ der EMA vom 19.2.2021 zu Comirnaty, der im Volltext unter dem Link

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf

abrufbar ist, auch offen eingestanden, dass es zwei Herstellungsprozesse gibt und diese als „Prozess 1“ und „Prozess 2“ deklariert.

So heißt es in dem vorgenannten Assessment report der EMA vom 19.2.2021 auf Seite 18 unter der Überschrift „Manufacturing process development“ (dt.: Entwicklung von Herstellungsverfahren) u.a. **(Zitat)**:

„Two active substance processes have been used during the development history; Process 1 (clinical trial material) and Process 2 (commercial process).“ (Übersetzung: „Während der Entwicklungsgeschichte wurden zwei Wirkstoffverfahren verwendet: Verfahren 1 (klinisches Versuchsmaterial) und Verfahren 2 (kommerzielles Verfahren).“

In dem gleichen Assessment report heißt es zur vor auf Seite 17 unter der Überschrift „Process validation“ u.a. **(Zitat)**:

„In comparability studies, a decrease in RNA integrity was observed for the initial Process 2 batches compared to Process 1 batches.“ (Übersetzung: „In Vergleichbarkeitsstudien wurde bei den ersten Chargen von Prozess 2 im Vergleich zu den Chargen von Prozess 1 eine Abnahme der RNA-Integrität festgestellt.“

Weiter heißt es dort auf Seite 17 **(Zitat)**: „The robustness of the DNase digestion step is not considered comprehensively demonstrated although there is routine control of residual DNA impurities at the active substance level. It has been confirmed that studies to enhance the robustness of this step are ongoing and these should be reported **(REC7)**.“ (Übersetzung: „Die Robustheit des DNase-Verdauungsschritts wird nicht als umfassend nachgewiesen angesehen, obwohl es eine Routinekontrolle von Rest-DNA-Verunreinigungen auf Wirkstoffebene gibt. Es wurde bestätigt, dass Studien zur Verbesserung der Robustheit dieses Schritts durchgeführt werden, über die berichtet werden sollte **(REC7)**.“)

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.

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:

Sachverständiges Zeugnis von Prof. Dr. Werner Bergholz, ...

...

Er unterrichtet aktuell praktisches Qualitätsmanagement an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg und hat u.a. im internationalen Normungskomitee IEC TC113 Nanoelectronics (wo er Assistant Secretary ist) eine QM-basierte Strategie und praktische Vorgehensweise eingeführt. Bei Siemens hat er über 100 QM-Audits bei Lieferanten durchgeführt, aktuell - im Rahmen seiner Firmentätigkeit – auch noch in 2019 in China QM-Audits bei Graphen Herstellern.

Jedenfalls wird mit Nichtwissen bestritten, dass die Beklagte bei der (Massen-)Produktion von Comirnaty auch nur ansatzweise die geltenden Standards eingehalten hat.

Falls die Beklagte einwenden möchte, das PEI habe die von ihr produzierten Chargen doch stets gewissenhaft geprüft, schon jetzt ein paar grundsätzliche Klarstellungen zur „Qualität“ der „staatlichen Chargenprüfung“ durch das PEI.

Prof. Dr. Martin Schwab hat in seinem Schriftsatz an das BVerwG vom 20.7.2022 zu Anlage K 6 ab Seite 8 festgehalten, was Dr. Ralf Wagner vom PEI vor dem BVerwG am 6.7.2022 ergeben hatte. Dort heißt es (Zitat):

„4. Verunreinigungen? „Prüfen wir nicht!“

Die Injektionen von BioNTech/Pfizer sind, so Herr Wagner, eine weiße bis grauweiße Dispersion. Herr Prof. Dr. Jörg Matysik, der schon vor Monaten zusammen mit einigen Kollegen diesbezüglich kritische Fragen an das PEI und das RKI gestellt hatte (ohne bis heute darauf eine auch nur halbwegs brauchbare Antwort erhalten zu haben), wollte wissen, wie das PEI denn feststelle, ob der Impfstoff einer Charge noch weiß genug oder schon zu grau sei. Herr Wagner antwortete, die Probe werde gegen einen weißen und gegen einen schwarzen Hintergrund gehalten. Eine genauere Messung der Farbgebung finde nicht statt.

Das mag eine probate Methode bei einem Chemie-Experimentierkasten für Kinder im Grundschulalter sein. Für die Chargenprüfung durch eine Behörde, die einen neuartigen Impfstoff zu überwachen hat, ist dieses dilettantische Vorgehen schlicht indiskutabel.

Unsere Frage, ob das PEI die Chargen auf Verunreinigungen überprüfe, verneinte Herr Wagner: Die Impfstoffe bestünden aus so wenigen Ausgangsmaterialien, dass sich eine Kontrolle, ob der Impfstoff verunreinigt sei, erübrige. Auf unseren Hinweis, dass im BioNTech-Impfstoff unter dem Mikroskop Graphen-Oxid, quadratische Objekte und Lametta-artige Fäden gefunden worden seien, erwiderte Herr Wagner, der Impfstoff werde beim Hersteller auf Partikel getestet; eine eigene diesbezügliche

Prüfung beim PEI finde nicht statt. Wie bereits erwähnt, hielt Herr Wagner es nicht für nötig, solchen Hinweisen nachzugehen, solange diese nicht durch Studien erhärtet seien, die eine Peer Review durchlaufen hätten.

Möglicherweise fehlt es beim PEI am Vorhandensein einer geeigneten Ausrüstung, um die erforderlichen Prüfungen selbst vornehmen zu können. Herr Prof. Dr. Jörg Matysik richtete die dringende Anregung an Herrn Wagner, das PEI möge sich einmal ein Raman-Spektroskop (sc.: das benötigt wird, um Graphen-Oxid zu erkennen) anschaffen.

Auch für weitere Ungereimtheiten ließ Herr Wagner kein Problembewusstsein erkennen. Der erlaubte Größenbereich für die Lipid-Nanopartikel, in denen die mRNA verpackt wird, ist mit 40 bis 120 Nanometern definiert. Herr Matysik meinte, in diesem Größenbereich müsse man eigentlich Farben statt einer milchig-grauen Erscheinung sehen. Herr Wagner meinte nur, dazu habe er keine Erklärung; die Substanz sei halt nun einmal grau. Herr Matysik fragte Herrn Wagner außerdem, ob Herr Wagner diesen (man muss in Wirklichkeit sagen: sehr weit bemessenen) Größenbereich für angemessen definiert halte. Herr Wagner erwiderte, das sei für ihn uninteressant, wichtig sei nur, ob das PEI die Möglichkeit habe, die Einhaltung dieses Größenbereichs zu prüfen, und diese Möglichkeit sei gegeben. Herr Matysik fragte außerdem, ob es wirklich in Ordnung sei, dass das erlaubte Intervall für den pH-Wert 1 sei (nämlich 6,9 bis 7,9), obwohl Abweichungen innerhalb dieses Intervalls erhebliche Unterschiede in den biologischen Eigenschaften nach sich ziehen könnten. Herr Wagner erwiderte ohne nähere Begründung, er halte das Intervall angemessen. Herr Wagner hatte auch kein Problem damit, dass der zulässige Gehalt intakter mRNA um den Faktor 2 schwanken kann.“ (Zitat Ende)

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Prof. Dr. Werner Bergholz, wie vor
Anwaltliche Versicherung des Unterzeichners

Prof. Dr. Bergholz hat damals in meinem Beisein weitestgehend die Befragung von Dr. Ralf Wagner übernommen.

An die Antworten von Dr. Ralf Wagner vom PEI kann ich mich als damals mandatführender Anwalt noch sehr gut erinnern. Prof. Dr. Martin Schwab, der die Antworten von Dr. Wagner in seinem o.g. Schriftsatz fixiert hat, sicherlich auch.

Jetzt weiß das erkennende Gericht, wie die „Chargenprüfung“ bzw. „Gegenprüfung“ des PEI in Wahrheit aussieht. Die stark schwankende Qualität der in den Verkehr gelangten Chargen beweist, was von welcher Qualität das „Chargenfreigabeprotokoll“ der Beklagten ist. Die Chargenprüfung der Beklagten ist also so mangelhaft, dass sie die längst erwiesenen Verunreinigungen bis heute nicht festgestellt haben will, und das PEI hat nichts unternommen, was man als ernstzunehmende „staatliche Chargenprüfung“ bezeichnen könnte.

Zu anderen Aspekten der Produktion, z.B. dass nur die Hälfte der mRNA intakt sein muss, siehe u.a.:

<https://tkp.at/2022/11/20/die-inhaltsstoffe-von-mrna-praeparaten-graphen-gallium-gold-und-silber-oder-nur-lipid-nanopartikel-mit-mrna/>

Im Übrigen wird zur Beschreibung des Herstellungsprozesses als Grundlage des möglichen Schadenpotentials von Comirnaty und die hierbei besonders zu beachtenden Produktionsschritte mit Gefahrpotential zur Vermeidung von Wiederholungen auf die bereits o.g. **Anlage K 23** und dort insbesondere auf die Gliederungspunkte 1.3 (ab Seite 8) und 1.4 (ab Seite 12) verwiesen.

Hierzu bleibt weiterer Vortrag mitsamt weiteren Beweisanträgen ausdrücklich vorbehalten.

Das Vorkommen derart starker Verunreinigungen bei der Herstellung gentechnischer Injektionen ist auch nicht neu. So hat der Autor mit dem Pseudonym „A MIDWESTERN DOCOTOR“ in seinem Beitrag vom 12.12.2024 mit dem Titel **„The HPV Vaccine Disaster Was A Blueprint For COVID-19“** Parallelen zu dem Disaster bei Gardasil und Polio-Impfstoffen ausgemacht (**Zitat**):

„Bisher habe ich argumentiert, dass Impfstoffe „krank“ machen können, weil sie das Immunsystem schwächen und die Anfälligkeit für eine Infektion erhöhen oder eine bereits bestehende Infektion außer Kontrolle geraten lassen. Ich glaube zwar, dass dies das Hauptproblem ist, aber es gibt noch ein weiteres Problem: Die Herstellung von Impfstoffen ist von Natur aus ein schmutziger Prozess. Aus diesem Grund werden unweigerlich kontaminierte „heiße“ Chargen freigesetzt, die viele Menschen krank machen oder töten (ein immer wiederkehrendes Problem, das letztlich dadurch „gelöst“ wurde, dass die Regierung den Herstellern rechtliche Immunität gewährte).

Die Herstellung gentechnisch veränderter Impfstoffe (z. B. Gardasil) erfordert synthetische DNA (Plasmide), die häufig nicht aus dem Endprodukt herausgefiltert werden (dies ist z. B. ein wiederkehrendes Problem bei heißen Impfstoffchargen). Noch schlimmer ist, dass diese Plasmide häufig mit Adjuvantien vermischt sind, die sie in die Zellen einschleusen und einen gefährlichen Teil des SV40-Virus enthalten, der sie in den Zellkern zieht, wodurch sie sich in das menschliche Genom integrieren können (dies wurde z. B. bei den COVID-Impfstoffen nachgewiesen).

Anmerkung: Die frühen Polio-Impfstoffe waren mit dem krebserregenden SV40-Virus kontaminiert, aber trotz der Warnungen, es nicht zuzulassen, hat die Regierung es trotzdem freigesetzt, was letztendlich zu Millionen von Krebserkrankungen führte. Leider übertrifft die derzeitige COVID-Impfstoff-Krebswelle sogar diese Zahl:

Auch bei Gardasil gab es zahlreiche Fälle, in denen bei einem jungen geimpften Mädchen (das z. B. plötzlich verstarb) HPV-Plasmid-DNA im Körper entdeckt wurde, und diese Plasmide wurden in jedem HPV-Impfstoff gefunden, der darauf getestet wurde (was dazu führte, dass die Regierung nicht mehr ihr Vorhandensein leugnete, sondern darauf bestand, dass sie „sicher“ seien)...(**Zitat Ende**)

Quelle: <https://www.midwesterndoctor.com/p/the-hpv-vaccine-disaster-was-a-blueprint>

Ob die Anfragen von Dr. Sabine C. Stebel zur Chargenkontrolle verwertbare Antworten ergeben werden bleibt abzuwarten, siehe:

<https://tkp.at/2024/09/19/corona-impfstoffe-ordentlich-geprueft/>

V. Vertrieb / Erkenntnisse nach der Zulassung

Zur Arzneimittelüberwachungspflicht der Beklagten wird nachfolgend zur Rechtslage weiter ausgeführt.

1.

a)

Auch die **Strafanzeige der schweizer Rechtsanwälte Kruse Law vom 7.2.2024** hat hinreichend darüber aufgeklärt, **dass und – spätestens – ab wann und warum** den für die Arzneimittelsicherheit Verantwortlichen des PEI bekannt sein musste, dass diese Covid-19Injektionen **bedenkliche Arzneimittel im Sinne des § 5 AMG** (Bitte Gesetzestext lesen!) 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 7.2.2024 heißt es auf Seite 119 unter Randnummer 325 (**Zitat**):

„2.1.3.1 Massive Nebenwirkungen, erhebliche Underreporting-Gefahr [ER N 470 ff.]

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 1'223 Todesfällen** im Zusammenhang mit der «Impfung». Diese Zahlen allein waren schon höchst alarmierend und hätten – was hinten N 357 ff. und N 354 f. aufgezeigt wird – in früheren Zeiten zum **umgehenden Zulassungsstopp** geführt....“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

Strafanzeige in der Anlage K 3A

Ergänzend sei präzisiert: Der o.g. Pfizer-Report trägt die Bezeichnung „**Cumulative Analysis of Post-Authorization adverse Event Reports of PF-07302048 (BNT162B2)**“ und datiert auf den **28.2.2021 (!)**. Er wurde – wie bereits oben festgestellt - nur ca. 2 1/2 Monate nach Marktzulassung erstellt, und er weist auf Seite 7 tatsächlich insgesamt **1.223 (!) Tote** („Fatal“) aus.

Anlage K 15 A

Die Anlage K 15 A ist auch auf meiner Homepage abrufbar unter:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2024/10/beA1AnlageK15A.pdf>

Alleine 1.223 Tote – wobei die sonstigen Nebenwirkungen noch gar nicht benannt sind – hätten jede Arzneimittelbehörde der Welt dazu zwingen müssen, den weiteren Vertrieb dieses höchst gefährlichen „Arznei“-Mittels sofort zu unterbinden.

Aber hierzulande erklärte ein „Gesundheits“-Minister bis in den Juni 2022 hinein, diese Geninjektionen wären „nebenwirkungsfrei“.

ALLEINE SCHON DURCH DIESE LÜGE, DURCH DIE DIE MENSCHEN IN DIESEM LANDE VORSÄTZLICH UND SYSTEMATISCH GETÄUSCHT WORDEN SIND, IST DIE GESUNDHEIT UND DAS LEBEN VON UNZÄHLIGEN MENSCHEN ZERSTÖRT WORDEN.

DIE ZUSTÄNDIGEN STAATSANWALTSCHAFTEN IN DIESEM LAND HÄTTEN ALLEINE SCHON WEGEN DIESER LÜGE VOR JAHREN DIE ERMITTLUNGEN AUFNEHMEN UND AUCH HAFTBEFEHLE BEANTRAGEN MÜSSEN.

b)

Die Expertin Dr. Sabine C. Stebel hierzu 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 PlaceboGruppe...

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 C. Stebel, wie vor

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.

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, gestrichen^{iv}. 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^v 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-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

4.

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 modRNA 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-modRNA-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 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^{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

5.

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, ...

....

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.

6.

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 werdenxxxix. 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

7.

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-EhrlichInstitutes (PEI), Klaus Cichutek, war damals mit an der Aufklärung eines spektakulären Todesfalls durch Zytokinsturm wegen Gentherapie mit Adenoviren beteiligtxli. 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 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/>

Beweis:

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

8.

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

9.

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)

10.

Aus der am 19.9.2023 publizierte Studie mit dem Titel „**Assessment of Myocardial ^{18}F -FDG Uptake at PET/CT in Asymptomatic SARS-CoV-2-vaccinated and Nonvaccinated Patients**“ ergibt sich:

Jeder (!) Injizierte zeigt nach der 2. "Impfung" Zeichen der Myokarditis.

Quelle:

<https://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/radiol.230743#:~:text=Vaccinated%20patients%20had%20overall%20higher,001>)

Das gilt dann also auch für Piloten.

D) Keine Aufsicht, kein Hinterfragen, keine Aufklärung

Dr. Marty Makary erklärte nach seiner Nominierung zum FDA-Kommissar:

„Der größte Verursacher von Fehlinformationen während der Covid-Pandemie war die Regierung der Vereinigten Staaten (und Kanadas). Die Beamten des öffentlichen Gesundheitswesens waren intellektuell unehrlich. Sie haben die amerikanische (und kanadische) Bevölkerung belogen.“

Quelle:

<https://t.me/RAWilfriedSchmitz/272>

I. 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-Verschwörung“ 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 Pharmaindustrie ist von allen kritischen Portalen erkannt und auch entsprechend gewürdigt worden, siehe u.a.:

a)

Wie schon einleitend gesagt: Eine sehr gute Zusammenfassung des katastrophalen Versagens von PEI und RKI findet sich in dem Beitrag des Kollegen Sebastian Lucenti und der Kollegin Dr. Meyer Hesselbarth mit der Überschrift „**Die Pandemie der Unmenschlichkeit und die Folgebereitschaft der Justiz - Quo vadis, justitia?**“, der am 22.9.2024 auf cicero.de veröffentlicht worden ist:

https://assets.cicero.de/2024-09/2024-09-23_Entwurf_Gastbeitrag%20RA%20Lucenti%20u%20RAin%20Dr.%20Meyer-Hesselbarth_Endfassung_Cleanversion.pdf

Diesem Beitrag kann auch entnommen werden, warum die Datenmanipulateure des RKI und PEI in gerichtlichen Verfahren grundsätzlich wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden sollten.

b)

<https://tkp.at/2023/01/20/corona-impfstoffe-zeigen-das-voellige-versagen-staatlicher-aufsicht-ueber-die-industrie/>

c)

<https://tkp.at/2024/02/21/ema-zu-dna-verunreinigungen-glaubt-uns-einfach-nicht-relevant-evidenz-unnoetig/>

d)

<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 ...

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 Moleküllwissenschaften 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 angegeben Bezugsquellen im Blogtext verlinkt sind.

Vor diesem Hintergrund erlaube mir ein paar ergänzende Anmerkungen zum pharmafreundlichen Delta aus EMA, PEI und RKI:

1.

Die EMA

1.1

Ergänzend zu dem schon oben Gesagten 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?

Das gesamte Verhalten der EMA bestätigt den Verdacht, dass sie eine von der Pharmaindustrie okkupierte Einrichtung ist, zumal sie bis heute (Stand 7.2.2025) Daten zur Sicherheit der Covid-19-Injektion zurückhält, vgl.:

<https://tkp.at/2025/02/07/eu-behoerde-haelt-informationen-zur-sicherheit-von-medikamenten-geheim/>

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:

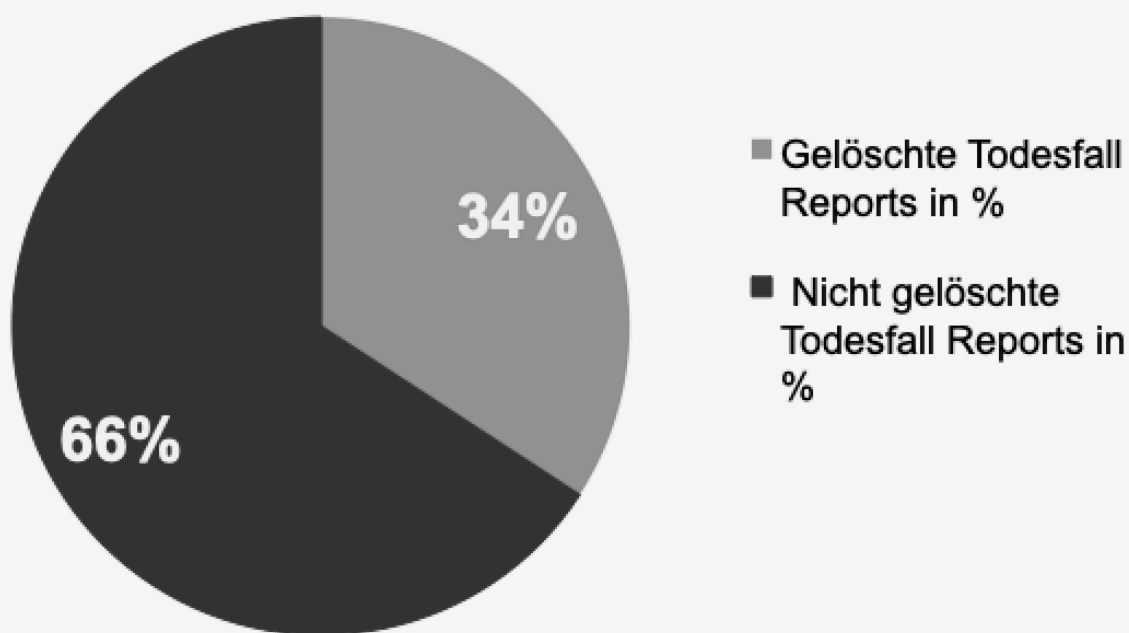
- 34% Todesfälle
- 30% Lebensbedrohliche Fälle
- 23% Andauernde Folgeleiden
- 25% Krankenhausaufenthalt

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.

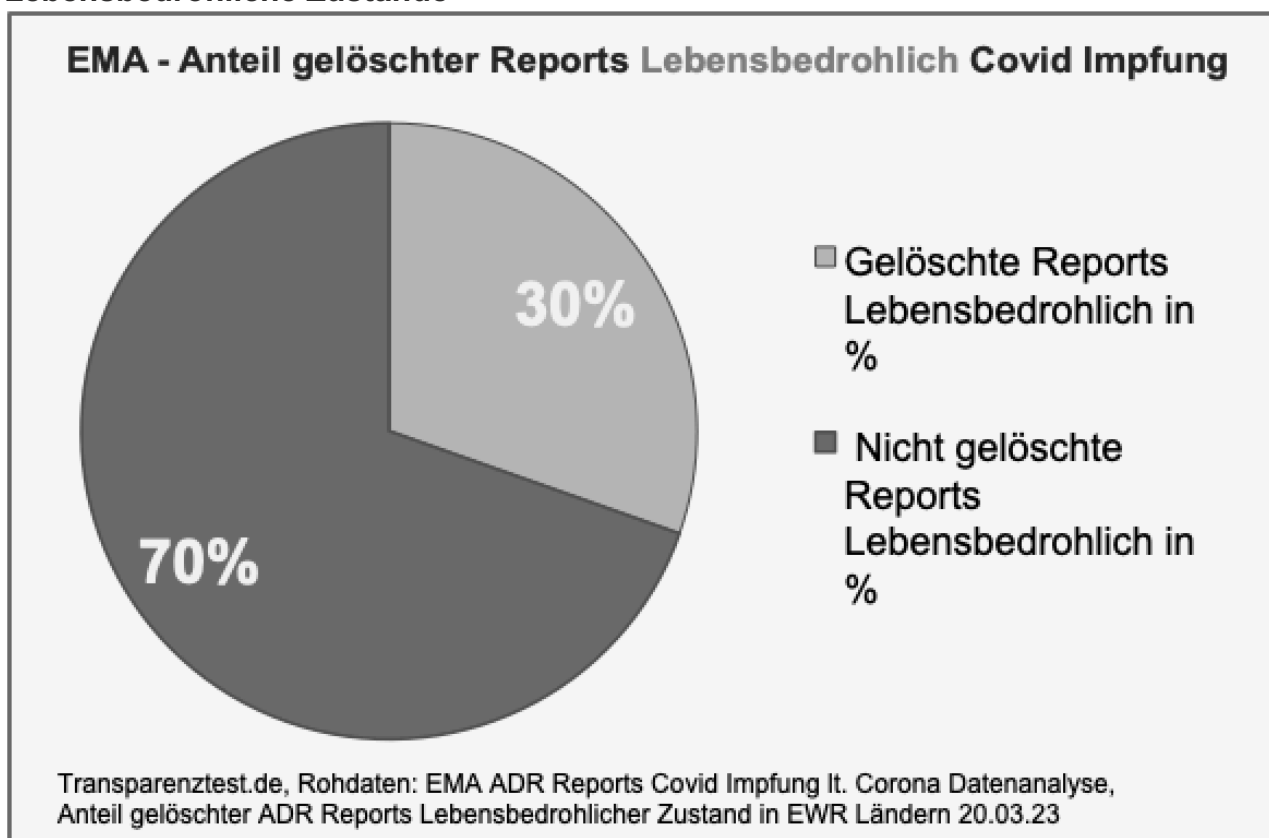
EudraVigilance ist die Datenbank für Arzneimittelnebenwirkungen der Europäischen Arzneimittelbehörde (EMA). Anders als in den Sicherheitsberichten der nationalen Arzneimittelbehörden besteht in diesem Webinterface die Möglichkeit, die einzelnen Nebenwirkungsfälle in einer Tabelle, dem Line Listing Report, 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

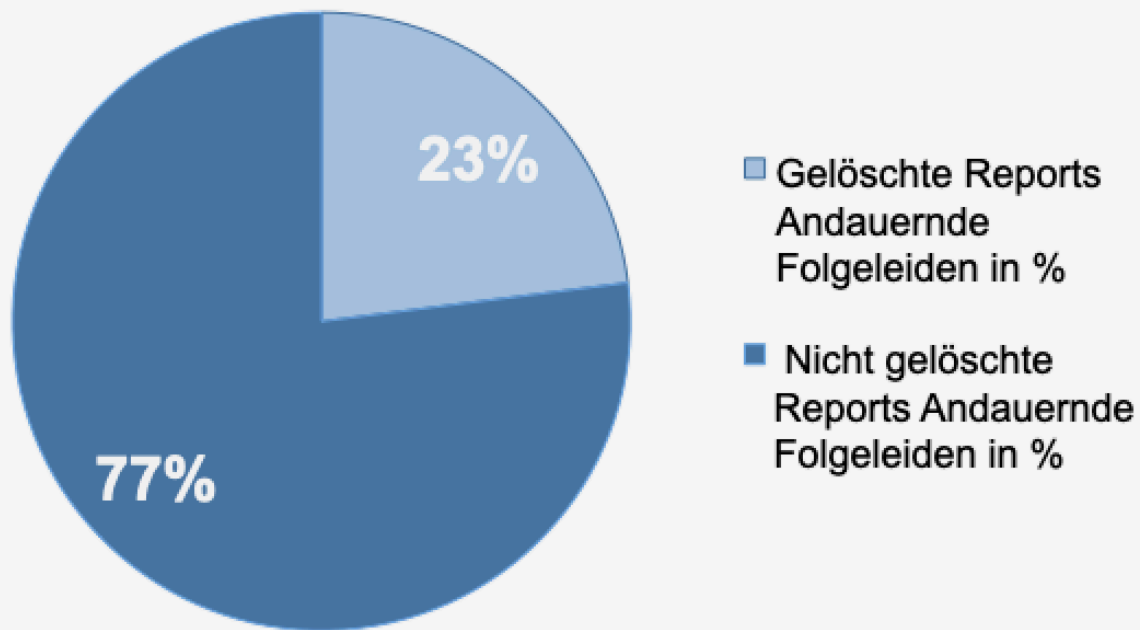
Lebensbedrohliche Zustände



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

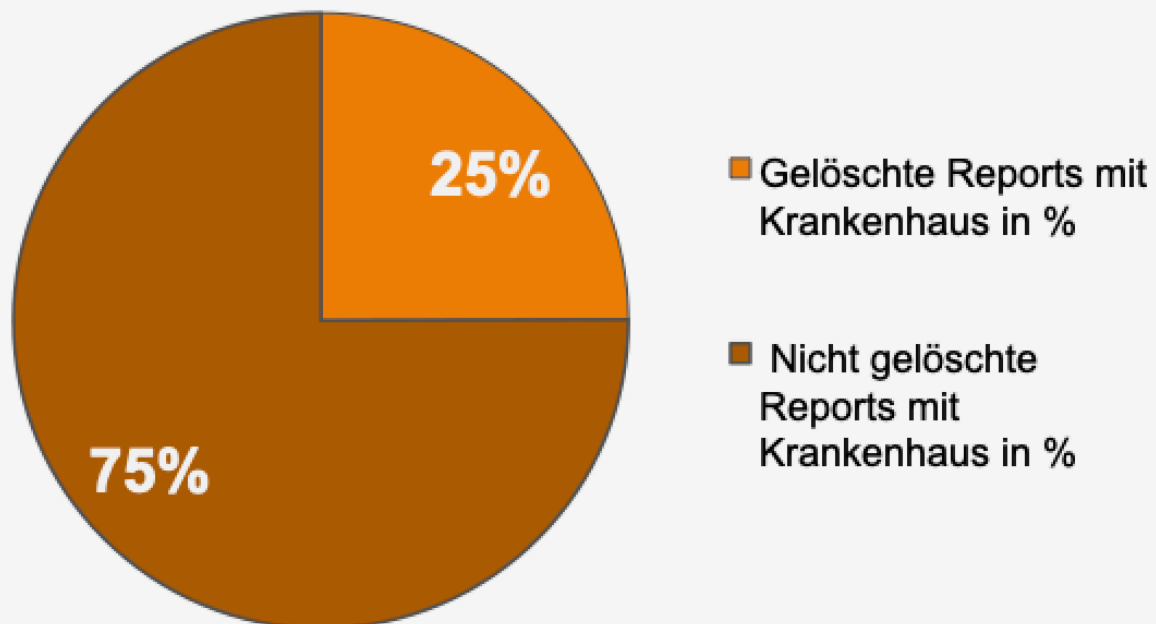


Transparenztest.de, Rohdaten: EMA ADR Reports Covid Impfung lt. Corona Datenanalyse, Anteil gelöschter ADR Reports Andauernde Folgeleiden in EWR Ländern 20.03.23

Der Anteil gelöschter Verdachtsfall-Reports zu "Andauernde Folgeleiden" nach Covid Impfung entspricht 23% an allen Reports hierzu.

Krankenhaus

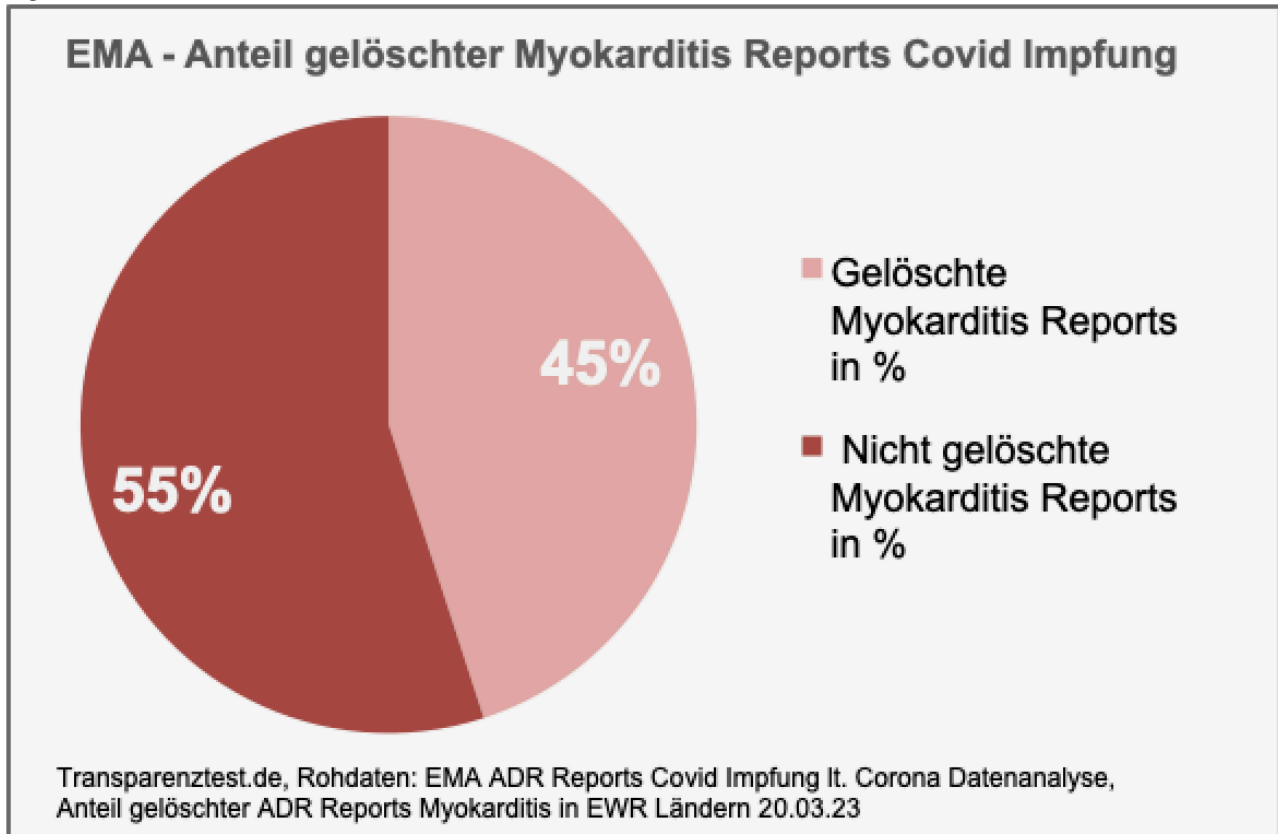
EMA - Anteil gelöschter Reports Krankenhaus Covid Impfung



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 Arneimitteldatenbanken 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-streichen/>

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/>

Auch der niederländische Wouter Aukema bestätigte umfangreiche Manipulationen in mehreren „Impf-Datenbanken“. In dem tkp.at-Artikel vom 11.11.2024 mit dem Titel „**Datenbetrug: Ema löschte Impf-Tote**“ heißt es hierzu (**Zitat**):

„...Er informierte mich exklusiv darüber, dass nach seinem systematischen Herunterladen der Daten von EudraVigilance (das Sicherheitsberichte aus der ganzen Welt, nicht nur aus der EU, enthält) **40 % der weltweiten Berichte über schwerwiegende Sicherheitsfälle (einschließlich Krankenhausaufenthalte und Todesfälle) im Zusammenhang mit Covid-Impfstoffen (nur) von Oktober 2021 bis November 2022 aus der Datenbank der Europäischen Arzneimittel-Agentur gestrichen wurden. Darüber hinaus wurden die Sicherheitsberichte auch rückwirkend nach ihrem Datensperrpunkt (DLP) geändert...**“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2024/11/11/datenbetrug-ema-loeschte-impf-tote/>

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

Es wird der weiteren juristischen und parlamentarischen Aufarbeitung vorbehalten bleiben, ob die EU-Kommission tatsächlich Sicherheitsprüfungen von Covid-19-Injektionen unterdrückt hat, wie apollo-news am 26.4.2025 unter Berufung auf eine nicht namentlich genannte Quelle berichtet hat, siehe:

<https://apollo-news.net/eu-kommission-unterdrckte-bewusst-sicherheitsprfungen-von-covid-impfstoffen/>

Auch die EU-Kommission müsste nach solchen Vorhaltungen offen legen, wann, wo und von wem welche Sicherheitsprüfung durchgeführt wurden.

1.5

All das müssen erkennende Gerichte 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-Vertreters 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...“

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.mwgfd.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 „Auffrischung“ 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 Datenfuscherei 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

Die Expertin Dr. Sabine Stebel hat ihre Erkenntnisse zur Realitätsverweigerung des RKI in ihrem Substack vom 13.2.2025 mit dem Titel „**Was nicht sein kann, was nicht sein darf**“ zusammengefasst, wo es unter Gliederungspunkt 2. auch unter Bezugnahme auf das Gutachten des Sachverständigen Dr. Kremer zu Anlage K 4 u.a. heißt (**Zitat**):

„Ab welchem Zeitpunkt hätte dem RKI und allen, die gelernt haben, Studien zu lesen, klar sein müssen, dass diese Genimpfungen keinen Nutzen haben? Diese Frage ist recht einfach zu beantworten: Es war an genau jenem Tag Ende Dezember 2020, an welche Pfizer seine Studie^[17] veröffentlichte. Aus der Studie konnte man errechnen, wann der break-even point für Risiko und Nutzen erreicht wäre, als der Zeitpunkt, wo sich das Nebenwirkungsrisiko mit dem Erkrankungsrisiko die Waage hält. Dieser Zeitpunkt wäre nach vier Jahren gewesen.^{[18] [19]}...“ (**Zitat Ende**)

https://drbine.substack.com/p/weil-nicht-sein-kann-was-nicht-sein#_edn17

Beweis:

Zeugnis der Sachverständigen Dr. Sabine C. Stebel, wie vor

Nachweislich wussten Drosten und Lauterbach auch frühzeitig davon, dass die der Spikeproteine, die die Covid-19-Injektionen bilden, ACE2 binden und die Organe schädigen, siehe Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 20.3.2025:

<https://drbine.substack.com/p/ab-osterhaus-dr-osten-und-karlchen>

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf den vollständigen Inhalt dieses Substack Bezug genommen, womit er zum klägerischen Vortrag erhoben werden soll.

Die politische Korrumpierung und das systematische Totalversagen des RKI werden alleine schon durch diesen Substacks eindeutig belegt. Die Wahrheit verhöhnt, wer dem angesichts dieser Fakten immer noch als unfehlbare und unabhängige Autorität in Bezug nimmt-

2.4

Zudem musste die Bundesregierung am 4.8.2023 einräumen:



Das muss dann natürlich 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 Spikesnachweislich 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-pei-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. die bereits o.g. Links:

<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>

Das PEI hat auch behauptet, dass das PEI Hilfsstoffe wie die Substanzen ALC-0315 bzw. ALC-0159 im Hinblick auf ihre „Eignung für die Anwendung vom Menschen“ „sorgfältig geprüft“ haben will.

Mit Freude und Spannung sehe ich dem Tag entgegen, wo ein Vertreter des PEI vor einem erkennenden Gericht im Detail erläutern wird, wie diese „sorgfältige Prüfung“ denn im Detail ausgesehen hat.

Zu dieser Thematik hat die sachverständige Zeugin Dr. Sabine Stebel am 18.12.2023 einen Beitrag mit dem Titel **„Entweder hat das PEI wirklich absolut keine Ahnung, oder es lügt wie gedruckt - Jeder einzelne Satz auf dieser Webseite ist eine Lüge. Ich bin schwer beeindruckt.“** veröffentlicht, den ich hier im Volltext als

Anlage K 22

überreiche.

Fassen wir noch einmal ein paar traurige Höhepunkte des Totalversagens des PEI stichwortartig zusammen. Die Liste ist lang. Es ist also zu hoffen, dass alle relevanten Punkte irgendwann umfassend in dem Bericht eines Untersuchungsausschusses und einer Anklageschrift einer Staatsanwaltschaft abgearbeitet werden. Hier also nur ein paar Punkte:

a)

Das PEI hätte niemals zulassen dürfen, dass die modRNA-Injektionen in Deutschland vertrieben werden.

Schon auf Grund der eigenen Daten der Zulassungsstudien Wirkstoffhersteller BioNTech und Moderna war eindeutig klar, dass ihre Produkte keinen Nutzen haben, aber mit extrem hohen Risiken sind (siehe u.a. Gutachten Dr. Kremer in Anlage K4)

b)

Die Verantwortlichen des PEI wussten, dass es bei der Produktion der Covid-19-modRNA-Injektionen zu Verunreinigungen kommen kann und welche Gesundheitsgefahren damit verbunden sind.

So heißt es in einer Pressinformation des Medizinischen Behandlungsverbundes (MBV) vom 18.12.2023 u.a. (Zitat):

„Einer der führenden Gentherapie-Forscher in Deutschland ist heute Präsident des PEI. Prof. Cichutek hatte schon in den 90er Jahren die Gefahren von Gentherapien detailliert beschrieben. **Er selbst bezeichnete die Impfung mit nukleinsäurehaltigen Impfstoffen als eine „besondere Form von Gen-Transfer/Gentherapie“.** Und weiter: **„Eine unerwünschte genetische Folge von Impfungen mit nukleinsäurehaltigen Impfstoffen könnte eine Insertions-Mutagenese zellulärer Gene sein ..., die zu einem erhöhten Krebsrisiko führt.“**

Angesichts der besorgniserregenden Inhalte dieser Veröffentlichung von Herrn Prof. Cichutek aus dem Jahr 1994 ist es höchste Zeit für Erklärungen gegenüber der Öffentlichkeit! Wann, wo und wie wurden die von ihm selbst aufgeführten Risiken näher untersucht? Das PEI verweigert zu dem Sachverhalt bisher jede Auskunft.

Dennoch hat das PEI die Chargen der Covid-19-Injektionen im Rahmen der ihm obliegenden staatlichen Chargenprüfung (vgl. § 32 AMG) nicht einmal auf Verunreinigungen untersucht...

Quelle:

<https://t345034af.emailsys1a.net/mailing/206/7170057/2276824/148426/639fc2b5ee/index.html>

Dieses Vorwissen von Klaus Cichutek hat die Expertin Dr. Sabine C. Stebel in Substgacks vom 3.10.2023 und 21.12.2023 noch genauer unter die Lupe genommen:

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

Prof. Martin Schwab hat die realen Zustände im PEI in seinem Schriftsatz an das BVerwG vom 20.7.2024, der hier als **Anlage K6** überreicht worden ist, u.a. wie folgt zusammengefasst (**Zitat**):

„Unsere Frage, ob das PEI die Chargen auf Verunreinigungen überprüft, verneinte Herr Wagner: Die Impfstoffe bestünden aus so wenigen Ausgangsstoffen, dass sich eine Kontrolle, ob der Impfstoff verunreinigt sei, erübrige...“ (Zitat Ende)

Beweis:

Anlage K 6

Im Übrigen sei zur Vermeidung von Wiederholungen insofern auf den Inhalt der Seiten 7 und 8 der Anlage K6 verwiesen.

Die sachverständige Zeugin Prof. Dr. Ulrike Kämmerer hat in ihrem Interview mit Alexander Wallasch vom 5.12.2024 mit dem Titel **„Erhebliches Risiko für Krebsentstehung: Es hätte niemals eine Zulassung für mRNA-Impfstoffe geben dürfen“** nachvollziehbar dargelegt, warum solche DNA-Verunreinigungen in den Covid-19-Injektionen „beunruhigend“ sind. Dort heißt es hierzu (**Zitat**):

„Warum ist das beunruhigend? Wenn davon etwas enthalten wäre?“

Das Beunruhigende ist, dass die DNA – und das konnten wir auch in unserer Arbeit nachweisen – dass die DNA-Überreste leider zusammen mit dieser RNA in diese Lipide verpackt und in die Zellen gebracht werden. Und in den Zellen können diese DNA-Fragmente prinzipiell in den Zellkern gelangen. Da gibt es verschiedene Mechanismen. Und im Zellkern können sie sich sogar prinzipiell in das Genom der betroffenen Zelle einbauen und dann eigene Gene zerstören oder überaktivieren.

Und damit ist ein erhebliches Risiko für Krebsentstehung gegeben.

Zum einen haben die Hersteller immer gesagt, wir haben nur DNA-Reste, welche den regulatorischen Grenzwert von 10 Nanogramm pro Dosis nicht überschreiten. Wir haben aber durch Messungen klar nachgewiesen, dass allein schon diese ganz banalen Grenzwerte dramatisch überschritten werden. Also das heißt klipp und klar: Es hätte schon aus diesem Grund niemals eine Zulassung geben dürfen.

Aber wissen denn die Hersteller das nicht selbst? Haben die nicht selbst die allerbesten Möglichkeiten, so etwas zu überprüfen? Das hieße doch, dass sie da Dinge überprüfen, die nicht zulässig sind und sie dennoch in den Verkehr bringen ...

Interessant ist, die Hersteller haben verschiedene Methoden angewendet, mit denen man im Optimalfall die tatsächliche Menge verschleiern kann. Das heißt, sie haben im Verhältnis die RNA überbewertet und die DNA mit einer anderen Messmethode unterbewertet.

Und die Zulassungsbehörden haben das nicht mehr überprüft. Die haben das nur in der Papierform überprüft und gesagt: Ja, ja, da ist die Tabelle von Pfizer und von Biontech. Und das passt ja alles. Und dann haben sie einen Haken dahinter gemacht.

Was ja oft vergessen wird: Die Pharmaindustrie führen diese Prüfungen oft selbst durch. Wenige Behörden haben überhaupt diese Möglichkeiten.

Genau. Eigentlich hätten diese Versuche, die wir jetzt gemacht haben, vom Paul-Ehrlich-Institut gemacht werden müssen, und zwar bevor sie das „Okay“ für die Verwendung gegeben haben.

...

Nochmal für Normalsterbliche erklärt: Was ist die besondere Dramatik? Was ist das Alarmsignal? Sie stellen zum Schluss Ihres Artikels die Forderung auf, dass der untersuchte Impfstoff sofort vom Markt genommen werden muss. Dafür muss ja ein sehr radikales und verstörendes Ergebnis vorliegen ...

Das Hauptalarmsignal ist zum einen, dass diese DNA-Fragmente in den Lipiden mit verpackt sind und in der Lage sind, in die Zellen gelangen.

Und das entscheidende zweite Alarmsignal ist: Das Herstellungsplasmid, welches Pfizer/Biontech verwendet, ist ein Plasmid, welches die Unternehmen selber sogar publiziert haben in einer Arbeit aus dem Gentherapie-Programm von Pfizer.

Und hier sind bereits Genelemente im Plasmid vorhanden, die dazu führen, dass die DNA gezielt in den Zellkern gebracht wird. Das macht bei Gentherapie ja Sinn, hätte aber bei dieser genetischen Impfung nie passieren dürfen.

Und dadurch, dass eben so große Reste von diesem Ursprungs-Gentherapie-Plasmid, was für die Herstellung verwendet wurde, noch in dem Endprodukt enthalten ist, ist die Gefahr extrem groß, dass es in den Zellkern geht und sich auch ins Genom einlagert. Es ist bereits bewiesen, dass das funktioniert.“ (**Zitat Ende**, Unterstreichungen hinzugefügt)

Quelle:

<https://www.alexander-wallasch.de/gesellschaft/erhebliches-risiko-fuer-krebsentstehung-es-haette-niemals-eine-zulassung-fuer-mrna-impfstoffe-geben-duerfen>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, wie vor

c)

Das PEI ist nicht einmal seinem gesetzlichen Auftrag nach § 13 Abs. 5 IfSG nachgekommen, was selbst das BVerwG in dem verbundenen Wehrbeschwerdeverfahren gegen die Covid-19-Duldungspflicht zu BVerwG 1 WB 2.22 und 5.22 unstreitig gestellt hat.

Der Sinn des § 13 Abs. 5 IfSG ist selbsterklärend:

„(5) Die Kassenärztlichen Vereinigungen und, soweit die Angaben bei ihnen vorliegen, die für die Durchführung von Schutzimpfungen verantwortlichen Einrichtungen und Personen haben für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (**Impfsurveillance**) dem Robert Koch-Institut und für Zwecke der Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen (Pharmakovigilanz) dem Paul-Ehrlich-Institut in von diesen festgelegten Zeitabständen folgende Angaben zu übermitteln:

1. Patienten-Pseudonym, 2. Geburtsmonat und -jahr, 3. Geschlecht, 4. fünfstellige Postleitzahl und Landkreis des Patienten, 5. Landkreis des behandelnden Arztes oder der für die Schutzimpfung verantwortlichen Einrichtung oder Person, 6. Fachrichtung des behandelnden Arztes, 7. Datum der Schutzimpfung, der Vorsorgeuntersuchung, des Arzt-Patienten-Kontaktes und Quartal der Diagnose, 8. antigenspezifische

Dokumentationsnummer der Schutzimpfung, bei Vorsorgeuntersuchungen die Leistung nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab, 9.Diagnosecode nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), Diagnosesicherheit und Diagnosetyp im Sinne einer Akut- oder Dauerdiagnose, 10.

bei Schutzimpfungen gegen Severe-Acute-Respiratory-Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) zusätzlich die impfstoffspezifische Dokumentationsnummer, die Chargennummer, die Indikation sowie die genaue Stellung der Impfung in der Impfsérie.

Dabei hätte die Erfüllung dieser Meldepflicht leicht durch die Androhung und Festsetzung von Bußgeldern durchgesetzt werden können (vgl. § 73 abs. 1 a Nr. 2 a IfSG).

Halten wir fest: Das PEI hatte die Chargennummern und hätte somit auch leicht feststellen können, ob bestimmte Chargen ggf. für besonders schwere Nebenwirkungen verantwortlich sind.

Von der Öffentlichkeit vollkommen unbemerkt hat das PEI schließlich am 28.11.2024 eine Excel-Tabelle mit den „Verdachtsmeldung an das Paul-Ehrlich-Institut von Nebenwirkungen nach Anwendung von COVID-19-Impfstoffen (27.12.2021 – 31.12.2023) veröffentlicht, abrufbar unter:

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/rohdaten-sicherheitsberichte/download-xls-uaw-daten-2020-12-27-bis-2023-12-31.html?nn=169638&cms_dlConfirm=true

Die Analyse der Daten dieser Tabelle ergibt, was ohnehin zu erwarten war:

Das PEI muss frühzeitig ganz genau darüber Bescheid gewusst haben, dass einzelne Chargen besonders schadensträchtig waren, so dass das Nebenwirkungsprofil der einzelnen Chargen somit höchst unterschiedlich war. Damit waren (zumindest) erhebliche Qualitätsmängel in der Produktion offensichtlich. Also hätte das PEI sofort zahlreiche Maßnahmen ergreifen müssen, um die Menschen, die Ärzte und andere Behörden zu informieren und zu warnen oder die Zulassung auch zu widerrufen (vgl. §§ 64 und 65 AMG und auch § 30 Abs. 2 Nr. 2 i.V.m. § 25 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 und § 30 Abs. 3 Nr. 3 und 4 AMG). Das hat das PEI aber nicht getan.

Siehe hierzu auch:

In einem Beitrag auf transition.news vom 12.12.2024 zu den Erkenntnissen des niederländischen Datenanalysten Wouter Aukema heißt es hierzu u.a. (**Zitat**):

„In den Daten des PEI, die den gut dreijährigen Meldezeitraum zwischen Ende 2020 und Ende 2023 umfassen, fand Aukema nun auffällige Muster unter verschiedenen Gesichtspunkten. Er stellt zum einen fest, dass die Zeit zwischen Impfung und unerwünschter Reaktion, darunter Herzentzündungen, ähnlich deutlich korreliert wie die zwischen der Injektion und den Todesfolgen. Ein derartiger Zusammenhang zeige sich sowohl für mRNA- als auch für Vektor-«Impfstoffe».

...

Zum anderen findet der Datenexperte bei der Analyse deutliche Unterschiede zwischen verschiedenen Chargen der «Vakzine». Entgegen früheren Darstellungen des PEI, wonach es keine chargenbezogene Häufung von Verdachtsfallmeldungen zu Nebenwirkungen nach Covid-«Impfungen» gebe, kann

Aukema solche aus den aktuellen Daten des Instituts eindeutig herauslesen und visualisieren.

...

Des Weiteren fragt sich der niederländische Analyst, warum das PEI etliche Lücken in der Nummerierung der Verdachtsfälle habe. Bei der EMA seien die Fallnummern (Case-IDs) fortlaufend. Das Muster beim PEI verrate dagegen eine Absicht, die Dinge zu verschleiern, so Aukema.“

Quelle:

<https://transition-news.org/schwere-kritik-an-daten-des-paul-ehrlich-instituts-zu-nebenwirkungen-der-covid>

Weitere Beiträge zu diesen PEI-Daten:

<https://drbine.substack.com/p/wouter-aukema-hat-sich-die-pei-daten>

d)

Verdachtsmeldung impliziert Kausalität

Das PEI hat seine Sicherheitsberichte zu den Covid-19-Injektionen extrem „geschönt“, damit gegenüber der Bevölkerung Warnsignale unterdrückt werden können. Die Beiträge und Nachweise hierzu sind Legion. In diesem Schriftsatz wurde nur eine kleine Auswahl angeführt.

Es trifft eben gerade nicht zu, dass eine Verdachtsmeldung „von vornherein keine Rückschlüsse auf einen kausalen Zusammenhang zwischen einer „Impfung“ – hier: Geninjektion – und den gemeldeten Ereignissen zulässt.

Es ist genau anders herum: Eine solche Verdachtsmeldung impliziert zunächst einen solchen kausalen Zusammenhang, was sich auch von selbst versteht, da grundsätzlich niemand – schon gar kein ärztlicher Behandler - anlass- und grundlos eine solche Verdachtsmeldung abgeben würde.

Diese implizit angenommene Kausalität **bleibt bestehen, bis die zuständige Behöre – z.B. das PEI – die einzelne Verdachtsmeldung überprüft und die Kausalität dann in Anbetracht der konkreten Umstände auf Grund dieser Prüfung verneint hat.**

Bis zu dieser Widerlegung muss z.B. ein Todesverdachtsfall als kausal durch die Injektion verursachter Todesfall behandelt werden.

Das wird auch durch einen auf der Webseite der EMA abrufbaren „Scientific guideline“ mit dem Namen

„ICH E2A - CLINICAL SAFETY DATA MANAGEMENT: DEFINITIONS AND STANDARDS FOR EXPEDITED REPORTING“

bestätigt, der unter Abschnitt 3. „STANDARDS FOR EXPEDITED REPORTING“, lit. A. „What Should be Reported“ unter Ziff. 1. Im 4. Absatz ausführt (**Zitat**):

"For purposes of reporting, adverse event reports associated with marketed drugs (spontaneous reports) usually imply causality."

Übersetzt: „Für die Zwecke der Berichterstattung implizieren Berichte über unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit vermarkteten Arzneimitteln (Spontanmeldungen) in der Regel eine Kausalität.“

Beweis:

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.ema.europa.eu/en/ich-e2a-clinical-safety-data-management-definitions-standards-expedited-reporting-scientific-guideline&ved=2ahUKEwjw4pn_24SMAxUnxglHHeclEDQQFnoECBcQAQ&usq=AOvVaw02tSMBkJaQ1634pHzUCJjU

Ebenda steht im gleichen Absatz davor (Zitat):

"Causality assessment is required for clinical investigation* cases. All cases judged by either the reporting health care professional or the sponsor as having a reasonable suspected causal relationship to the medicinal product qualify as ADRs."

Übersetzt:

„Für klinische Prüfungen* ist eine Kausalitätsbewertung erforderlich. Alle Fälle, bei denen entweder der meldende Angehörige der Gesundheitsberufe oder der Sponsor einen begründeten Verdacht auf einen kausalen Zusammenhang mit dem Arzneimittel sieht, gelten als UAW.“

Beweis:

Dokument wie vor

Zudem: Sachverständiges Zeugnis von Dr. Hans-Joachim Kremer, wie vor

Zusammen genommen hat sich in der Fachwelt der Begriff "implizite Kausalität" festgesetzt.

Der Satz „Alle Fälle, bei denen entweder der meldende Angehörige der Gesundheitsberufe oder der Sponsor einen begründeten Verdacht auf einen kausalen Zusammenhang mit dem Arzneimittel sieht, gelten als UAW.“ ist im Übrigen nach dem Verständnis aller Fachleute so zu verstehen: Wenn einer von beiden (HCP oder Sponsor) meint, Kausalität läge vor, dann gilt das; der Sponsor (vor allem) kann den HCP dann nicht mehr überstimmen. Gilt allerdings für den Bereich "clinical investigation".

Beweis:

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

In diesem Sinne haben weder die Behörden noch die Sponsoren einen Kausalzusammenhang (bzw. Verdacht) im Einzelfall zu bestreiten. Es sei denn, es gäbe sehr gewichtige Gründe. Diese werden aber höchst selten gezogen.

Beweis:

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

Seit der Leitlinie ICHE2A (1994) ist international vereinbart, dass bei spontan gemeldeten Verdachtsfällen die implizite Kausalität gilt. Der Hintergrund dafür war und ist, dass niemand, und erst recht kein Arzt, sich der Mühsal einer Verdachtsfallmeldung mit dem Risiko von zahlreichen Rückfragen und ohne Aussicht auf angemessene Vergütung unterzieht, wenn nicht ein konkreter Verdacht zu einem Kausalzusammenhang besteht. In der genannten sowie späteren wie der EU-GVP-Leitlinie wird dies als "reasonable causal relationship" umschrieben.

In der Vergangenheit stellte fast niemand die Kausalität von Einzelfällen in Frage, wenn nicht erhebliche Widersprüche vorlagen, wie vor allem, dass das konkrete Ereignis der Intervention vorausging. Kommen mehrere Fälle zusammen, müsste man dies mit statistischen Methoden angehen, z.B. einer DPA, also verifizieren, widerlegen oder auf Wiedervorlage setzen.

Eine angemessene Bewertung mit statistischen Methoden unterließ das PEI aber bislang, entweder in grob fahrlässiger Weise und, wahrscheinlich, in voller Absicht und vollkommen illegal auf Weisung der Politik.

Beweis:

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

Wenn das PEI also – wie die Beklagte unter Randnummer 117 zitiert - erklärt, dass ein gemeldeter Verdachtsfall „nicht ohne weiteres“ bedeutet, dass ein ursächlicher Zusammenhang mit dem „Impfstoff“ besteht, oder die EMA (Rn. 118) ausführt, dass solche Verdachtsfälle „nicht notwendigerweise“ ursächlich mit einem Arzneimittel in Verbindung stehen, dann bedeutet das schon bei korrekter sprachlicher Auslegung gerade nicht, dass das PEI bis zur Widerlegung der impliziten Kausalität einfach ungeprüft eine Kausalität verneinen kann.

Mit dem feuchten Traum, dass alle gelisteten Verdachtsfälle „von vornherein keine Rückschlüsse“ zulassen und letztlich nie ein Warnsignal geben, auch dann nicht, wenn Art und Umfang solcher Verdachtsfallmeldungen – wie bei den modRNA-Injektionen - historisch ohne Vergleich sind, möchte die Beklagte sicherlich gerne durch die Zukunft segeln, so nach dem Motto: „Egal, wie viele Gräber hier auf dem Friedhof im Verdacht stehen, durch unser Produkt beschickt worden zu sein, all‘ das gestattet doch „von vornherein keine Rückschlüsse“ zu. Also: Weiter so, egal was war und was noch kommt!“

Auch die Beklagte muss wissen, dass die „Sicherheitsberichte“ des PEI auf dessen Homepage für jedermann abrufbar sind:

<https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arzneimittelsicherheit.html>

In diesem Kontext kann aber nicht oft genug daran erinnert werden, dass das PEI nachweislich schwerste Nebenwirkungen vertuscht hat. Das war auch der Grund, weshalb Dr. Kremer seine Auswertungen auf Basis der US-Datenbank VAERS gestützt hat.

Zu diesen Vertuschungen des PEI wird in dem Gutachten zu Anlage K 4 ab Seite 216, Punkt 7.3.2, ausführlich Stellung bezogen. Auf einen Vergleich von Spikevax mit Comirnaty anhand der VAERS-Daten geht Dr. Kremer dann ab Seite 219, Punkt 7.3.4 näher ein, so dass der Hinweis der Beklagten, Comirnaty sei nicht Gegenstand des Verfahrens, auch hier ins Leere geht.

Beweis:

Gutachten zu Anlage K 4

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

Zur Wahrung der Übersichtlichkeit wird auf die dortigen Ausführungen verwiesen.

Die Beklagte sollte also erst einmal ein Gutachten lesen, bevor sie Zusammenhänge vermisst.

Zu den Datenauswertungen von Dr. Kremer sei schon jetzt klargestellt:

Dr. Kremer hat diese Daten nicht „neu“ interpretiert, er hat sie nach den Regeln der Kunst umfassend, gründlich und zutreffend ausgewertet und seine Feststellungen öffentlich gemacht.

e)

Die Observed-versus-Expected-Analyse methodisch derart absurd angewendet, dass sie faktisch niemals ein Warnsignal ergeben konnte (siehe Anlage K6, aber auch tkp.at-Artikel vom 7.7.2024 mit dem Titel **„Politisches Urteil: Duldungspflicht der Covid-Impfung bei deutscher Bundeswehr zulässig“**, abrufbar unter dem Link:

<https://tkp.at/2022/07/07/politisches-urteil-duldungspflicht-der-covid-impfung-bei-deutscher-bundeswehr-zulaessig/>)

f)

Das PEI hat bislang (Stand Ende November 2024) nicht einmal die Daten ihrer SafeVAc2.0-App herausgegeben.

In diesem Bereich ist u.a. die Kollegin Franziska Meyer-Hesselbarth um Aufklärung bemüht, siehe u.a.: <https://multipolar-magazin.de/meldungen/0130>

In Ihrem am 29.11.2024 auf dem Portal alexander-wallasch.de veröffentlichten Interview mit dem Titel **„Verdachtsfall Paul-Ehrlich-Institut“** erklärt sie u.a. (Zitat):

„Skandal hört sich, wenn dasselbe Wort beim RKI verwendet wird, verharmlosend an für das, was über die Arbeit des PEI zu sagen ist. Ich glaube, wir reden sogar über ein Verhalten der zuständigen PEI-Verantwortlichen mit strafrechtlicher Relevanz. Die Sicherheitsüberwachung, die das PEI vorzunehmen hatte, dient dem Schutz von Menschenleben, vor vermeidbaren Gesundheitsschädigungen. Teil der Sicherheitsüberwachung von Arzneimitteln ist die Auswertung von Chargennummern, eigentlich.“

Quelle:

<https://www.alexander-wallasch.de/gesellschaft/verdachtsfall-paul-ehrlich-institut>

Bezüglich der weiteren Entwicklung zur Offenlegung der SaveVac2.0-App müssen die weiteren Veröffentlichungen der Kollegin Dr. Meyer-Hesselbarth abgewartet werden.

Die Vertuschung hat auch am 1.2.2025 noch nicht ihr Ende gefunden, siehe:

g)

Vor allem aber: Trotz der katastrophalen Folgen der Covid-19-Injektionskampagne und einer ganzen Flut von Warnsignalen hat das PEI bis auf den heutigen Tag nichts unternommen, um den weiteren Vertrieb der modRNA-Injektionen zu unterbinden (vgl. § 30 Abs. 1 IfSG i.V.m. § 25 IfSG). Ganz im Gegenteil: Das PEI steht nach wie vor hinter dem Vertrieb der Covid-19-Injektionen.

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 Berufsperioden 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 Impfkommision, 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 Impfeempfehlungen 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 Angstretorik 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 Impfeempfehlungen.

...

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 Pharmediklobbyist 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 Stellungnahmeverfahren 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)**

Quellen:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/neue-stiko>

https://report24.news/unfassbar-macht-lauterbach-aus-der-stiko-eine-neue-impf-und-klimapropaganda-behoerde/?feed_id=36626

5.

Die WHO

Die WHO ist keine Arzneimittelaufsichtsbehörde, sondern lediglich eine mit unfassbar weit reichenden Befugnissen ausgestattete NGO.

Aber die WHO führt eine eigene Datenbank mit Namen VigiAccess, deren Daten ebenfalls frühzeitig eindeutige Warnsignale bezüglich der wahren Dimension der (schwerwiegenden) Nebenwirkungen der Covid-19-Injektionen lieferten und liefern. Hat die WHO die Welt wegen dieser katastrophalen Daten gewarnt?

Die Einschätzung der Experten Dr. Hans-Joachim Kremer, dass es bei mindestens 5 % aller Covid-19-Geninjizierten zu schwerwiegenden Nebenwirkungen gekommen ist, deckt sich mit den Feststellungen anderer Datenanalysten und investigativer Journalisten auf der Basis der WHO-Datenbank.

So hat das Portal sciencefiles.org am 25.9.2025 unter der Überschrift „**Horrend: Impfschäden durch COVID-19 Shots im Vergleich zu Impfstoffen: Eine Methode zur Berechnung des Risikoprofils von „Impf“stoffen**“ u.a. über folgende Erkenntnisse berichtet (Zitat):

„Aber die interessante Information ist natürlich das ABSOLUTE RISIKO, das mit einer Spritze voll mit einem der genannten Impfstoffe / der genannten Gentherapien verbunden ist. Die folgende Tabelle gibt auf Basis der berechneten relativen Risiken und auf Basis der Anzahl der tatsächlich in der Datenbank der WHO vorhandenen Meldungen an, welches ABSOLUTE Risiko mit bestimmten Erkrankungen und bestimmten Impfstoffen / Gentherapien verbunden ist. Wir haben die Werte so berechnet, dass sie direkt als Prozentwert interpretiert und miteinander verglichen werden können.

	COVID-19	Influenza	Poliomyelitis	Tuberculosis	tdap	Hepatitis b	MMR	HPV	VZV
Bluterkrankungen und Erkrankungen des lymphatischen Systems				0.7779					
Herzerkrankungen	6.1323	0.0100							
Angeborene, genetisch bedingte Erkrankungen			0.0010	0.0002	0.0011	0.0034	0.0001	0.0022	
Ohr-/Gehörgangenerkrankungen	1.6271	0.0148						0.0162	0.0047
Drüsenkrankungen	0.0241					0.0033		0.0106	
Augenerkrankungen		0.0267				0.0111	0.0009	0.0426	
Magen-Darm-Erkrankungen	1.0306	0.0182	0.0767		0.0119	0.0234		0.0421	
Erkrankungen von Leber und Galle				0.0082		0.0558			
Erkrankungen des Immunsystems					0.0034	0.0345	0.0113		
Stoffwechsel- und ernährungsbedingte Erkrankungen			0.0244		0.0210	0.0080	0.0312		
Muskelerkrankungen und Erkrankungen des Bindegewebes	10.2444	0.4257				0.0120		0.0350	0.1276
Krebs				0.0155				0.0264	
Erkrankungen des zentralen Nervensystems	6.2504	0.0311	0.0186		0.0501	0.0195		0.2700	
Erkrankungen mit Bezug zu Schwangerschaft					0.0022		0.0014	0.0229	
Psychiatrische Erkrankungen			0.1234		0.1510	0.0085	0.0557		
Erkrankungen von Niere oder Harnröhre				0.0608					
Erkrankungen mit Bezug zu Geschlechtsorganen	8.6469			0.0010				0.0964	
Atemwegs- und Lungenerkrankungen	1.0834	0.2857	0.0447						
Hauterkrankungen					0.0947		0.4969		0.6653
Gefäßerkrankungen			0.1307		0.0620	0.0215		0.0014	

Eigene Berechnungen auf Basis der Daten von VigiAccess.org



Man sieht sehr deutlich, die Unglaublichkeit, die in den letzten Jahren stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. 6 aus 100 Geimpften haben auf Grundlage der Daten, die die WHO sammelt, nach COVID-19 Shot ein Herzproblem [hier ist nicht nur Myokarditis berücksichtigt, sondern mehrere Dutzend Herzleiden], 10 von 100, die einen COVID-19 Shot erhalten, tragen eine Muskelerkrankung oder eine Erkrankung des Bindegewebes davon, 6 eine Erkrankung

des zentralen Nervensystems, knapp 9 eine Erkrankung, die einen Bezug zu Geschlechtsorganen hat..." **(Zitat Ende)**

Beweis:

<https://sciencefiles.org/2023/09/25/horrend-impfschaeden-durch-covid-19-shots-im-vergleich-zu-impfstoffen-eine-methode-zur-berechnung-des-risikoprofils-von-impfstoffen/>

Weitere lesenswerte Artikel zum Thema nachfolgend im Anhang unter lit. C).

Die ganze moralische Verkommenheit der WHO wird alleine schon durch die Tatsache bewiesen, dass ausgerechnet jemand wie Tedros Adhanom Ghebreyesus 2017 zum Generaldirektor der WHO berufen werden konnte.

Hierzu sei nur auf die erhellenden Ausführungen der Strafanzeige in der Anlage K 16 A2 ab Seite 14, letzter Absatz verwiesen, wo es gleich einleitend heißt **(Zitat)**:

„1. Tedros Adhanom Ghebreyesus ist seit 2017 Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation. Er trat bereits 1991 der kommunistischen Partei Tigrayan People's Liberation Front (TPLF) in Äthiopien bei. Als Mitglied der Partei TPLF war er zuerst Gesundheitsminister und dann Außenminister des Landes. Seit 1976 wird die TPLF als terroristische Organisation in der Global Terrorism Database geführt, weil sie vielfach an Entführungen und Geiselnahmen beteiligt war. Die TPLF hat in ihrer fast 30jährigen Regierungszeit schwerste Menschenrechtsverletzungen begangen. Als hochrangiges Mitglied des Politbüros und langjähriger Minister der TPLF ist Tedros Adhanom Ghebreyesus für diese Verbrechen mitverantwortlich. In den offiziellen Jahresberichten der Menschenrechtsorganisationen Amnesty International und Human Rights Watch (HRW) von 2005 – 2016 wurden unvorstellbare Gräueltaten der äthiopischen Regierung unter Tedros Adhanom Ghebreyesus dokumentiert...**(Zitat Ende)**

Beweis: wie vor (Anlage K 16 A2, dort Seite 14 - 17)

Jeder sollte sich fragen, warum sich so viele Länder dieser Welt überhaupt den Vorgaben einer solchen WHO unterwerfen, da sie faktisch bloß wie eine Pharmalobby-NGO agiert.

In einem tkp.at-Artikel vom 17.8.2024 finden sich wichtigsten Fakten zur WHO **(Zitat)**:

„...Einige Hintergründe zur Einordnung: Die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) oder International Health Regulations (IHR) sind völkerrechtlich verbindliche Regelungen der WHO zur Verhütung und Bekämpfung der grenzüberschreitenden Ausbreitung von Krankheiten. Sie wurden am 25. Juli 1969 in Boston unterzeichnet und traten am 1. Januar 1971 in Kraft und gehen zurück auf die Internationale Sanitätskonvention (Venedig, 1892). Am 23. Mai 2005 wurden sie in Genf von der 58. Weltgesundheitsversammlung novelliert, und zwar im Hinblick auf die zunehmende Globalisierung und internationale Verbreitung von Infektionskrankheiten wie dem SARS (ausgelöst durch SARS-CoV-1, dem Vorläufervirus von SARS-CoV-2, Erreger, der COVID-19 auslöst).

Am 01.06.2024 [einigten sich in Genf](#) mehr als 190 an den IGV beteiligten Länder zu weitreichenden Änderungen der IGV und haben damit die globale Einflussnahme der WHO weiter gestärkt. So „enthält das Änderungspaket Regelungen zu möglichen

Empfehlungen der WHO über die Verfügbarkeit und Verteilung relevanter Gesundheitsprodukte, die Aufrechterhaltung essenzieller Lieferketten sowie Reisemöglichkeiten von Gesundheitspersonal und zahlreiche weitere Änderungen, einschließlich die Möglichkeit der Anwendung von digitalen Nachweisen in Gesundheitskrisen“...

1. Die WHO finanziert sich zu mehr als 80 Prozent aus [zweckgebundenen Spenden](#), also Aufträgen von Pharma-Industrieländern bzw. philanthropen Stiftungen wie bspw. der Bill and Melinda Gates Foundation und muss diese Finanzierung nicht im Detail offenlegen! Wichtig: Diese Gelder sind an den vom Spender festgelegten Verwendungszweck gebunden. Das bedeutet: Nicht die WHO, sondern der Investor bestimmt, welche Maßnahmen für die Weltgesundheit im Vordergrund stehen. Will er zum Beispiel bestimmte Impfstoffe auf den Markt bringen, kann er die WHO entsprechend lenken.

2. Warum spenden reiche Menschen an die WHO? Neben fehlgeleiteter Philanthropie bietet sich angesichts der Umstände noch eine weitere naheliegende Motivation an, hohe Beträge an die private Organisation zu spenden. Die WHO selbst verweist auf diesen Grund: „Nach einer neuen Analyse, die hier veröffentlicht wird, ist die quantifizierbare Rendite von Investitionen in die WHO sehr hoch!“ Konkret verspricht die WHO als konservativste Schätzung eines zu erwartenden Minimums („in the most conservative estimation possible“) eine Investitionsrendite („Return on Investment“) von Faktor 35, wie aus einem offiziellen WHO-Dokument mit dem Titel „[A Healthy Return](#)“ aus dem Jahr 2022 hervorgeht: „Die hier vorgestellte neue Analyse zeigt, dass eine Investition in die WHO für jeden investierten US-Dollar eine Rendite von 35 US-Dollar abwirft.“ („According to the new analysis presented here, investing in WHO provides a return of US\$ 35 for every US\$ 1 invested.“)

...

3. Um ihre Ziele zu erreichen, setzt die WHO auf ihre globale [Machtposition in Gesundheitsfragen](#): „Investitionen in die Weltgesundheitsorganisation sind von Natur aus katalytisch, d.h. die in die WHO investierten Mittel werden dazu verwendet, die Mitgliedstaaten bei der Umsetzung von Maßnahmen im Gesundheitsbereich zu unterstützen. Dies geschieht durch die drei Schlüsselfunktionen der WHO: Führung, Entwicklung technischer Produkte und Unterstützung der Länder.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2024/08/17/die-who-eine-lebensgefaehrliche-gelddruckmaschine/>

6.

Die gesamte Welt fragt sich: **Wer ist denn nun für das oben dargestellte systematische Versagen der Arzneimittelaufsichtsbehörden verantwortlich?**

Genau diese Frage wird in dem bereits o.g. Artikel „Science’s Turn Towards Darkness“ von Jordi Pigem angesprochen (**Zitat**):

„Es gab an vielen Fronten einen mehrgleisigen Angriff auf unsere körperliche und geistige Gesundheit sowie auf alle Standards des Anstands. Woher kam das alles?“

Diese Frage wurde in etwa 50 Interviews mit hochrangigen amerikanischen und europäischen Beamten und globalen Gesundheitsspezialisten (denen Anonymität gewährt

wurde, damit sie offen sprechen konnten) in einer Untersuchung gestellt, die von zwei Medien, der deutschen Die Welt und dem amerikanischen Politico, über einen Zeitraum von sieben Monaten durchgeführt wurde. Diese Untersuchung ergab, dass auch die Regierungen nicht das Sagen hatten, sondern sich an eine Linie hielten:

Ein Großteil der internationalen Reaktion auf die Covid-Pandemie ging von den Regierungen auf eine privat beaufsichtigte globale Gruppe von nichtstaatlichen Experten über. Diese „privat beaufsichtigte globale Gruppe von Nichtregierungsexperten“ verfügte über „bedeutende finanzielle und politische Verbindungen, die es ihnen ermöglichten, auf den höchsten Ebenen der US-Regierung, der Europäischen Kommission und der WHO ein solches Gewicht zu erlangen.“ Und wer beaufsichtigte diese „globale Gruppe von Nichtregierungsexperten“ im Geheimen? Wie die gemeinsame Untersuchung von Die Welt und Politico enthüllt, standen im Zentrum dieses Netzwerks mehrere Einrichtungen, die mit einem großen Namen der betrügerischen Geschäftemacherei verbunden sind (zunächst durch sein Technologieunternehmen): Bill Gates. Die deutsche Ausgabe dieser gemeinsamen Recherche trägt den Titel Die Machtmaschine des Bill Gates: „Bill Gates' Machtmaschine“. Die nächste Frage lautet: Was verbirgt sich hinter Bill Gates?

Quelle:

<https://brownstone.org/articles/sciences-turn-towards-darkness/>

II. Datenbanken zu den Nebenwirkungen der Covid-19-Injektionen, die auch für jeden „Impf“-Arzt zugänglich waren

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.

Datenbanken

1.1

Deutschland: Sicherheitsberichte PEI

Abrufbar unter dem Link:

<https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arzneimittelsicherheit.html>

Was von der Integrität der Daten des PEI zu halten ist, ist – wie schon oben ausgeführt – freilich eine ganz andere Frage, siehe hierzu nochmals:

<https://transition-news.org/schwere-kritik-an-daten-des-paul-ehrlich-instituts-zu-nebenwirkungen-der-covid>

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>

Diese Datenbank wird selbst von Experten nicht gerne benutzt, da sie alles andere als benutzerfreundlich und transparent ist.

1.3.

USA: Vaccine Adverse Event Reporting System (**VAERS**)

Abrufbar unter dem Link:

<https://vaers.hhs.gov>

Dieser Datenbank entnehmen wir nachfolgend auch die Daten für die **Disproportionalitätsanalysen** (DPA) um die Kausalität von Comirnaty für die hier dargelegten Injektionsschäden nachzuweisen.

Diese Datenbank ist wesentlich benutzerfreundlicher als die anderen hier genannten.

1.4.

WHO: VigiAccess:

Abrufbar unter dem Link:

<https://www.vigiaccess.org>

Auch diese Datenbank ist alles andere als transparent und benutzerfreundlich.

So heißt es hierzu in einem Artikel auf sciencefiles.org vom 23.10.2024 (Zitat):

„...seit Beginn der Massenimpfung haben wir die Datenbank der WHO „VigiAccess“, die an der University of Uppsala geführt wird, analysiert.

Das ist nicht einfach, denn die Daten liegen in einer Form vor, die jede Analyse zu einem aufwändigen Unterfangen macht, denn die Daten sind nicht dazu gedacht, analysiert zu werden. Sie sind dazu gedacht, gesammelt zu werden, damit man sagen kann: „Seht her, wir haben Daten gesammelt, so sehr sind wir an Eurer Gesundheit interessiert“.

Wenn man die Daten der WHO-Datenbank auswerten will, dann muss man sich nicht nur eine Vergleichsbasis schaffen, die Daten nicht nur zu unterschiedlichen Zeitpunkten auslesen, fortschreiben und miteinander vergleichen, man muss vor allem eine Methode entwickeln, um tatsächliche Häufungen von Meldungen zu Nebenwirkungen der COVID-19 Shots, die unter einem Berg unnötiger Informationen begraben sind, zu schürfen...“

Quelle:

<https://sciencefiles.org/2024/10/23/fast-als-waere-ein-plan-zur-bevoelkerungsreduktion-dahinter-zeitverlaufsstudie-der-erheblichen-nebenwirkungen-von-covid-19-shots/>

1.5.

PSUR-DATENARCHIV zu Comirnaty, Vaxzevria, Nuvaxovid und Spikevax – Stand Juni 2024:

„Die bislang erhaltenen Datenpakete der EMA werden laufend exklusiv durch TKP der Öffentlichkeit in durchsuchbaren OCR-PDF Versionen zur Verfügung gestellt. Damit erhält die Öffentlichkeit Zugang zu den wichtigsten offiziellen Pharmakovigilanz Daten der Covid-Impfstoffe, die hier zum Download bereitstehen (PSUR-DATENARCHIV) und fortlaufend ergänzt werden...“

Quelle mit allen PSUR-Versionen aller Covid-19-Wirkstoffhersteller:

<https://tkp.at/2024/07/07/psur-datenarchiv-zu-comirnaty-vaxzevria-nuvaxovid-und-spikevax-neue-updates-zu-spikevax-und-vaxzevria/>

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.

Eine der besten Quellen sind die hochdetaillierten Analysen zur Übersterblichkeit in Europa, die der Datenanalyst Raimund Hagemann regelmäßig auf seinem Telegram-Kanal mit dem Namen „Real_Hero“ – für jedermann kostenlos zugänglich – veröffentlicht, stets mit Video-Kommentar

https://t.me/real_hero_official/638

und als PDF:

https://t.me/real_hero_official/640

Diese Feststellungen werden durch die am 3.6.2024 publizierte, bis dahin umfangreichste **Studie** zu diesem Thema **von Mostert et al.** bestätigt, siehe:

<https://bmjpublichealth.bmj.com/content/2/1/e000282#sec-9>

Der sciencefiles.org-Beitrag vom 4.6.2024 mit dem Titel „**Übersterblichkeit durch COVID-19 „Impfstoff“: Die bislang umfangreichste Studie bestätigt klaren Zusammenhang**“ von Michael Klein:

<https://sciencefiles.org/2024/06/04/uebersterblichkeit-durch-covid-19-impfstoff-die-bislang-umfangreichste-studie-bestaetigt-klaren-zusammenhang/>

verweist zusätzlich auf folgende Studie:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-023-01044-x>

Am 19.7.2024 verwies tkp.at schließlich auf eine Studie, die sich auf 125 Länder bezieht und hierbei insgesamt 30,9 Millionen Todesfälle infolge der sog. Anti-Corona-Maßnahmen und der Covid-19-Injektionskampagne detektiert hat, siehe:

<https://tkp.at/2024/07/21/studie-309-millionen-zusaetzliche-todesfaelle-durch-corona-massnahmen-und-impfkampagne/>

Studie:

<https://correlation-canada.org/wp-content/uploads/2024/07/2024-07-19-Correlation-ACM-World-125-countries-Rancourt-Hickey-Linard.pdf>

III. Zur Verantwortlichkeit der Covid-19-„Impf“-Ärzte

a)

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 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)**

Zur Wahrung der Übersichtlichkeit dieses Schriftsatzes und zur Vermeidung von Wiederholungen sei auch darauf verweisen.

b)

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)

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen hat das Versagen der Ärztekammern in seinem Brief an die Salzburger Ärztekammer vom 26.10.2022, der in seinem Buch „Die Angst- und Lügenpandemie“ (auf Seite 281) abgedruckt ist, wie folgt kommentiert **(Zitat)**

Der hippokratische Eid, das Genfer Gelöbnis, der Nürnberger Kodex und der empathisch-gesunde Menschenverstand verpflichten mich daher als Arzt, Impfbefreiungsatteste auszustellen, wenn ein korrupter Staat und eine noch korruptere Ärztliche Glaubenskongregation, die aus Marionetten der Pharmaindustrie besteht, die Menschen zu einer potentiell tödlichen „Impfung“ nötigen. Zu Ihrer Erbauung empfehle ich einen Blick auf die Webseite www.ich-habe-mitgemacht.de und fordere Sie hiermit mit Nachdruck auf, von Ihrer Hetze gegen Kolleginnen und Kollegen endlich abzulassen, die lediglich ihrem ärztlichen Gewissen und Ethos folgen.“ **(Zitat Ende)**

E) Begründung der Klageanträge

Nach diesen grundsätzlichen einleitenden Hinweisen begründe ich nunmehr die Klageanträge:

E/1) Sachverhalt:

I. Krankengeschichte:

1.

Welche Injektionen wurden verabreicht?

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.

Welche Aufklärung wurde bei den vorgenannten „Impf“-Terminen von den „impfenden“ Ärztinnen bzw. Ärzten geleistet?

Die Klägerin / der Kläger ist bei den vorgenannten Covid-19-Terminen wie folgt aufgeklärt bzw. nicht aufgeklärt worden:

„1.Termin:

...

2.Termin:

....

3.Termin bei der Hausärztin:

3.

Zustand Gesundheit **vor** Erhalt der Covid-19-Injektionen:

Die Klägerin war bis zum Erhalt der Covid-19-Injektionen gesund, so für die hier dargelegten Schäden keine Alternativursachen möglich sind.

(Anmerkung: Wenn es Vorerkrankungen gab, dann müssen die im Detail vorgetragen und belegt werden.)

Ärztliche Berichte aus der Zeit vor Erhalt der Injektionen werden hier – mit den neuesten Berichten beginnend chronologisch geordnet – unter Verwahrung gegen die Beweislast als

Anlagenkonvolut K 13 A

überreicht.

In diesem Anlagenkonvolut K 13 B befinden sich folgende Dokumente:

...

4.

Zustand / Gesundheit **nach** Erhalt der Covid-19-Injektionen / Symptome **nach** Erhalt der Covid-19-Injektionen / Körperschäden

Jeweils unmittelbar nach diesen Injektions-Terminen sind bei meiner Mandantin, die und bis dahin gesund war, schwere Injektions-Nebenwirkungen aufgetreten und auch dokumentiert worden, die als typische Nebenwirkung von Comirnaty bekannt sind.

Kontrollfragen:

1. Ab wann traten aus heutiger Sicht die wesentlichen Beschwerden auf.

Antwort:...

2. Ab wann traten die allgemeinen bzw. starken Schmerzen auf?

...

3. Ab wann wandte sich die Klägerin sich an einen bzw. Ihren Hausarzt / einen Facharzt wegen der Beschwerden?

...

4. Ab wann äußerte die Klägerin gegenüber einem Arzt erstmals den Verdacht, dass es sich um eine Folge der Covid-19-Injektion handeln könnte.

...

5. Ab wann hat ein Arzt erstmalig den Verdacht ausgesprochen, dass die Impfung die Ursache gewesen sei?

....

6. Wie war das mit der 2., 3.... Impfung?

...

Verschlimmerten sich die Beschwerden?

Wurde der Impfarzt auf Beschwerden hingewiesen?

Wenn ja, hatte die Klägerin den Eindruck, dass der Impfarzt die Beschwerden ernst nahm?

Im Übrigen verweise ich auf folgende ärztliche Berichte und sonstigen Dokumente, die hier – ebenfalls mit den neuesten Berichten beginnend chronologisch geordnet – unter Verwahrung gegen die Beweislast als

Anlagenkonvolut K 13 B

überreicht werden.

In diesem Anlagenkonvolut K 13 B befinden sich folgende Dokumente:

4.1

Vorläufiger Arztbrief Uni-Klinikum vom in Kopie.

Hier wird auf Seite 3 unter der Überschrift MR LWS vom eine „Spondylarthritis DD post-vaccination“ bestätigt.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis der, zu laden über das Universitätsklinikum

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.

4.2

Ärztlicher Bericht mit der Überschrift von Dr. vom 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.

4.3

Ärztliche Bescheinigung des Arztes aus 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.

4.4

Entlassungsbericht der vom in Kopie, Ärztlicher Direktor

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 Methylhistaminausscheidung
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

.....

4.5

Ärztlicher Befundbericht des 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.

4.6

Die Erklärung meiner Mandantin an das vom zu AZ. 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.

4.7

Bericht der ... Ambulanz der vom 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.

4.8

„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.

4.9

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.

4.10

„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 Fachärztin ...

.....
.....

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.

4.11

..... Entlassungsbericht des in Kopie, jeweils datiert auf den, wo jeweils unter „Diagnosen“ ein „Chronic Fatigue-Syndrom“ „seit den CoVid-Impfungen 2021“ bestätigt wird.

Beweis:

wie vor (Anlagenkonvolut K 13)

Sachverständiges Zeugnis von Chefarzt

....
....

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.

4.12

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 Herrn ...

...

...

4.13

Bericht des Zentrums der Inneren Medizin des Universitätsklinikums ... 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 Herrn ...

....

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.

4.14

Bericht der Klinik für der Universitätsklinikums 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.

4.15

Ärztliche Bescheinigung von Herrn 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 Herrn

....
....

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.

5.

Injektionsbedingte **Pflegebedürftigkeit**

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.

6.

Injektionsbedingter **Grad der Behinderung**

...

7.

Injektionsbedingte **volle Erwerbsminderung**

...

8.

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

Wie einleitend betont muss hierbei zwischen der generellen und die konkreten Schadenseignung der jeweiligen Covid-19-Injektion, die geltend gemachten Gesundheitsschäden kausal zu verursachen, differenziert werden. M.E. überschneiden sich die jeweiligen Argumente aber. Was generell geeignet ist, das bestätigt dann auch die konkreten Einzelfallnachweise in Form von ärztlichen Berichten und Gutachten.

Für die „generelle“ Schadenseignung hervorragend geeignet sind:

Gutachten zum Nutzen-Risiko-Verhältnis von Dr. Hans-Joachim Kremer in der Anlage K 4

Disproportionalitätsanalyse (DPA) von Dr. Kremer (zu diesem Begriff nachfolgend noch mehr)

Literaturanalyse zur Studienlage bezüglich bestimmter Krankheitsbilder und Diagnosen von Dr. Sabine C. Stebel

Für die „konkrete“ Schadenseignung empfehlen sich alle Laboranalysen und Berichte aller ärztlichen Behandler, die einen Post-Vac-Schaden ausdrücklich bejahen und begründen können.

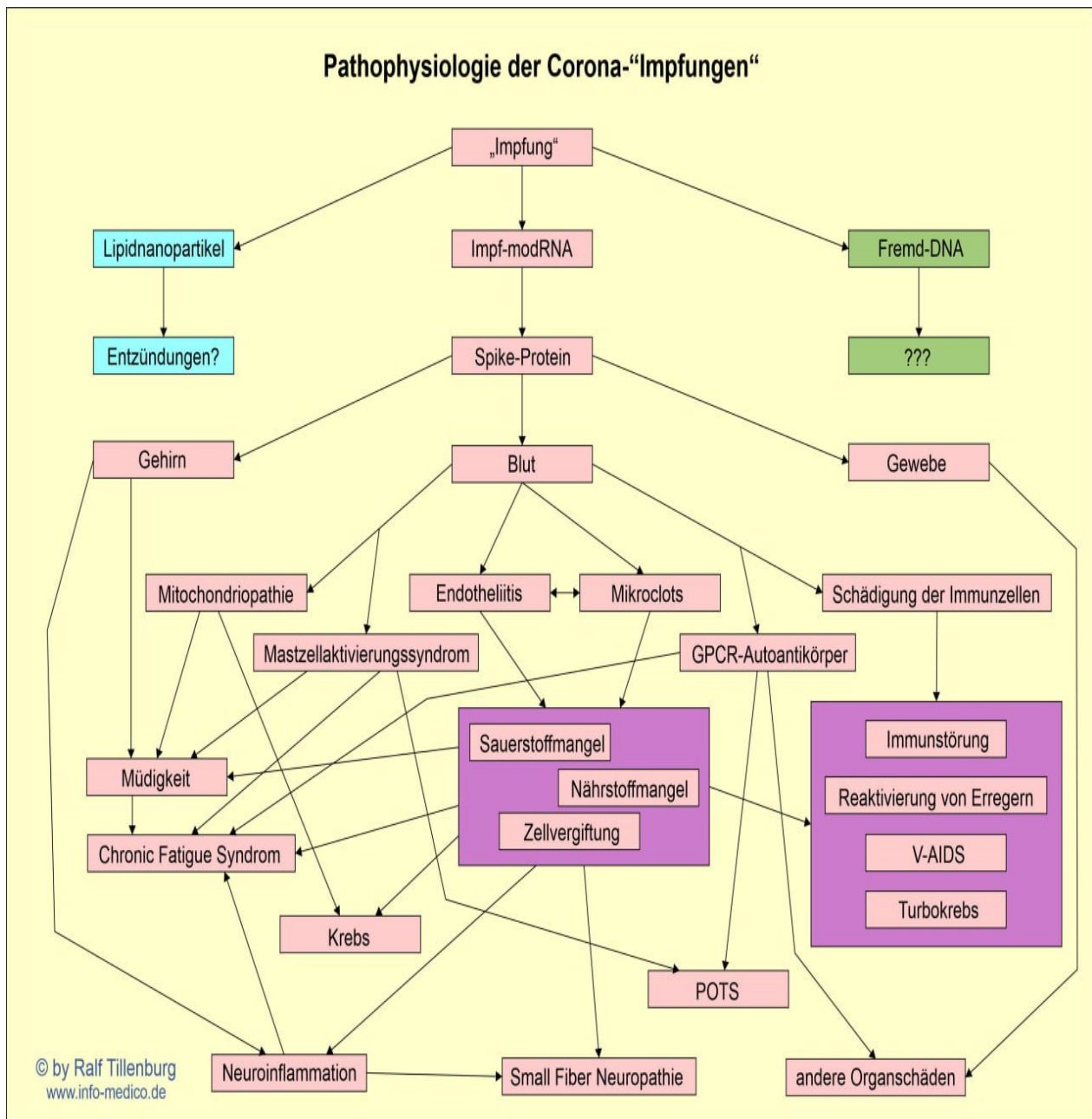
Ärzte wie Ralf Tillenburg bieten – im möglichen Rahmen – durchaus auch einzelfallbezogene ärztliche Gutachten an, sind hierbei aber wegen ihrer extremen Auslastung erheblich eingeschränkt.

1.

Grundsätzlich:

a)

Zur **Pathophysiologie** der Corona-Injektionen eine Übersicht des Düsseldorfer Arztes Ralf Tillenburg.



Eine Differenzierung und Zuordnung der einzelnen Symptome ist also trotz der hohen Komplexität des Post-Vac-Syndroms (das diese Symptome zusammenfasst) möglich, auch wenn mehrere Krankheitsbilder zu vergleichbaren Wirkungen und Symptomen wie z.B. der chronischen Müdigkeit von Injektionsgeschädigten führen können.

Ralf Tillenburg betreibt eine Schwerpunktpraxis für Covid-19-Injektionsgeschädigte und hat nach eigenen Angaben (Stand Oktober 2024) schon ca. 250 Covid-19-Injektionsgeschädigte behandelt.

b)

Zum tieferen Verständnis der Nebenwirkungen und kausalen Zusammenhänge in Post-Vac-Fällen wird das Buch „**Long Covid und Post-Vac**“ von Florian Schilling empfohlen.

Florian Schilling wird zugestimmt, dass es in der Medizin fast nie eine direkte Kausalität zwischen Laborwerten und Erkrankungen gibt. Grund ist seiner Auffassung nach die

fehlende Eins-zu-Eins-Beziehung zwischen Laborbefunden und Diagnosen. Denn es gebe kaum einen Laborwerte, der genau dann und nur dann im pathologischen Bereich sei, wenn eine bestimmte Erkrankung vorliege.

Florian Schilling führt hierzu in seinem vorgenannten Buch weiter aus:

„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.

c)

Das Zeitfenster für die Beurteilung eines Kausalzusammenhangs zwischen Impfung und unerwünschten Wirkungen muss mindestens auf bis zu 709 Tage, wahrscheinlich sogar auf über 1.500 Tage (!!!) ausgedehnt werden.

In der Zusammenfassung der Analyse von Dr. med. Karla Johanna Lehmann mit dem Titel „**Suspected Causes of the Specific Intolerance Profile of Spike-Based Covid-19 Vaccines (Review/Analysis)**“, die am 7.10.2024 im European Society of Medicine veröffentlicht wurde, heißt es (Zitat):

„Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, Erklärungen für viele der berichteten Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung auf Spike-Basis zu liefern und entsprechende Schlussfolgerungen zu ziehen.

Auf der Grundlage des vergleichsweise unverhältnismäßig großen Spektrums an unerwünschten Wirkungen von Impfstoffen auf Spike-Basis **spricht eine überwältigende Anzahl von Belegen für die Folgen der Hauptwirkungsweise von Covid-19-Impfstoffen auf Spike-Basis, nämlich die Herabregulierung des Angiotensin-konvertierenden Enzyms 2 (ACE2) durch Spikes.** Dieses Enzym ist ein wichtiger schützender Gegenregulator im Renin-Angiotensin-Aldosteron-System. Das Renin-Angiotensin-Aldosteron-System **ist nicht nur für die kardiovaskuläre Homöostase verantwortlich,**

sondern über seinen wichtigsten vasokonstriktorischen Effektor, Angiotensin II, auch an entzündungsfördernden, gerinnungsfördernden, fibrotischen und immunologischen Wirkungen beteiligt. Dies könnte das Ausmaß und die Vielfalt des Spektrums der Nebenwirkungen erklären.

Andere Spike-Effekte (Zellfusion, Bindung an Heparansulfat, Aktivierung des Toll-like-Rezeptors 4), Synergismen (Anstieg von Des-Arg9-Bradykinin, Katecholaminen) und die Beeinträchtigung der intestinalen Aminosäureaufnahme ergänzen und vervielfachen die ohnehin schon nachteiligen Auswirkungen der Spike-bedingten Herabregulierung von ACE2 auf die Verträglichkeit.

Covid-19-Impfstoffe auf Spike-Basis zeichnen sich durch ein klassenspezifisches Nebenwirkungsprofil aus. **Ein kausaler Zusammenhang zwischen einem aktivierten Renin-Angiotensin-Aldosteron-System und vasokonstriktiven und ischämischen Folgeerscheinungen kann als erwiesen angesehen werden.** Daher sollten eine Stimulation des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems und die gleichzeitige Verabreichung von vasokonstriktiven, katecholaminergen oder TLR4- und DABK-aktivierenden sowie Heparansulfat-hemmenden Arzneimitteln für die Dauer der Spike-Wirksamkeit vermieden werden.

Es hat sich gezeigt, dass Impfstoffspitzen systemisch verteilt werden und im Körper länger nachweisbar sind als bisher angenommen. **Nach derzeitigem Kenntnisstand kann das Zeitfenster für die Beurteilung eines Kausalzusammenhangs zwischen Impfung und unerwünschten Wirkungen auf bis zu sechs Monate ausgedehnt werden.**

Die Variabilität der unerwünschten Wirkungen dürfte vor allem bei den Spike-induzierenden Impfstoffen vergleichsweise hoch sein, da das Auftreten und der Schweregrad der unerwünschten Wirkungen von zahlreichen individuellen Faktoren und Gegenregulationsmechanismen beeinflusst werden kann. Hierzu gibt es keine Erkenntnisse.

Das außergewöhnlich breite Spektrum, die Häufigkeit und der Schweregrad der gemeldeten unerwünschten Reaktionen im Zusammenhang mit der Covid-19-Impfung auf Spike-Basis übersteigt das bekannte Niveau konventioneller Impfungen und gibt Anlass zu ernster Sorge. Aus pharmakologischer Sicht handelt es sich bei Spikes um hochwirksame Substanzen, aber nicht um harmlose Antigene. Daher scheinen sie sich nicht für eine präventive Immunisierung gegen vergleichsweise harmlose Infektionen zu eignen.“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://esmed.org/MRA/mra/article/view/5704>

Dass dieses Zeitfenster von einem halben Jahr viel zu kurz gefasst ist ergibt sich auch aus der Tatsache, dass Injektionsgeschädigte wie Kathrin König aus ... auf der Basis eindeutiger Laborbefunde nachweisen können, dass ihr Körper auch noch nach mehr als drei Jahren (!) Spikes produziert !!

Beweis:

Zeugnis der Frau Kathrin Koenig, ...

Und tatsächlich sind durch eine am 18.2.2025 veröffentlichte Studie mit dem Titel „**Immunological and Antigenic Signatures Associated with Chronic Illnesses after COVID-19 Vaccination**“ auch noch **709 Tage** nach der Injektion aktive Spikeproteine nachgewiesen worden.

Beweis:

Studie: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.18.25322379v1>

Tkp.at-Artikel hierzu: <https://tkp.at/2025/02/20/neue-studie-impf-spike-im-koerper-709-tage-nach-corona-mrna-injektion-nachweisbar/>

Über einen neuen traurigen und geradezu beängstigenden Rekord berichtete dann das Portal uncutnews.ch am 21.3.2025 unter der Überschrift: „**Krankenschwester schockiert: 1.542 Tage nach COVID-„Impfung“ produziert ihr Körper immer noch Spike-Proteine**“

<https://uncutnews.ch/krankenschwester-schockiert-1-542-tage-nach-covid-impfung-produziert-ihr-koerper-immer-noch-spike-proteine/>

d)

Die **Bradford-Hill-Kriterien** (benannt nach dem britischen Epidemiologen Austin Bradford Hill) „ermöglichen anhand von 9 Kriterien einen möglichen Kausalzusammenhang zwischen einer Ursache (z.B. Exposition gegenüber einer Noxe) und einem vermuteten Effekt (z.B. Erkrankung) zu beurteilen. In der Medizin kommen sie besonders im Public-Health-Bereich zum Einsatz...(Sie) dienen als Leitfaden und sind keine starren Regeln. Die Anwendung der Kriterien erfordert eine sorgfältige Analyse und Berücksichtigung verschiedener Faktoren.“

Zu diesen Kriterien zählen Effektstärke, Konsistenz, Spezifität, zeitlicher Zusammenhang, Dosis-Wirkungs-Beziehung, Biologische Plausibilität, Kohärenz, Experimentelle Überprüfung und Analogie.

Erläuterung zu den einzelnen Kriterien:

Effektstärke:

Je stärker die Beziehung zwischen Exposition und Krankheit ist, desto wahrscheinlicher ist eine kausale Beziehung.

Konsistenz:

Tritt der Zusammenhang häufiger auf? Ist er in verschiedenen Studien [reproduzierbar](#)?

Spezifität:

Es sollte eine spezifische Beziehung zwischen Exposition und Krankheit geben. Verursacht ausschließlich diese Exposition dieses Ergebnis?

Zeitlicher Zusammenhang:

Die Exposition sollte der Krankheit zeitlich vorausgehen.

Dosis-Wirkungs-Beziehung:

Eine stärkere Exposition zeigt einen stärkeren Effekt. Verringert die Beseitigung der Exposition das Risiko für das Ergebnis? Führt eine stärkere Exposition zu einem stärkeren Ergebnis?

Biologische Plausibilität:

Die Beziehung zwischen Exposition und Krankheit sollte biologisch plausibel sein und mit bekannten biologischen Mechanismen in Zusammenhang stehen. In der Praxis nicht immer gegeben, da viele biologische Mechanismen auch heute noch ungeklärt sind

Kohärenz:

Die Beziehung zwischen Exposition und Krankheit sollte mit den bekannten Fakten über die Erkrankung im Einklang stehen. Stimmt die beobachtete Beziehung mit dem Stand der Wissenschaft und Medizin überein?

Experimentelle Überprüfung:

Der Kausalzusammenhang lässt sich in Experimenten (z.B. tierexperimentell, im Labor, durch Interventionen) bestätigen. Ist die Hypothese statistisch überprüfbar?

(Anmerkung: Ja, solche Hypothesen sind statistisch überprüfbar durch Disproportionalitätsanalysen (DPAs)).

Analogie:

Es gibt ähnliche Zusammenhänge, für die eine Kausalität bekannt ist. Werden andere Möglichkeiten in Betracht gezogen, die den beobachteten Zusammenhang ermöglichen könnten?

Quelle:

<https://flexikon.doccheck.com/de/Bradford-Hill-Kriterien>

2.

Nachweis der (generellen) Kausalität durch Disproportionalitätsanalysen (DPA)

Zu den Diagnosen der Antragstellerin hat der sachverständige Zeuge Dr. Hans-Joachim Kremer Disproportionalitätsanalysen (DPA) durchgeführt und ist dabei zu folgenden eindeutigen Ergebnissen gelangt (**Zitat**):

(Anmerkung: Die in dem hier anonymisierten Fall tatsächlich vorgetragene DPA war in Wahrheit noch viel umfangreicher)

1.Hintergründe

Frau ... befindet sich derzeit in einem Verfahren zur Anerkennung ihrer Impfschäden, welche offensichtlich durch Comirnaty verursacht wurde, sowie in einer diesbezüglichen Zivilklage gegen den verantwortlichen Hersteller, die BioNtech GmbH in Mainz.

Mir wurde 85 Seiten starke Krankenakte zur Verfügung gestellt. Daraus habe ich die wesentlichen Diagnosen extrahiert.

Soweit relevant, habe ich diese Diagnosen Analysen der Unverhältnismäßigkeit (=Disproportionalitätsanalysen, DPA) unterzogen. Als Basis nutze ich dafür die jedermann leicht zugänglichen Daten der **US Vakzinovigilanz-Datenbank VAERS**. Zum Vergleich nutzte ich alle Ereignisse nach irgendeiner Impfung zwischen 2012 und November 2020, d.h. vor irgendeiner Impfung mit einem COVID-19-Impfstoff. Weitere Details finden Sie z.B. in meinen TKP-Artikel zu DPA.^{1 2}

2. Diagnosen

2.1 COVID-19 Impfungen

Aus den Krankenunterlagen gehen nur sporadisch und bruchstückhaft und widersprüchlich Angaben zur Impfung hervor. Es wäre sinnvoll, verlässliche und genaue Datumsangaben aus anderen Dokumenten zu entnehmen, vor allem aus dem Impfpass. Zusätzliche hausärztliche Dokumente wären sinnvoll; diese Dokumente liegen mir momentan nicht vor.

Laut dem Pflegegutachten wurde ... im zum zweiten Mal mit Comirnaty geimpft.

Quelle (z.B.): Seite ... der Krankenakte, Pflegegrad-Gutachten datiert

Die Angabe „im ...“ ist höchstwahrscheinlich unrichtig. Denn im Anhang eben dieses Pflegegutachtens gibt es eine Bescheinigung ihrer Krankenkasse, wonach eine „schwerwiegend chronische Erkrankung“ bereits seit dem ...besteht.

Die Datumsangaben sollte unbedingt anhand Impfpass und hausärztlichen Unterlagen richtig gestellt werden. Vor allem auch, weil einige Stellen, wie z.B. die Uniklinik Giessen-Marburg, hierzu eine gewisse Vertuschungsstrategie zu fahren scheinen (siehe nächstes Kapitel).

2.2 Lymphadenopathie

Quelle (z.B.): Seite ... der Krankenakte, Uniklinik ..., datiert ...

Seit „07/2021“, „anamnestisch nach Coronaimpfung“.

Weder wurde hier das Datum der Impfung angegeben, noch der Startpunkt der Beschwerden genau bestimmt. Ich gehe davon aus, dass die Patientin hier den Zusammenhang zur „Coronaimpfung“ eindeutig benannt hatte, was die Ärzte zwar dokumentierten, aber es ist offensichtlich, dass diese dem Verdacht nicht weiter nachgehen wollten. Man muss hier daran erinnern, dass selbst der Chef der STIKO, Prof. Mertens,

¹ Dr. Hans-Joachim Kremer, 5. Juli 2022. Gute und schlechte Signaldetektion von gefährlichen Impf-Nebenwirkungen.
<https://tkp.at/2022/07/05/gute-und-schlechte-signaldetektion-von-gefaehrlichen-impf-nebenwirkungen/>

² Dr. Hans-Joachim Kremer, 3 März 2023. VAERS-Daten belegen Turbokrebs (1): Prostatakrebs.
<https://tkp.at/2023/03/03/vaers-daten-belegen-turbokrebs-1-prostatakrebs/>

einmal empfahl, die Patienten sollte auf „Long-Covid“ oder „Post-Covid“ plädieren, um eine Erstattung der Diagnose- und Behandlungskosten zu erhalten. Also die Aufforderung zu Lüge, de facto Korruption zu Verschleierung des Kausalzusammenhangs.

Nach Aussage des Gutachtens

Lymphadenopathie wurde bereits im Januar oder Februar 2021 als Nebenwirkung von Comirnaty in die Fachinformation aufgenommen. **Dies lag offensichtlich daran, dass diese Nebenwirkung sich bereits statistisch signifikant gehäuft in der Placebo-kontrollierten Studie C4591001 gezeigt hatte.**

Auch in der späteren DPA der CDC³ zeigte sich Lymphadenopathie als eine der häufigsten Nebenwirkungen:

	12/14/2020- 07/29/2022 COVID19 mRNA N=660643	01/01/2009- 07/29/2022 NON- COVID19 N=242091	12/14- 07/29 Chi- Square	12/14- 07/29 PRR	12/14- 07/29 LCL	12/14- 07/29 UCL
MedDRA Codes ALL Reports (18+) LYMPHADENOPATHY	22000	3247	2577.15	2.48	2.39	2.58

NB: Jeder Wert für Chi-Quadrat (χ^2) oberhalb von 18,1 ergibt einen p-Wert von <0.00001 . **Der Chi²-Wert von 2577 ist deshalb als extrem zu bezeichnen, so dass man direkt eine Kausalität annehmen muss.**

Weitere DPA sind deshalb nicht nötig.

Zu diesem Gutachten ist noch anzumerken, dass es von der „Klinik für Hämatologie, Onkologie und Immunologie“ angefertigt wurde. Zwar deutet das „Immunologie“ eine gewisse Erfahrung in Sachen Rheumatologie an, tatsächlich betrafen alle Untersuchungen lediglich den Ausschluss eines Non-Hodgkin-Lymphoms; dieser Verdacht, wurde, soweit ich sehen kann, dann auch nicht weiter verfolgt.

2.3 Sakroiliitis und Spondyloarthritis

Quelle (z.B.): Seite ... und ... der Krankenakte, Uniklinik ..., datiert ...

Diese beiden Diagnosen finden sich nicht in oben erwähnter DPA der CDC; dies liegt vermutlich an der mangelhaften Trennschärfe des Ansatzes der CDC sowie am fehlenden Zusammenführen von verschiedenen Begriffen, was zu „Verdünnung“, also mangelhafter Sensitivität führt.³

Es muss offenbleiben, ob sich um verschiedene Krankheiten oder, was wahrscheinlicher erscheint, verschiedenen Beschreibungen ein und derselben Erkrankungen handelt. Oft wird in diesem Zusammenhang auch von „ankylosing spondylitis“ gesprochen. Ich habe für diese Recherche daher nach jedem einzelnen Begriff sowie deren OR-Verknüpfung gesucht. Der VAERS-Thesaurus gibt auf diese Suchbegriffe noch weitere Begriffe heraus.

³ Dr. Hans-Joachim Kremer, 14. Februar 2023. 21. CDC Analyse: Massenhaft schwerste Nebenwirkungen – ohne Einschreiten der Behörden.
<https://tkp.at/2023/02/14/cdc-analyse-massenhaft-schwerste-nebenwirkungen-ohne-einschreiten-der-behoerden/>

Ganz davon abgesehen ist eindeutig, dass es sich stets um Erkrankungen des „rheumatischen Formenkreises“ handelt.

Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der DPA basierend auf aktuellen Daten. Die eigentliche Sakroiliitis wurde bislang extrem selten, nämlich nur einmal, als Verdachtsfall einer Nebenwirkung einer Impfung gemeldet. Auch nach Comirnaty oder Spikevax nur 7 bzw. 10 mal. Der eine Fall nach sonstiger Impfung führt dazu, dass zwar ein numerische Unverhältnismäßigkeit (PRR >1) vorliegt, diese aber nicht signifikant ist.

Umso wichtiger ist die Einbeziehung ähnlicher Begriffe, die vermutlich stets ein und dasselbe Krankheitsbild beschreiben. Man kann und sollte sich hierbei auf die Thesaurus-Vorschläge von VAERS verlassen. Dies ist umso sinnvoller, als auch die Uniklinik Frankfurt den Begriff Spondyloarthritis hier verwendete. Diese ist wiederum identisch bzw. nahezu deckungsgleich zu Spondylitis oder „ankylosing spndylitis“. **Hier zeigen sich eindeutige Signale.**

Dies trifft noch weit deutlicher zu, wenn man irgendeinen Begriff dazu aus dem Thesaurus zugrunde legt ($p < 0.00001$, hochsignifikant). Der Begriff „psoriatic arthropathy“ alleine ist deutlich erhöht, aber das würde auch für „any without psoriatic arthropathy“ zutreffen ($p = 0.00001$). **Demnach kann kein Zweifel bestehen, dass der Formenkreis Sakroiliits, Spondyloarthritis und Spondylitis Nebenwirkungen von Comirnaty sind.**

Sacroiliitis or spondyloarthritis or similar

Comirnaty:	reported, vacc., onset: Dec 2020 until now	Data until 26 July 2024
Control, any vaccine:	reported, vacc., onset: 2012 to Nov 2020	Drawn: 2024-09-01
	Age: 18+ both sex	
	Original C19-vax inkl. Bivalent product	

	Comirnaty	Control	p-value			
Number of reports (cases)	363 097	154 733		PRR	lo 95% CL	up 95% CL
Any of the below	137	13	<0.00001	4.49	2.55	7.92
Ankylosing spondylitis	25	2	0.01	5.33	1.27	22.42
Axial spondilitis	1	0	n.cal.	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Psoriatic arthropathy	67	5	<0.00001	5.71	2.31	14.14
Sacroiliitis	7	1	n.cal.	2.98	0.37	24.14
Spondylitis	37	5	0.0105	3.15	1.24	8.01
Any without psor. arthrop.	70	8	0.00001	3.73	1.80	7.74

	modRNA	Control	p-value			
Number of reports (cases)	747 492	154 733		PRR	lo 95% CL	up 95% CL
Any of the below	256	13	<0.00001	4.08	2.34	7.11
Ankylosing spondylitis	44	2	0.0175	4.55	1.11	18.73
Axial spondilitis	1	0	n.cal.	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Psoriatic arthropathy	128	5	<0.00001	5.30	2.17	12.93
Sacroiliitis	10	1	n.cal.	2.07	0.27	16.10
Spondylitis	74	5	0.007	3.06	1.24	7.56
Any without psor. arthrop.	128	8	0.00001	3.31	1.62	6.76

modRNA: any Comirnaty or Spikevax product

Obige Tabelle zeigt zudem im unteren Teil die entsprechenden Schätzwerte für alle mdoRNA-COVID-19-Produkte. Die Werte für PRR sind durchgehend minimal niedriger, was zeigt, dass diese Problematik typisch für diese Impfstoffe ist, aber dass Spikevac (von Moderna) minimal weniger risikoreich war; übrigens eine Beobachtung, die sich durch alle oder mindestens fast alle Nebenwirkungen zieht.

2.4 ME-CFS

Quelle (z.B.): Seite ... der Krankenakte, ... Krankenhaus ..., datiert ...

Dort wird eigentlich „**chronic fatigue syndrome**“ (**CFS**) ausgewiesen. Nach allgemeiner moderner Lesart wird eher ME-CFS bevorzugt, was für „mylagic encephalomyelitis – chronic fatigue syndrome“ steht.

Such man im Thesaurus von VAERS explizit nach „mylagic encephalomyelitis“, werden die Diagnosen „chronic fatigue syndrome“ und „post-viral fatigue syndrome“ ausgewiesen. Ein weiterer Beleg, dass es sich beim ME-CFS um ein und dasselbe Syndrom handelt.

Das ME-CFS ist eindeutig signifikant ($p = 0.0015$) erhöht nach Comirnaty. Ähnlich die beiden separaten Diagnosen; cave: diese Schätzwerte sind nur zu Dokumentationszwecken ausgewiesen. Der Schätzwert für ME-CFS ist direkt relevant.

ME-CFS

Comirnaty:	reported, vacc., onset: Dec 2020 until now	Data until 26 July 2024
Control, any vaccine:	reported, vacc., onset: 2012 to Nov 2020	Drawn: 2024-09-01
	Age: 18+ both sex	
	Original C19-vax inkl. Bivalent product	

	Comirnaty	Control	p-value		lo 95% CL	up 95% CL
Number of reoprts (cases)	363 097	154 733		PRR		
ME-CFS	48	6	0.0016	3.41	1.46	7.95
Chronic fatigue syndrome	39	6	0.014	2.77	1.17	6.53
Post-viral fatigue syndrome	21	1	0.0084	8.95	1.21	66.26

	modRNA	Control	p-value		lo 95% CL	up 95% CL
Number of reoprts (cases)	747 492	154 733		PRR		
ME-CFS	82	6	0.0069	2.83	1.24	6.47
Chronic fatigue syndrome	63	6	0.0769	2.17	0.94	5.01
Post-viral fatigue syndrome	37	1	0.0154	7.66	1.06	55.60

modRNA: any Comirnaty or Spikevax product

Auch hier zeigt sich, dass die Hinzunahme von Spikevax die Signale leicht verwässert.

Beweis:

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

Zu beachten ist, dass bei Berichten verschiedener Ärzte nicht zu erwarten ist, dass alle 1:1 zu den gleichen Feststellungen gelangen und in der Diagnostik absolute Konsistenz besteht.

Die Klägerin hat somit durch Comirnaty gesundheitliche Schäden erlitten, die über das übliche Ausmaß einer Reaktion auf eine Schutzimpfung oder andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe hinausgeht.“ (vgl. Definition in § 24 SGB IVX).

3.

Nachweise der Kausalität in Form von Blutwerten / Antikörpern / Gewebeproben / zeitlicher Zusammenhang

Welche Diagnostik ist in diesem Zusammenhang überhaupt sinnvoll?

Soweit einige der nachfolgend genannten Analysen veranlasst wurden, wird hierzu nach Erhalt der Analyseberichte noch nachgetragen werden.

3.1

Der äußerst erfahrene Arzt Ralf Tillenburg macht hierzu folgende Empfehlungen:

Sinnvolle Diagnostik

Name	Labor	
Endotheliitis		
VEGF	IMD	30
Rantes (CCL5)	IMD	30
IL-6	IMD	30
IL-8	IMD	30
TNF- α	IMD	18
SARS-CoV-2-AK IgG	IMD	18
Spikes im Serum	IMD	30
Mitochondriopathie		
LDH 1 bis 5	Biovis	25
oder		
BHI	Biovis	150
Neuroinflammation (Urin)		
NT-Tryptophan plus	Biovis	250
Autoimmunität		
GPCR-AAK	IMD	200
ACE-2-AAK	IMD	25
MCAS		
Histamin	MLD	Kasse
DAO Aktivität	MLD	Kasse
Tryptase	MLD	Kasse

Leaky Gut (Stuhl)		
Zonulin	Biovis	30
sekr. Ig-A	Biovis	9
alpha-1-AT	Biovis	11

Radikale		
Multisystemerkrankung/Nitrostress	IMD	180
oxidativer Stress	IMD	90
Vitamin D		
1,25-OH-Vitamin D	Biovis	44
25-OH Vitamin D	Biovis	28
Vitamin D ratio	Biovis	70
V-AIDS		
Th1/2/17 Zytokinprofil	IMD	100
Tumor-Killing Test NK-Zellen)	Biovis	200

- Dazu gehört auf jeden Fall ein umfangreiches „normales“ Labor:
- BB, Gerinnung, D-Dimere, Leberwerte, Nierenwerte, CRP, TSH, fT3, Cortisol, BZ, HbA1c, HS
- ANA, AMA, ANCA, APLA, ACLA, TPO
- Troponin, pro-BNP
- Lymphozytendifferenzierung

Besonderheiten

- Nach einer Studie der Uni Düsseldorf ist bei PostVac-Betroffenen:
- In 90% IL-8 erhöht
- In 60% IL-6 erhöht
- In 37% HS erniedrigt
- In 34% fT3 erniedrigt
- Daraus folgt:
- Nur in 1,7% aller Betroffenen sind alle diese vier Werte unauffällig
- In 6,8% aller Betroffenen sind alle vier Werte pathologisch.

Konsequenz: Allein durch Bestimmung dieser vier Werte kann bei einem Großteil der Betroffenen schon ein Anfangsverdacht geäußert werden, wenn mindestens einer dieser Werte im og. Sinne pathologisch ist.

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Ralf Tillenburger, Breidenplatz 14, 40627 Düsseldorf

3.2

Weitere aufschlussreiche und beweisrelevante Untersuchungen zum Nachweis der Kausalität zwischen Injektion und Gesundheitsschäden bietet auch das Institut für Molekulare Diagnostik (Inmodia GmbH) an, u.a.:

Massenspektroskopie-Sequenzierung der Spikeproteine (Impfung vs Infektion)

Nachweis von Plasmid-DNA Integration ins Zellgenom

Link zur Homepage:

<https://inmodia.de/anfragen/>

3.3

Fragmente der Covid-19-mRNA 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:

3.4

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.

Hier wird daran erinnert, dass ein „wirksamer“ Infektionsschutz, wenn er denn überhaupt möglich wäre, eigentlich dort zur Bildung von Antikörpern führen sollte, wo sie sinnvoll sind (in den Schleimhäuten).

3.5

Sonstige Blutwerte:

...

3.6

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.

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 Banerjee, 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 des 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?⁴

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

Am 4.3.2025 berichtet tkp.at schließlich über eine neue große Studie an neun Millionen Menschen, die bestätigt, (Zitat) „dass Covid-mRNA-Injektionen impfstoffinduziertes AIDS, auch bekannt als VAIDS, verursachen. Das Immunsystem wird durch die Impfung erheblich geschwächt, die Geimpften werden anfälliger für Krankheiten.“

Weiter heißt es in diesem Artikel (Zitat):

„TKP berichtet schon seit Anfang 2022 ausführlich über Vakzin-AIDS, [wie etwa hier am 13. Februar 2022](#). Eine weitere Studie bestätigt, dass mRNA-Impfungen einen weltweiten Anstieg der Fälle von impfstoffassoziiertem Immunschwächesyndrom (VAIDS) verursacht haben. Die Studie hat die Behauptungen der Unternehmensmedien und diverser „Faktenprüfer“ widerlegt, die zuvor Berichte über VAIDS als „Verschwörungstheorien“ abgetan hatten...“

Das Team wurde von [Professor Solam Lee](#) von der [Yonsei University Wonju College of Medicine](#), Abteilung für Dermatologie, geleitet. Die Studie mit dem Titel „Long-term risk

of autoimmune diseases after mRNA-based SARS-CoV2 vaccination in a Korean, nationwide, population-based cohort study“ (Long-term risk of autoimmune diseases after mRNA-based SARS-CoV2 vaccination in a Korean, nationwide, population-based cohort study) wurde in Nature [veröffentlicht](#).

Die primäre Kohortenstudie analysierte offizielle Regierungsdaten aus den Datenbanken des National Health Insurance Service (NHIS) und der Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA).

Die Regierungsdatenbanken umfassen die Gesundheitsdaten von mehr als 99 Prozent der gesamten koreanischen Bevölkerung. Die umfassende Datenbank enthält auch Aufzeichnungen über die COVID-19-Diagnosen und Covid-Impfprofile jedes Einzelnen.

Für die Studie verwendeten die Forscher einen Datensatz mit insgesamt 9.258.803 Personen, die mindestens die erste Dosis eines mRNA-COVID-19-Impfstoffs erhalten hatten. Die Forscher bildeten eine Kontrollkohorte innerhalb der mRNA-geimpften Personen und gingen vom Datum der ersten Dosis der mRNA-Impfung aus zwei Jahre zurück in den Beobachtungszeitraum.

Insgesamt wurden 4.445.333 bzw. 4.444.932 Patienten in die Impf- bzw. historische Kontrollkohorte aufgenommen und alle wurden mindestens ein Jahr lang beobachtet.

In der Studie kommen die Autoren zu dem Schluss, dass bestimmte „autoimmune Bindegewebserkrankungen (AI-CTDs)“ bei Personen, die Covid-mRNA-Injektionen erhalten haben, stark zunehmen.

Die Studie bestätigt frühere Berichte, wonach die mRNA-Impfungen mit einem Anstieg von Autoimmunerkrankungen in Verbindung stehen. Dies ist jedoch die bisher größte Studie, die bestätigt, dass die Covid-mRNA-Injektionen für den Anstieg von VAIDS verantwortlich sind.

Der Nachbeobachtungszeitraum beträgt über 471 Tage.

Um Selektionsverzerrungen zu minimieren, führte das Team eine historische Kontrollkohorte ein.

Darüber hinaus berücksichtigten die Autoren mehrere Störfaktoren wie Geschlecht, Alter, Art des mRNA-Impfstoffs, Kreuzimpfung und COVID-19-Diagnosestatus, um ihre potenziellen Auswirkungen zu berücksichtigen, und entwarfen eine Analyse, in der Auffrischungsimpfungen als zeitvariable Kovariate behandelt wurden, um ihre Variabilität während der Beobachtung zu berücksichtigen.“

Beweis:

Studie: <https://www.nature.com/articles/s41467-024-50656-8>

Tkp.at-Artikel hierzu: <https://tkp.at/2025/03/04/weitere-studie-weist-nach-aids-durch-corona-impfung/>

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 Diagnosen, mit denen die Beklagte das gesamte Spektrum an Nebenwirkungen erfassen wollte (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;Antisynthetase 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;C1q 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;Hypergammaglobulinaemia 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 blennorrhagica;Ketosis-prone diabetes mellitus;Kounis syndrome;Lafora's myoclonic epilepsy;Lambli'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;Paraneoplastic 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;Urticular 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 Analphabeten "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.

Äußerst „beeindruckend“ ist bereits das Pfizer-Dokument mit dem Titel **“5.3.6 Cumulative Analysis of Post-Authorization Adverse Event Reports of PF-07302048 (BNT162B2) Ceceived trough 28-Feb-2021”**, das die Auswertung aller unerwünschten Nebenwirkungen von Comirnaty bis zum 28.2.2021 beinhaltet und hier als

Anlage B 15 A

überreicht wird.

Dort findet sich in der „General Overview“ auf Seite 7 unter „Fatal“ (tödlich) die Zahl 1.223 !!!

Man wusste also schon damals vom wahren Gefahrenpotential. Aber hier in Deutschland behauptet ein Gesundheitsminister bis in den Juni 2022 hinein, diese Injektionen wären „nebenwirkungsfrei“.

Dieses Dokument war für jedermann (!) ab dem 17.11.2021 online zugänglich !!

Pfizer 16+ Documents

Documents with a large file size are provided in a .zip file and will need to be uncompressed after download.

[DOWNLOAD FULL PRODUCTIONS HERE](#)

Search: [Reset](#)

3 documents (2,369 in total)

File Name	Date Produced	File Size	Link
125742_S2_M3_32p8_postapproval stability.pdf	November 1, 2023	2 MB	Download ☐
reissue_5.3.6 postmarketing experience.pdf	April 1, 2022	958 KB	Download ☐
5.3.6 postmarketing experience.pdf	November 17, 2021	984 KB	Download ☐

Show per page

3 documents (2,369 in total)

[Download Selected Documents](#)

Abrufbar war und ist dieses Dokument über folgenden Link:

<https://phmpt.org/pfizer-16-plus-documents/>

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 B

überreicht.

3.

Die Liste der dem PEI bekannten Nebenwirkungen

Das PEI hat die Berichterstattung einfach zum 31.3.2023 eingestellt. Warum? Waren die Daten zu verheerend?

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/sicherheitsbericht/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 Produktinformationen 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“, die 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: ...

Beweis: Gutachten von

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.

6.

Die Bezeichnung „Long Covid“ oder die Frage wie man Injektionsschäden vertuscht

Abermals sei betont.

Die Krankheitssymptome der Klägerin können nicht mit „Long-Covid“ hinweggeklärt werden.

Erfahrene Ärzte wie der sachverständige Zeuge Ralf Tillenburg gehen mit guten Argumenten davon aus, dass es so etwas wie „Long-Covid“ gar nicht gibt.

Auf seiner Homepage hat er am 2.12.2024 einen Artikel mit der Überschrift **„Es gibt kein Long-Covid“ veröffentlicht, in dem es u.a. heißt (Zitat):**

„...Wir wissen also, Sie hatten eine Atemwegserkrankung, ausgelöst durch irgendein Virus, und seitdem sind Sie krank. Wie nennt man das?

Postinfektiöses Müdigkeitssyndrom

Man kann es auch postvirales Syndrom nennen, diese Erkrankung ist seit Jahrzehnten bekannt und kann nach jedem Virusinfekt auftreten. Aus Gründen, die bis heute nicht vollständig geklärt sind, kann es (dann wenn das Virus in seltenen Fällen doch in die Blutbahn gelangt) zu systemischen Reaktionen und einer Multisystem-Erkrankung führen, eben das Postvirale Syndrom oder Postinfektiöse Müdigkeitssyndrom. Dieses gibt es nach Grippe, nach EBV-Infektion, nach RSV- und jeder anderen Virusinfektion. Gab es immer schon, ist also nichts neues.

Neu ist nur, dass einige Schlaumeier dem ganzen einen neuen Namen gegeben haben, nämlich „Long-Covid“, und zwar aus nur zwei Gründen: Angst zu erzeugen und von den Nebenwirkungen der Genspritze abzulenken.

Ein psychologischer Trick, und (fast) alle sind darauf hereingefallen. Aber Sie, verehrte Leser, wissen ja jetzt, dass es das gar nicht gibt, jedenfalls nicht als eigenständige Erkrankung..." (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://info-medico.de/post/kein-long-covid>

Beweis:

Sachverständiges Zeugnis von Ralf Tillenburg, wie vor

E/2) Begründung der Klageanträge/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 bestimmungsgemäßem 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 Beweiserleichterung in § 84 Abs. 2 S. 1 AMG zu beachten.

Höchst vorsorglich sei schon einleitend hervorgehoben:

§ 84 Abs. 1 S. 2 AMG spricht von den Erkenntnissen „der medizinischen Wissenschaft“, nicht von den „Behauptungen“ oder „Erkenntnissen“ der EMA.

Die EMA steht nicht für die medizinische Wissenschaft, ist nicht mit ihr identisch.

Vielmehr kann die unwissenschaftliche Arbeitsweise unter der Leitung ihrer vormaligen Pharmedlobbyistin Emer Cook, die schon bei der bedingten Zulassung von Comirnaty offenbar als unliebsam empfundene Sachverhalte ignoriert und die gesetzlichen Voraussetzungen für die bedingte Zulassung von Comirnaty willkürlich suspendiert hat, als erwiesen angesehen werden.

Wenn es also auf die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft ankommt, dann muss die Wissenschaft auch – eben durch die Einvernahme von unabhängigen sachverständigen Zeugen, die nicht durch ihre Beziehungen zur Pharmaindustrie oder zu systematisch versagenden „Aufsichtsbehörden“ wie die EMA diskreditiert sind – vor Gericht zur Sprache kommen können.

Das der Sache nach immer wieder rezitierte Glaubensmantra „Die EMA hat immer recht, und keiner darf es hinterfragen!“ hat in Bezug auf Covid-19-Injektionen wie Comirnaty zu folgender absurder – man kann auch sagen: kafkaesk anmutender – Konsequenz geführt:

§ 84 AMG bezieht sich von vornherein nur auf zugelassene „Arzneimittel, bei denen die EMA vor der Zulassung u.a. auch die Frage des Nutzen-Risiko-Verhältnisses i.S. des § 84 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 AMG geprüft und bejaht hat. Kein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis- keine Zulassung.

Aber sobald die EMA ein „Arzneimittel“ wie Comirnaty (bedingt) zugelassen wurde, läuft ein Anspruch nach § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG (angeblich) immer von vornherein ins Leere, denn die EMA hat das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis ja schon bejaht und das Mittel ja zugelassen.

Nach dieser Logik würde der Anspruch nach § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG aber nie greifen.

Mitarbeiter der komplett korrumpierten EMA müssten im Übrigen, wenn sie in einem solchen Gerichtsverfahren als sachverständige Zeugen auftreten würden, wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden.

Zu der Frage, ob diese Regelung europarechtskonform ist, dürfte hinreichend sein, hierzu auf den Kommentar von Kügel/Müller/Hofmann zum AMG, 3. Auflage, Vor §§ 84-94 a, RN 14 hinzuweisen.

Gemäß den dortigen Klarstellungen ist es den Mitgliedsstaaten nicht verwehrt, unterschiedliche Anforderungen an das Beweismaß zu stellen. So heißt es dort u.a. (Zitat):

„Zulässig ist nach der RL auch die Anwendung der traditionellen Beweiserleichterungen des Anscheinsbeweises, bei dem es sich um eine typisierte Ausprägung des Vollbeweises handelt. § 84 II ist jedoch nicht als Reduzierung des Beweismaßes zu verstehen und auch keine Form des Anscheinsbeweises. § 84 II 1 spaltet den Kausalitätsnachweis in unterschiedliche Teilbereiche. Danach hat der Geschädigte nur noch zu beweisen, dass das Arzneimittel im Einzelfall geeignet ist, den Schaden herbeizuführen. Dies verlangt keinen typischen Geschehensablauf, wie er beim Anscheinsbeweis erforderlich wäre.

Im Ergebnis führt § 84 II dazu, dass der Ursachenzusammenhang zwischen der vorgebrachten Arzneimittelanwendung und dem vorgebrachten Schaden „vermutet“ wird und keines über die Vermutungsbasis hinausgehenden Beweises durch den Anspruchsteller mehr bedarf.“ (Kügel/Müller/Hofmann, ebenda, Vor §§ 84 – 94 a, RN 14).

Und weiter heißt es ebenda (Zitat):

„Die Frage der Richtlinienkonformität des **Auskunftsanspruchs nach § 84 a (!)** war in dem vom EU zu entscheidenden Fall nicht entscheidungserheblich....Der EuGH hat jüngst seine ständige Rechtsprechung bestätigt, dass eine Änderung der Beweislast durch nationales Recht nicht zulässig ist, jedoch mitgliedstaatliche Beweiserhebungs- und Beweiswürdigungsregelungen von der RL 85/374/EWG unberührt bleiben.“ (ebenda mit Verweis auf EuGH, Urteil vom 21.6.2017 – Rs. C-621/15).

„Es bleibt dabei, dass es Sache des Geschädigten ist, dass es Sache des Geschädigten ist, anhand aller nach nationalem Recht zulässigen Beweismittel einen ursächlichen Zusammenhang zu beweisen (Kügel/Müller/Hofmann, ebenda).

Die vorgenannte Entscheidung des EuGH lässt somit keine konkreten Rückschlüsse auf eine Richtlinienkonformität des § 84 II zu, dass es in § 84 II schon nicht um Beweiserhebungs- und Beweiswürdigungsregelungen geht, sondern um eine Kausalitätsvermutung (ebenso Kügel/Müller/Hoffmann, ebenda).

Die Tatsachen, die diese Kausalitätsvermutung begründen, hat die Klägerin aber oben vortragen und auch nachgewiesen.

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 Verschuldenserfordernisses 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 et 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 et 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".

Im Hinblick auf die Frage, ob Comirnaty **generell** geeignet ist, Gesundheitsbeeinträchtigungen wie die hier geltend gemachten zu verursachen (**generelle Schadenseignung**), kommt die Klägerin ihrer Darlegungslast insbesondere durch die Anlage K4 nach, insbesondere die dortigen Ausführungen unter Gliederungspunkt „7.“ ab Seite 141 zur „Sicherheit und Verträglichkeit von Comirnaty“, worauf zur Wahrung der Übersichtlichkeit abermals verwiesen wird.

Comirnaty ist somit generell geeignet, die von der Klägerin geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigungen, d.h.

- ME/CFS (Myalgische Enzephalomyelitis / Chronisches Fatigue Syndrom)
- POTS (posturales orthostatisches Tachykardiesyndrom)
- chron<ische> Entzündungen
- Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen,
- chron<ische> Schmerzen
- Konzentrationsstörungen
- Depressionen

zu verursachen.

Beweis:

Gutachten zu Anlage K4

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

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

Schon in 2022 wurde über das häufige Auftreten des CFS nach einer Covid-19-Injektion berichtet, so wie in dem Beitrag auf tkp.at vom 11.4.2022 mit dem Titel „**Chronic Fatigue Syndrom als massives Problem nach Impfung: Was tun?**“,

Quelle:

<https://tkp.at/2022/04/11/chronic-fatigue-syndrom-als-massives-problem-nach-impfung-was-tun/>

Sehen wir uns von den o.g. Diagnosen der Klägerin etwas näher an.

Die „generelle“ Schadenseignung von Comirnaty, die bei der Klägerin diagnostizierten Krankheitsbilder auszulösen, ist mittlerweile sehr gut belegt.

So fasst die Expertin Dr. Sabine C. Stebel ihre Erkenntnisse hierzu in ihrem Substack vom 3.6.2024 mit dem Titel „**Chronic fatigue Syndrom**“ wie folgt zusammen, wobei insbesondere auch die Diagnosen des sachverständigen Zeugen Ralf Tillenburg

- a) **Endotheliitis (Entzündung der Gefäß-Innenhaut)**
- b) **Mitochondriopathie**
- c) **Neuroinflammation**
- d) **Autoimmunitätssyndrom**

Beweis:

Ärztliche Bescheinigungen des Arztes ... vom ... und ... im **Anlagenkonvolut K13**
Sachverständiges Zeugnis von Ralf Tillenburg, wie vor

ausführlich gewürdigt und mit lauter Quellen belegt werden (**Zitat**):

„**Chronic fatigue Syndrom**“

ist, wie der Name bereits andeutet, ein SYNDROM....“ (hier kann der vollständige Inhalt dieses Substacks zitiert werden)

Quelle:

<https://drbine.substack.com/p/chronic-fatigue-syndrom>

Beweis:

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

An der „generellen“ Eignung von Spikevax, die o.g. Gesundheitsschäden zu verursachen, ist somit überhaupt kein Zweifel mehr möglich.

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) Arzneimittelannahme.

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.

Somit trifft die Klägerin als Geschädigte über die generelle Schadenseignung hinaus lediglich noch die Darlegungs- und Beweislast für die **konkrete Schadenseignung** von Spikevax i.S. des § 84 Abs. 2 S. 1 AMG, d.h. die Klägerin „muss zunächst alle Tatsachen vortragen und ggf. beweisen, die für die Schadenseignung im Einzelfall sprechen. Dabei hat der Geschädigte die einzelnen Indiztatsachen voll zu beweisen.“ (vgl. Kügel/Müller/Hoffmann, Kommentar AMG, § 84 AMG, Rn 117 und 127 m.w.N).

Zum Beweis dieser Indiztatsachen wurden die oben unter Gliederungspunkt E/1 in der Krankengeschichte ausgeführten Sachverhalte jeweils unter Beweis gestellt.

Auf die dortigen Beweisanträge werde ich mich in der mündlichen Verhandlung beziehen.

Ich möchte schon jetzt empfehlen, für den Beweis der injektionsbedingten Gesundheitsschäden zunächst den ... Arzt ... (Klageschrift Seite ...ff.) als sachverständigen Zeugen zu vernehmen, da er eine Schwerpunktpraxis für Covid-19-Injektionsgeschädigte führt und in diesem Bereich aktuell wohl die größte Erfahrung und Fachkompetenz haben dürfte.

Darüber hinaus gehend wird zum Vollbeweis dieser Indiztatsachen für die konkrete Eignung von Comirnaty bezüglich der von ihr geltend gemachten Injektionsschäden hiermit auch

als Anlage K 23

die Disproportionalitätsanalyse (DPA) des Sachverständigen Dr. Kremer übermittelt, die er für das parallele sozialgerichtliche Verfahren der Klägerin vor dem SG.... zu den konkreten Beschwerden und Diagnosen der Klägerin erarbeitet hat.

In diesem Gutachten hat er die Kausalität der gegenständlichen Injektionen für die konkreten Gesundheitsschäden der Klägerin eindeutig bejaht.

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).

Schließlich ist die Klägerin im Rahmen der Darstellung Ihrer Krankengeschichte (Klageschrift, Seite 194) auch bereits ihrer erweiterten Darlegungslast nachgekommen.

Damit das erkennende Gericht in diesem Kontext alle Angaben der Klägerin überprüfen kann, werden hiermit auch

die Schweigepflichtentbindungserklärung der Klägerin

als Anlage K 24

und die Auflistung sämtlicher Behandler

als Anlage K 25

übermittelt.

„Gelingt – wie hier - der Nachweis der konkreten Schadenseignung, **wird die Kausalität vermutet.**“ (vgl. Kügel/Müller/Hoffmann, Kommentar AMG, § 84 AMG, Rn 113).

Aus dem Vortrag der Klägerin im Rahmen ihrer erweiterten Darlegungslast ergeben sich „nach den Gegebenheiten dieses Einzelfalles“ auch keine „anderen“ Umstände i.S. des § 84 Abs. 2 S. 3, die ebenfalls geeignet sein könnten, die hier dargelegten Schäden zu verursachen bzw. aus denen sich die ernsthafte Möglichkeit eines anderen Geschehensablaufs ergibt.

In diesem Zusammenhang wird höchst vorsorglich daran erinnert, dass die Klägerin mit dem Beweis der generellen und konkreten Schadenseignung von Comirnaty praktisch „vor allem davon freigestellt (wird), den Ausschluss alternativer Schadensursachen nachzuweisen“ (vgl. Kügel/Müller/Hoffmann, ebenda, § 84 AMG, Rn 120).

Niemand war seit der Geburt nur gesund, und keine Vorerkrankung wird zu einer möglichen „Alternativ“-Ursache für die hier dargelegten Injektionsschäden, nur weil die Beklagte selbst die abwegigste (vorgeschobene) alternative Kausalität stets bejahen, aber die naheliegendste Kausalität – die durch ihr Produkt herbeigeführt worden ist – stets verneinen möchte.

Niemand – jedenfalls niemand ohne Empathie - kann sich ohne zumindest vorübergehenden Trennungsschmerz, der u.U. eine zeitweilige reaktive Depression

auslösen kann, aus einer langjährigen und/oder intensiven Beziehung lösen. Eine – lange vor Erhalt der gegenständlichen Injektionen – ausgeheilte reaktive Depression hat nichts, aber auch gar nichts mit den Krankheitsbildern zu tun, die bei der Klägerin nach ihren gegenständlichen Injektionen aufgetreten sind.

Dem erkennenden Gericht dürfte ebenfalls aufgefallen sein, dass die Beklagte an keiner Stelle ihr Mitgefühl für das Leid und Elend der Klägerin zum Ausdruck gebracht hat. Die Klägerin hätte aber erwarten können, dass die Beklagte ihr gegenüber zumindest ein wenig Empathie und Anteilnahme heuchelt.

Soweit bekannt hat die Beklagte – jedenfalls in Deutschland - bis zum heutigen Tage keinen einzigen vergleichbaren Schadenfall eines durch Comirnaty Geschädigten anerkannt und reguliert. Gegenteiliges wird mit Nichtwissen bestritten. Ausdrücklich auf diese Tatsache Bezug nehmend hat sich die Rechtsschutzversicherung der Klägerin sogar geweigert für die außergerichtlichen Kosten einzustehen und auf eine sofortige Klageerhebung gedrängt.

Schon diese Tatsache verdeutlicht das wahre Wesen der Unternehmensphilosophie einiger Vertreter der Pharmaindustrie, auch der Beklagten.

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 Beweiswürdigungsregelungen 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 Beweiswürdigung 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 vorverregten (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 unter Verwahrung gegen die Beweislast:

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 bestimmungsgemäßem 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 demgegen-

über 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.

Das Nutzen-Risiko-Verhältnis eines „unwirksamen“ Arzneimittels kann nur „negativ“ sein.

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 unverträglich 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 unter Verwahrung gegen die Beweislast:

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 bewirkten 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 zu 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.

Die Studie der WHO, wonach die Covid-19-„Impfstoffe“ alleine in Europa „Stand März 2023“ seit Ende 2020 „mehr als 1,4 Millionen Leben gerettet haben sollen, könnte man angesichts der Tatsache, dass diese Plörren im Hinblick auf klinisch relevante Endpunkte nachweislich keine Wirksamkeit und keinen Nutzen haben, eigentlich schon sofort als PR-Gag der WHO einordnen und in die Mülltonne verfrachten wo sie hingehört.

Dieser vernichtende Befund gilt eben nachweislich auch für Spikevax, was durch das Gutachten von Dr. Hans-Joachim Kremer zum Nutzen-Risiko-Verhältnis von Spikevax vom 19.7.2024, das hier als

Anlage K 26

überreicht wird, nachgewiesen wird.

Auch in diesem Gutachten zu Anlage K 26 heißt es in der Zusammenfassung auf Seite 3 (**Zitat**):

„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.“

Beweis:

Gutachten in der Anlage K 26

Folglich kann auch Spikevax unmöglich der Grund für „Millionen“ gerettete Leben sein.

Solche Studien wie die der WHO basieren regelmäßig auf unseriösen Modellrechnungen, wo man stets erwartungsgemäß die Ergebnisse erhält, die man sich auf Grund des Designs der Studie und der berücksichtigten Daten wünscht.

In Wahrheit haben diese Covid-19-Injektionen keine Leben gerettet, sondern Millionen Menschenleben zerstört und seit Beginn der Covid-19-Injektionskampagne zu einer signifikanten Übersterblichkeit beigetragen, worüber Datenanalysten wie Raimund Hagemann, dessen Analyse zur Übersterblichkeit Stand 28.11.2023 ich als **Anlage K10** überreicht habe, ausführlich auf Grund der von ihm aktuell zugänglichen und ausgewerteten Daten berichten könnten.

Die Mär, die Covid-19-Injektionen hätten 1,4 oder noch viel mehr Menschenleben gerettet, ist folglich zu Recht als „Blödsinn“ bezeichnet worden und bloß ein weiterer Anlass, um zu demonstrieren, wie die Öffentlichkeit durch unseriöse Zahlenspiele für dumm verkauft wird.

So heißt es in dem tkp.at-Artikel vom 18.8.2024 mit dem Titel **„WHO Studien über durch Impfung „gerettete“ Leben und die Zulassungsstudie von Pfizer“** u.a. (Zitat):

„Am 8. November 2021 veröffentlichte die FDA mit der [„Summary Basis for Regulatory Action“](#) einen 30-seitigen Vermerk, der erklärt, warum sie am 23. August die volle Zulassung für den Impfstoff von BionTech erteilte, der in den USA aber nie verwendet wurde. Dennoch ist offenbar die gleiche Studie gemeint.

Auf Seite 23 des Berichts findet sich dieser verblüffende Satz:

„Von Dosis 1 bis zum Stichtag 13. März 2021 gab es insgesamt 38 Todesfälle, 21 in der COMIRNATY-Gruppe [Impfstoff] und 17 in der Placebo-Gruppe.“

Damit hätten doch die WHO Mitarbeiter bei der Berechnung der „geretteten“ Leben eine solide Grundlage aus einer RCT Studie. Egal welche Zahlen man nehmen wurde, es kämen jedenfalls eine erkleckliche negative Summe an „geretteten“ Leben heraus. Vielleicht würde man sogar die Daten von Denis Rancourt et al nachvollziehen können, die eine durch Impfkampagne verursachte [Übersterblichkeit von 17 Millionen Menschen](#) nachgewiesen haben.

Man könnte auch noch die Daten einer dänischen Studie vom 8.3.2021 hernehmen, die allerdings in den Mainstream Medien wenig Widerhall fand. Denn es zeigt sich [wie berichtet](#) in einer Tabelle, die die Infektionen mit SARS-Cov-2 bei den Geimpften im Vergleich zu einer Kontrollgruppe zeigt:

				Unadjusted VE ²		Adjusted VE ³	
	No. of persons with SARS-CoV-2 ¹	PYRS	IR	VE	95% CI	VE	95% CI
Nursing home residents							
Unvaccinated	488	1059.09	0.46	-	-	-	-
0-14 days after 1 st dose	760	1388.32	0.55	-0.19	-0.44;0.01	-0.40	-0.62;-0.02
> 14 days after 1 st dose until 2 nd dose	184	1008.17	0.18	0.60	0.46;0.71	0.21	-0.11;0.44
0-7 days after 2 nd dose	57	633.5	0.09	0.80	0.70;0.88	0.52	0.27;0.69
> 7 days after 2 nd dose	27	1435.9	0.02	0.96	0.91;0.98	0.64	0.14;0.84
Health care workers							
Unvaccinated	5663	37599.85	0.15	-	-	-	-
0-14 days after 1 st dose	1189	3425.09	0.35	-1.13	-1.69;-0.97	-1.04	-1.18;-0.91
> 14 days after 1 st dose until 2 nd dose	213	2821.84	0.08	0.50	0.29;0.66	0.17	0.04;0.28
0-7 days after 2 nd dose	52	1525.19	0.03	0.77	0.57;0.90	0.46	0.28;0.59
> 7 days after 2 nd dose	10	2468.95	0.00	0.97	0.90;1.00	0.90	0.82;0.95

¹Laboratory confirmed SARS-CoV-2 test
²Crude VE estimate
³VE adjusted for calendar time

Von 0 bis 14 Tage nach der ersten Dosis war das Risiko einer Covid-19-Infektion bei den Geimpften jedoch erheblich erhöht:

- Demnach hatten bei den 30.000 Bewohnern der Heime Geimpfte ein um 40% höheres Risiko einer SARS CoV-2 Infektion als Ungeimpfte.
- Bei den 330.000 Angehörigen der Gesundheitsberufe hatten die frisch Geimpften sogar ein um 104% höheres Risiko, sich zu infizieren.

Bekanntlich wurden von Beginn an Geimpfte erst nach 14 Tagen ab der ersten Dosis und weiteren 7 Tagen nach der zweiten zu den Geimpften gezählt, davor zu den Ungeimpften. Todesfälle innerhalb dieser Zeiträume wurden daher den Ungeimpften zugerechnet.

Das sind die Methoden, neben mathematischen Voodoo, um zu durch die Impfung „geretteten“ Leben zu kommen.“ (**Zitat Ende, Unterstreichungen hinzugefügt**)

Quelle/Beweis:

<https://tkp.at/2024/08/18/who-studien-ueber-durch-impfung-gerettete-leben-und-die-zulassungsstudie-von-pfizer/>

Es gibt auch noch weitere kritische Beiträge zu dieser absurden WHO-Propaganda.

Beweis:

<https://tkp.at/2025/01/20/ueber-den-bloedsinn-die-covid-impfung-haette-20-millionen-leben-gerettet/>

<https://tkp.at/2023/09/23/millionen-menschenleben-gerettet-oder-massenmord-mit-biowaffen/>

Was man nicht alles machen muss, damit eine „Investitionsrendite“ („Return on Investment“) „von Faktor 35“ erzielen kann.

Oder kennt jemand ein redliches Geschäftsfeld, wo man eine solche Rendite mit einem solchen Faktor erzielen kann?

Zudem: 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-undantikoeper-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.

Die rechtlichen Folgen all dieser Umstände, insbesondere des fehlenden Nutzen-Risiko-Verhältnisses?

Nach § 30 Abs. 1 S. 1 AMG i.V.m. § 25 Abs. 2 Nr. 5 AMG ist (!) die Zulassung (u.a.) zurückzunehmen, wenn nachträglich bekannt wird, dass der Versagungsgrund des § 25 Abs. 2 Nr. 5 AMG vorliegt, d.h. **das Nutzen-Risiko-Verhältnis ungünstig** ist (siehe zum Begriff Nutzen-Risiko-Verhältnis § 4 Abs. 28 AMG).

Genau das wird durch das Gutachten in der Anlage K 4 nachgewiesen.

Und weiter:

§ 30 Abs. 1 S. 2 AMG: Die Zulassung ist (!) ferner zurückzunehmen oder zu widerrufen, wenn 1. sich herausstellt, **dass dem Arzneimittel die therapeutische Wirksamkeit fehlt....**

§ 30 Abs. 1 Satz 3 AMG stellt klar: **"Die therapeutische Wirksamkeit fehlt, wenn feststeht, dass sich mit dem Arzneimittel keine therapeutischen Ergebnisse erzielen lassen."**

Das wurde im Rahmen der vorstehenden Ausführungen ebenfalls nachgewiesen.

Weiter rechtliche Optionen des PEI ergaben und ergeben sich aus § 25 Abs. 2 Nr. 1 AMG:

"Die zuständige Behörde kann die Zulassung 1. zurücknehmen, wenn in den Unterlagen nach den §§ 22, 23 oder 24 unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht worden sind....

Von den zuständigen Staatsanwaltschaften nun im Detail aufgearbeitet und festgestellt werden, ob und wo genau das PEI dieser Aufgabe nicht nachgekommen ist. Haben die Wirkstoffsteller unrichtige Angaben gemacht und hat das PEI hierüber hinweggesehen? Die hier nach §§ 22 und 24 in Betracht kommenden Angaben sind sehr vielfältig.

Nach dem oben Gesagten besteht aber der begründete Verdacht, dass zu den folgenden Punkten unzutreffende Angaben gemacht wurden:

zu den Wirkungen (§ 22 Abs. 1 Nr. 5 AMG),
zu den Nebenwirkungen (§ 22 Abs. 1 Nr. 8, zum Begriff siehe § 4 Abs. 13 AMG),
zur Herstellungsweise des Arzneimittels (§ 22 Abs. 1 Nr. 11 AMG, zum Begriff siehe § 4 Abs. 14 AMG),
die Methoden zur Kontrolle der Qualität (Kontrollmethoden) (§ 22 Abs. 1 Nr. 15 AMG, zum Begriff „Qualität“ siehe § 4 Abs. 15 AMG)
dass jeder Wirkstoff einen Beitrag zur positiven Beurteilung des Arzneimittels leistet, wenn das Arzneimittel mehr als einen Wirkstoff hat (§ 22 Abs. 3 a AMG, zum Begriff „Wirkstoff“ siehe § 4 Abs. 19 AMG),

Zu den Folgen von Rücknahme und Widerruf der Zulassung siehe § 30 Abs. 4 AMG:

„(4) Ist die Zulassung für ein Arzneimittel zurückgenommen oder widerrufen oder ruht die Zulassung, so darf es

1.

nicht in den Verkehr gebracht und

2.

nicht in den Geltungsbereich dieses Gesetzes verbracht werden.

Die Rückgabe des Arzneimittels an den pharmazeutischen Unternehmer ist unter entsprechender Kenntlichmachung zulässig. Die Rückgabe kann von der zuständigen Behörde angeordnet werden.“

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,...

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 enthalten...“ (**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 ...

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, Kontaktdaten:...

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 eines Pathologen lag bei allen Personen, die infolge der Covid-19-Injektionen verstorben sind, stets auch eine Myokarditis vor. Beweistritt hierzu bleibt vorbehalten.

So hat das Portal sciencefiles.org am 25.9.2025 unter der Überschrift „Horrend: Impfschäden durch COVID-19 Shots im Vergleich zu Impfstoffen: Eine Methode zur Berechnung des Risikoprofils von „Impf“stoffen“ u.a. über folgende Erkenntnisse berichtet (Zitat):

„Aber die interessante Information ist natürlich das ABSOLUTE RISIKO, das mit einer Spritze voll mit einem der genannten Impfstoffe / der genannten Gentherapien verbunden ist. Die folgende Tabelle gibt auf Basis der berechneten relativen Risiken und auf Basis der Anzahl der tatsächlich in der Datenbank der WHO vorhandenen Meldungen an, welches ABSOLUTE Risiko mit bestimmten Erkrankungen und bestimmten Impfstoffen / Gentherapien verbunden ist. Wir haben die Werte so berechnet, dass sie direkt als Prozentwert interpretiert und miteinander verglichen werden können.

	COVID-19	Influenza	Polioomyelitis	Tuberculosis	tdap	Hepatitis b	MMR	HPV	VZV
Bluterkrankungen und Erkrankungen des lymphatischen Systems				0.7779					
Herzerkrankungen	6.1323	0.0100							
Angeborene, genetisch bedingte Erkrankungen			0.0010	0.0002	0.0011	0.0034	0.0001	0.0022	
Ohr-/Gehörgangserkrankungen	1.6271	0.0148						0.0162	0.0047
Drüsenkrankungen	0.0241					0.0033		0.0106	
Augenerkrankungen		0.0267				0.0111	0.0009	0.0426	
Magen-Darm-Erkrankungen	1.0306	0.0182	0.0767		0.0119	0.0234		0.0421	
Erkrankungen von Leber und Galle				0.0082		0.0558			
Erkrankungen des Immunsystems					0.0034	0.0345	0.0113		
Stoffwechsel- und ernährungsbedingte Erkrankungen			0.0244		0.0210	0.0080	0.0312		
Muskelerkrankungen und Erkrankungen des Bindegewebes	10.2444	0.4257				0.0120		0.0350	0.1276
Krebs				0.0155				0.0264	
Erkrankungen des zentralen Nervensystems	6.2504	0.0311	0.0186		0.0501	0.0195		0.2700	
Erkrankungen mit Bezug zu Schwangerschaft					0.0022		0.0014	0.0220	
Psychiatrische Erkrankungen			0.1234		0.1510	0.0085	0.0557		
Erkrankungen von Niere oder Harnröhre				0.0608					
Erkrankungen mit Bezug zu Geschlechtsorganen	8.6469			0.0010				0.0964	
Atemwegs- und Lungenerkrankungen	1.0834	0.2857	0.0447						
Hauterkrankungen					0.0947		0.4969		0.6653
Gefäßerkrankungen			0.1307		0.0620	0.0215		0.0014	

Eigene Berechnungen auf Basis der Daten von VigiAccess.org



Man sieht sehr deutlich, die Unglaublichkeit, die in den letzten Jahren stattgefunden hat und weiterhin stattfindet. **6 aus 100 Geimpften** haben auf Grundlage der Daten, die die WHO sammelt, nach COVID-19 Shot **ein Herzproblem** [hier ist nicht nur Myokarditis berücksichtigt, sondern mehrere Dutzend Herzleiden], 10 von 100, die einen COVID-19 Shot erhalten, tragen eine Muskelerkrankung oder eine Erkrankung des Bindegewebes davon, 6 eine Erkrankung des zentralen Nervensystems, knapp 9 eine Erkrankung, die einen Bezug zu Geschlechtsorganen hat...“ (Zitat Ende, **Fettdruck und Unterstreichung hinzugefügt**)

Beweis:

<https://sciencefiles.org/2023/09/25/horrend-impfschaeden-durch-covid-19-shots-im-vergleich-zu-impfstoffen-eine-methode-zur-berechnung-des-risikoprofils-von-impfstoffen/>

Einholung eines Sachverständigengutachtens zur Auswertung der Daten der WHO-Datenbank VigiAccess bezüglich des absoluten Risikos der Summe der Nebenwirkungen aus der Gruppe der „Herzleiden“

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, wie vor

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

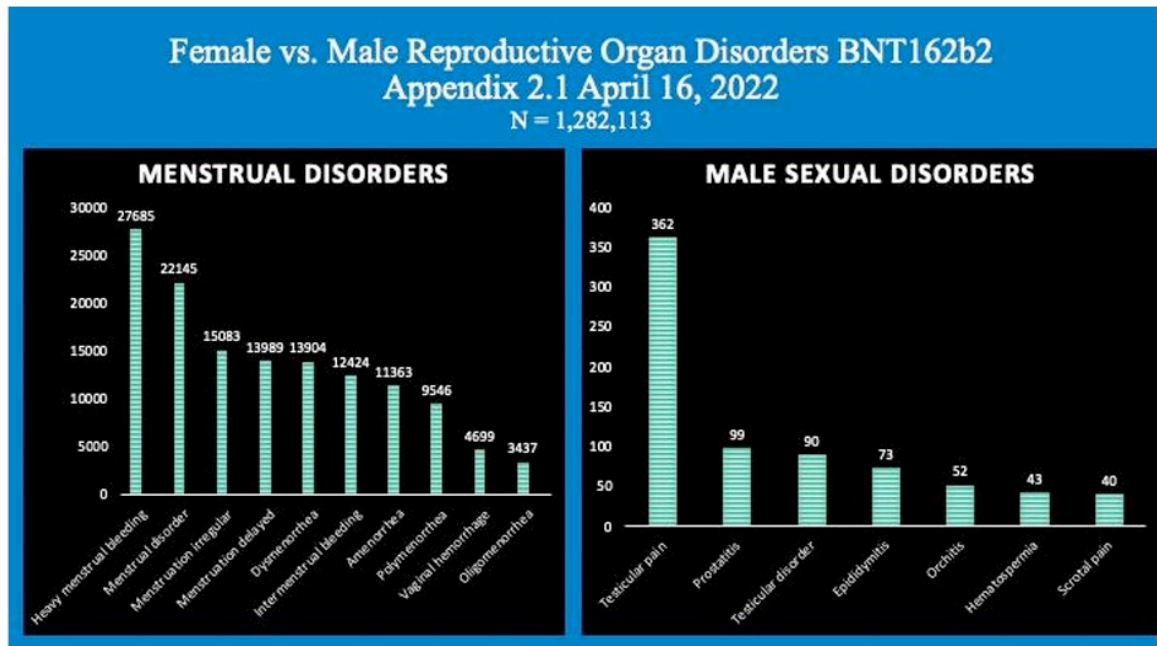
42089 = 100%

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

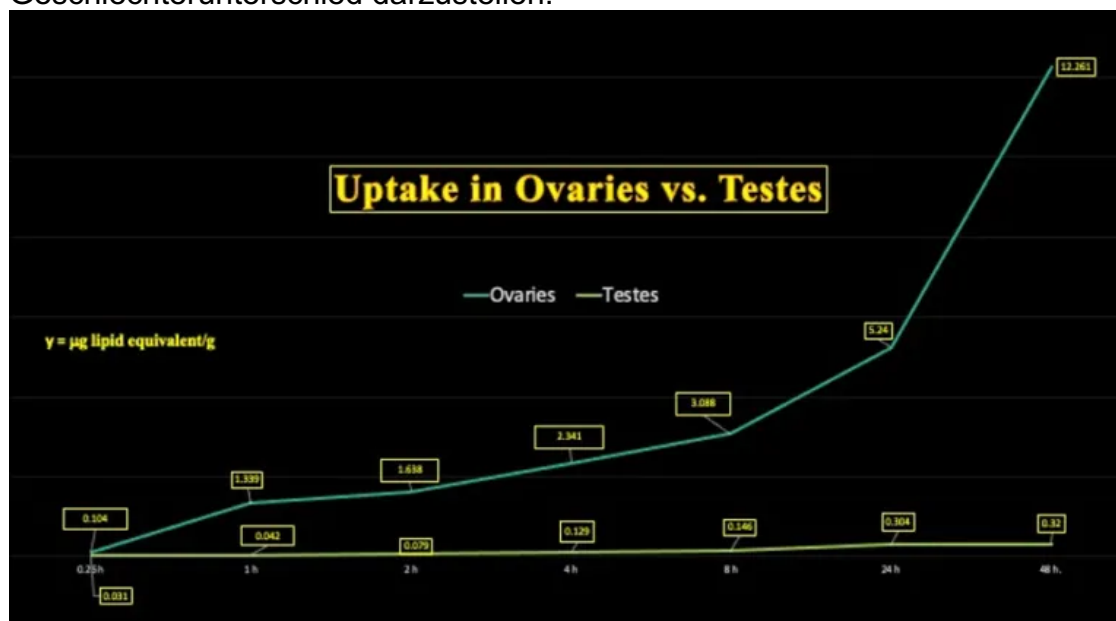


Aus Tierstudien, welche von BioNTech/Pfizer durchgeführt wurden, ist bekannt, dass die LNPs in den Eierstöcken (Ovaries) und in den Hoden (Testes) akkumulieren. Obwohl die Messwerte weiterhin stiegen, wurden die Messreihen nach 48 Stunden vorzeitig beendet. (<https://www.tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf> 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>)

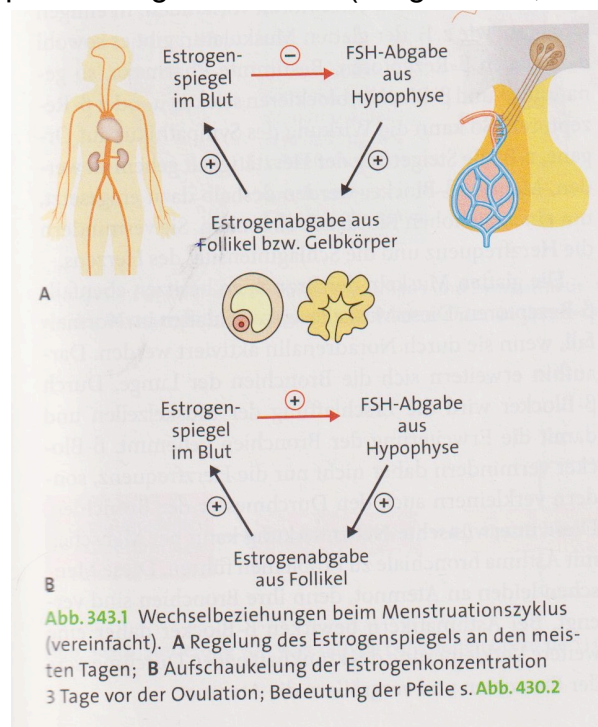
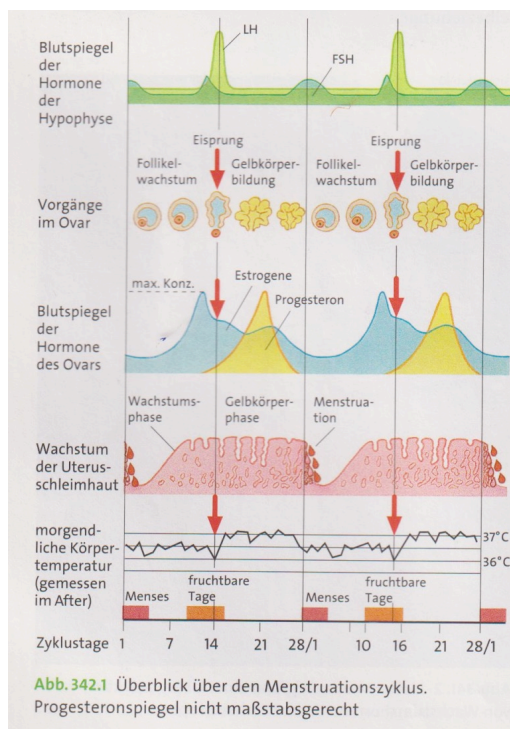
Es liegt also nahe, dass das Eindringen der LNPs in die Eierstöcke geimpfter Frauen einen Einfluss hat, auf den Hormonhaushalt. Nachteilige Folgen für den Monatszyklus sind damit absehbar.

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 Follikelstimulierende 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/>).

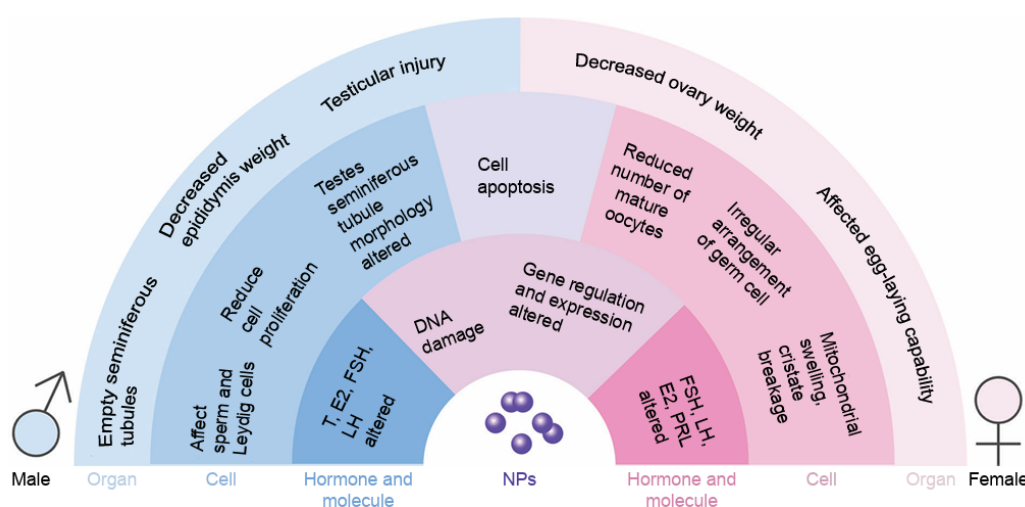


Figure 1 Adverse effect of NPs in the reproductive cell organs and molecules.

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.

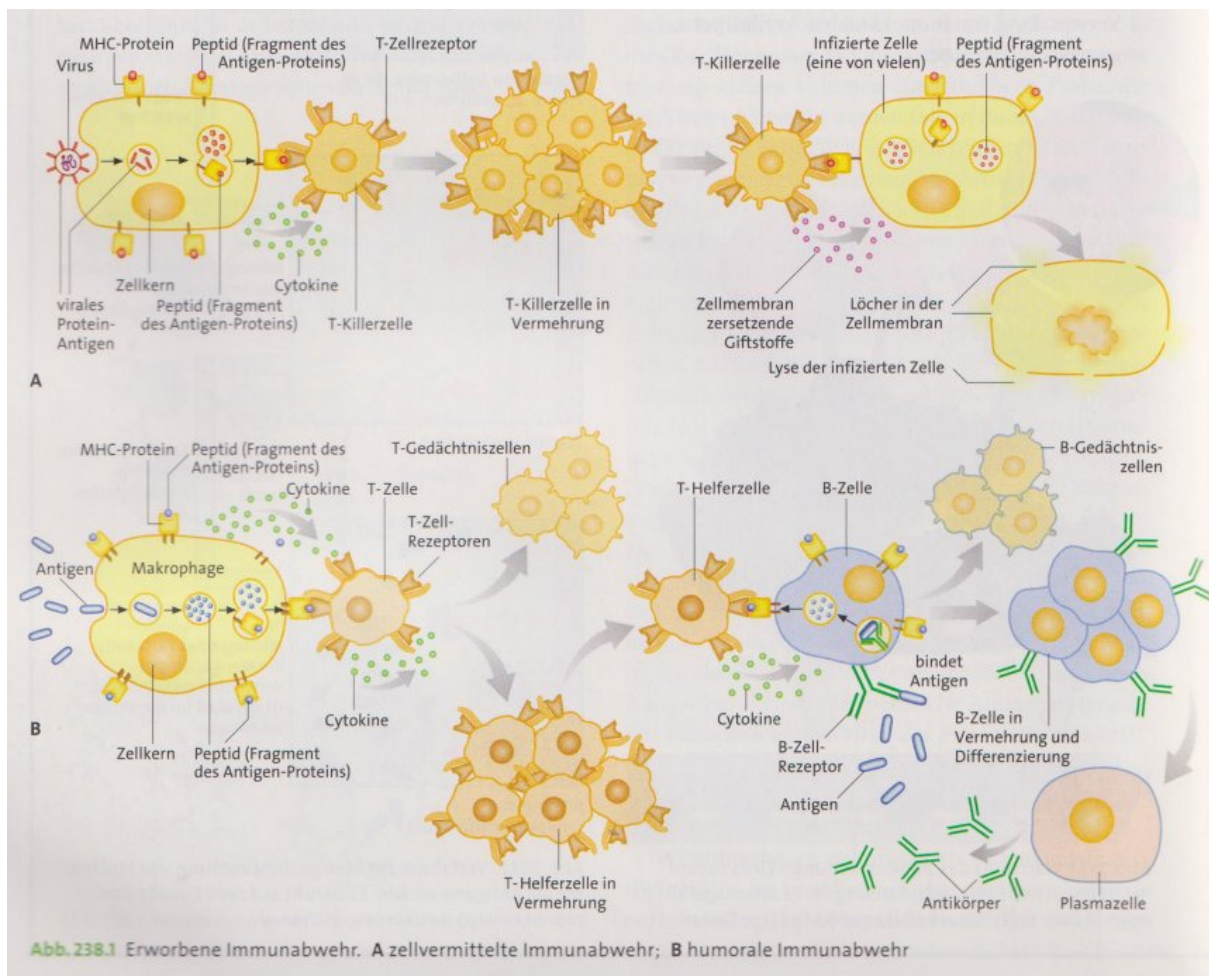
Das Spike Protein

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.phmp.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-r-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 und 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)

Auch der Düsseldorfer Kollege Tobias Ulbrich vertritt Covid-19-Injektionsgeschädigte, und auch er hat sich eingehend mit den Fach- und Gebrauchsinformationen der Beklagten zu Comirnaty befasst und dort ebenfalls zahlreiche grobe Lücken und Falschaussagen festgestellt, die sich – soweit sie die gleichen Themenkreise betreffen – inhaltlich vollumfänglich mit den obigen Ausführungen decken.

So heißt es in seinem Post hierzu auf „X“ vom 25.8.2024 (Zitat):

„Thema heute: "Gelogener Nutzen und Bagatellisieren der Risiken - so das Fazit der Prüfung der Fach- und Gebrauchsinformationen zu Comirnaty von BioNTech"

Niemand hätte sich impfen lassen, wenn BioNTech und Pfizer nicht die Öffentlichkeit über den angeblich bestehenden Nutzen belogen hätte, so das Fazit der nachstehenden Prüfung.

Im Einzelnen:

Ursprünglich verfasste BioNTech zum Zwecke der bedingten Zulassung von Comirnaty die Fach- und Gebrauchsinformationen, wie sie zu der bedingten Zulassung als Anhänge I, II und III zur bedingten Zulassung eingereicht wurden.

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2021/20210923153231/anx_153231_de.pdf

BioNTech behauptet, dass es sich bei ihrem Gentechnikprodukt um eine „Impfung“ handele.

BioNTech stützt ihre unmaßgebliche Ansicht im Kern auf Begriffsbestimmungen zu § 4 AMG sowie die Begriffsbestimmung einer EU-Richtlinie aus 2009, während sie das Gentechnikprodukt als solches weder in der Herstellung noch in ihrer Funktion tatsächlich bestreitet. BioNTech behauptet in ihren Fach- und Gebrauchsinformationen in Anhang I Ziffer 4.1. zur bedingten Zulassung, dass ihr Produkt *zu 95 Prozent für folgende bedingt zugelassene Anwendung wirksam sei: „Comirnaty wird zur aktiven Immunisierung von Personen ab 12 Jahren zur Vorbeugung von COVID-19 durch das SARS-CoV-2-Virus angewendet.“* Wichtig ist dabei zu verstehen, dass unter aktiver Immunisierung per Definition (medizinisches Lexikon) ein Langzeitschutz vor Infektion und Übertragung von 5 Jahren in der Medizin verstanden wird. Die „Vorbeugung vor Covid19“ ist reiner primär reiner Infektionsschutz und sekundär Übertragungsschutz. Also die Vorbeugung davor überhaupt Covid19 als Krankheit zu erhalten und Übertragungsschutz anderen die Krankheit weiterzugeben zu können, was in der Regel aus der aktiven Immunisierung folgt. Ausdrücklich NICHT bedingt zugelassen ist die innere Anwendung zur Behandlung schwerer Verläufe, die erst eine extrem heftige Infektion mit Covid19 selbst bedingt, was ja durch die "Impfung" bereits ausgeschlossen sein soll. Einen Anspruch auf Schadenersatz und Schmerzensgeld soll auch derjenige haben, der durch falsche Fach- und Gebrauchsinformation die Injektion durchführen **ließ und deshalb einen gesundheitlichen Schaden erlitten** haben soll.

Was war an den Gebrauchsinformationen u.E. unzutreffend?

1. Keine mRNA

Auf Seite 1 wird unzutreffend ausgeführt, dass es sich um eine mRNA handele. Hier wurde aber Uracil ausgetauscht durch N1-Methylpseudouridine. **Das steht dort nicht.** Es handelt sich dann um eine modRNA. Das ist der Fachbegriff dafür. BioNTech indes will den Eindruck einer natürlichen mRNA erzielen. Mit „Nukleosid-modifiziert“ kann niemand etwas anfangen, da nicht offengelegt wird, was nun wie konkret modifiziert wurde. Es macht qualitativ einen entscheidungserheblichen Unterschied, ob hier von einer natürlich vorkommenden mRNA gesprochen wird (baut sich natürlich schnell ab) oder von einer modRNA (extrem haltbar und baut sich nicht schnell ab), weil ein Nukleotid Uracil durch N1 – Methylpseudouridine ersetzt wurde.

Aber auch für die Kardiologen wäre es von Bedeutung gewesen. Bereits vor 2017 wurde an einer Optimierung gearbeitet, gezielt Wirkstoffe in das menschliche Herz zu transportieren.

Der wissenschaftliche Aufsatz von Nishat Sultana <http://et.al> „Optimizing Cardiac Delviery of Modified mRNA“ (peer-reviewed), der am 18.03.2017 in der Fachzeitschrift „Molecular Therapy“ veröffentlicht wurde, befasst sich mit dieser Thematik: ([https://cell.com/molecular-therapy-family/molecular-therapy/fulltext/S1525-0016\(17\)30114-4](https://cell.com/molecular-therapy-family/molecular-therapy/fulltext/S1525-0016(17)30114-4))

Im Ergebnis der Studie wird festgestellt, dass die Kombination von N1-Methylpseudouridin mit positiv geladenen Lipidnanopartikeln (LNP) im Verhältnis zu allen anderen vergleichbar getesteten Produkten zu einer 3,9-fachen bis 4,5-fachen Steigerung der modRNA-Translation in den Herzzellen führt.

Wörtlich heißt es in dem Aufsatz: BioNTech setzte die positiv geladenen LNP ALC-0159 und ALC-0315 ein, also solche Transfektionsreagenzien, die unmittelbar vom negativ aufgeladenen Herzmuskel und von Nerven angezogen werden.

Als Ursache für die Myokarditis steht daher fest, dass die Kombination aus den LNP und der Nukleotid-Modifikation N1-Methylpseudouridin die Schadensursache setzt.

BioNTech deklarierte in ihren Zulassungsdaten das Herz als eines der Hauptziele von BNT162B2 binnen einer Stunde nach Impfung. **Das findet sich aber nicht in den Fach- und Gebrauchsinformationen wieder** (<https://tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf> S. 45)

Was geschieht nach einer Transfektion in die Herzmuskelzellen und die dortigen Nervenzellen? **Auch das wird nicht erläutert.**

Nach der Analyse der Publikation von Schreckenerg et al. ist ersichtlich, dass BNT162b2 selbst in isolierten Kardiomyozyten Funktionsstörungen verursacht, die pathophysiologisch mit der Kardiomyopathie korrelieren?

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37828636/>)

Wenn Comirnaty binnen einer Stunde im Herz akkumuliert und wenn BNT162B2 selbst in isolierten Herzzellen zu irreversiblen Funktionsstörungen führt, ist es dann sehr wahrscheinlich, dass genau dieser Vorgang auch im Herzen eines geimpften Menschen analog zu beobachten sein wird. **Warum wurde das nicht als Risiko erläutert?**

Der angegebene medizinische Wirkstoff der Beklagten „Spike-Protein (S)“, soll nach der Transfektion in alle menschlichen Zellen, so auch im Herzen von den Herzzellen produziert werden. Das Spike Protein dockt auch an ACE2 im Herzen an und bindet:

(<https://proteatlas.org/ENSG00000130234-ACE2/tissue>)

BioNTech schreibt dazu kein Wort.

Nach dem Binden des Spike-Proteins wird das Renin-Angiotensin System derart dereguliert, dass es zu weiterem Bluthochdruck, Entzündung, Atherosklerose, Thrombose und Herzmuskelentzündung kommt? (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35408447/>)

Allein deshalb sind wir der Überzeugung, dass die Kombination aus LNP und N1-Methylpseudouridine für die Ärzte im Rahmen der Aufklärung zwingend gewesen wäre.

2. Keine Vorbeugung von COVID19 möglich

Den therapeutischen Nutzen „aktive Immunisierung“ und "Vorbeugung vor Covid19" gab es zu keinem Zeitpunkt.

Unter Prävention vor Covid19 wird der Infektionsschutz und der Übertragungsschutz verstanden, so, wie es die ganze Zeit über gegenüber der Bevölkerung kolportiert wurde. Weil sich Geimpfte nicht anstecken können sollen sie auch nichts übertragen können. Darauf bauten die 2G und 3G – Maßnahmen auf und auch die einrichtungsbezogene Nachweispflicht, weil das geschützte medizinische Personal keine dort liegenden Patienten anstecken sollte.

Mit Schreiben der EMA vom 18.10.2023 erklärte die Präsidentin der EMA, dass BioNTech zu keinem Zeitpunkt als therapeutischen Nutzen in den Antragsunterlagen den **Übertragungsschutz** als therapeutisches Ziel beantragt, getestet oder geschweige denn genehmigt erhalten hätte:

https://renate-holzeisen.eu/wp-content/uploads/2023/11/2023_10_18_Letter_to_MEP_Marcel_de_Graaff_Request_for_the_direct.pdf

Ein Übertragungsschutz bestand nicht. Auch Geimpfte konnten weiter andere Menschen anstecken, wie damals schon BioNTech wusste. Sie deklarierte es aber im Rahmen der zugelassenen Anwendung nicht, dass bei der Prävention vor Covid19 kein Übertragungsschutz besteht und gewährleistet werden kann. Das wäre die entscheidende Mitteilung gewesen, weil dann die vorstehenden beiden Maßnahmen, einschließlich der Einführung der Duldungspflicht bei der Bundeswehr nicht durchgeführt worden wären, denn auch nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts war für die Aufrechterhaltung der Duldungspflicht der Übertragungsschutz maßgebend, wie die Entscheidungsgründe zeigen.

Der Beklagten als Zulassungsbetreiberin waren natürlich die eigenen Anträge und Tests im Zulassungsverfahren bekannt, dass kein Übertragungsschutz den Gegenstand bildete. Es gibt aber auch kein Infektionsschutz.

Denn dafür wäre es erforderlich gewesen, dass in den respiratorischen Schleimhäuten der IgA aufgebaut wird, um einen effektiven Impfschutz zu gewährleisten. Bereits oben wurde ausgeführt, dass mit der Bildung von IgG im Inneren (Anmerkung: im Blut) ein Schutz in den Schleimhäuten der Atemwege nicht erreichbar ist. Dazu hätte es der IgA bedurft.

BioNTech wusste, dass ihr Produkt im bedingt zugelassenen Anwendungsbereich untauglich war, einen Infektionsschutz zu gewährleisten.

Die Mitarbeiterin des **PEI Frau Brigitte Keller** – Stanislawski wies bereits vor der Zulassung darauf hin, dass keine Infektionsschutzkorrelat bestimmt worden ist und damit alle erhobenen Daten auf der Grundlage irgendwelcher Titer – hier nur bei der Beklagten IgG keinerlei Aussagekraft hatte. Wir nehmen Bezug auf Seite 9 Ihres Vortrages aus Mai 2021. Darin wird auch nochmals auf das nicht vorhandene Schutzkorrelat hingewiesen.

Dies hätte IgA sein müssen und nicht IgG, weil IgG allenfalls ein Indikator für die Verhinderung schwerer Verläufe sein kann, keinesfalls aber für einen Infektionsschutz in den respiratorischen Schleimhäuten.

Auch eine allein genehmigte VORBEUGUNG vor der Erkrankung ist nicht möglich, weil der Infektionsweg mit SarsCov2 als respiratorisches Virus über die Atemwege erfolgt und nicht über das Innere des Körpers.

Eine Wirkung innerhalb des Körpers kann keine Vorbeugung im äußeren Bereich des Körpers (Anmerkung: Gemeint ist „in den respiratorischen Schleimhäuten“) erzielen.

Der Leiter der NIH- National Institute of Health, USA. (vergleichbar mit dem PEI in Deutschland), Anthony Fauci, erklärte in *seinem wissenschaftlichen Aufsatz*, dass der *innere Schutz im Körper keinen Schutz vor Infektion bewirken kann. Es gibt gar keinen Vorbeugungsschutz. Das war weder theoretisch noch empirisch möglich. Anthony Fauci schreibt in " Rethinking next-generation vaccines for coronaviruses, influenzaviruses, and other respiratory viruses" u.a.: „Wenn natürliche mukosale Infektionen mit Atemwegsviren keine vollständige und langfristige schützende Immunität gegen eine Reinfektion hervorrufen, wie können wir dann erwarten, dass Impfstoffe, insbesondere systemisch verabreichte nicht replizierende Impfstoffe, dies tun?“*

Für einen Schutz der Atemwege/Schleimhäute wäre der Antikörper IgA erforderlich. Die Impfung mit Comirnaty produziert aber IgG. Ein falscher Antikörper *ist nutzlos für einen vorbeugenden Schutz. Er lässt sich damit nicht erreichen.*

Das Ergebnis ist, dass es keinerlei zugelassenen Nutzen tatsächlich jemals geben konnte. Das ist Basiswissen Immunologie, erstes Semester.

3. Keine aktive Immunisierung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erläutert „aktive Immunisierung“ (Zitat): „Die aktive Immunisierung Ziel der aktiven Impfung ist der Aufbau eines langfristig wirksamen Schutzes. Hierzu werden abgetötete oder auch nur Bruchstücke der Erreger bzw. abgeschwächte Krankheitserreger, die selbst keine ernsthafte Erkrankung mehr verursachen können, verabreicht. mRNA-Impfstoffe und vektorbasierte Impfstoffe sorgen dafür, dass der Körper selbst Teile des Erregers herstellt. Dem Körper wird so eine Infektion vorgetäuscht und er reagiert mit der Bildung von Antikörpern und so genannten Gedächtniszellen. Wenn man sich zukünftig einmal mit dem echten Erreger ansteckt, kann das Immunsystem schnell aktiv werden und die Erkrankung abwehren. Für den Aufbau des

Impfschutzes sind in vielen Fällen mehrere Teilimpfungen nötig. Man spricht dann von Grundimmunisierung. Die einzelnen Impfzeitpunkte sind im so genannten „Impfschema“ festgelegt. Bei einigen Impfungen hält der Schutz danach ein Leben lang, andere müssen in regelmäßigen Abständen aufgefrischt werden. Auffrischungsimpfungen bei Jugendlichen und im Erwachsenenalter dienen somit einer nochmaligen „Erinnerung“ des Immunsystems und halten den Impfschutz aufrecht.“

Unter langfristig versteht der objektive Empfängerhorizont mehr als 5 Jahre. Im Zusammenhang mit einer Impfung mit Comirnaty dürfen diskutierte 2 bis 8 Wochen sicher nicht als „langfristig“ bezeichnet werden. Denn nur so lange ist in der Theorie ein rein statistischer Schutz denkbar.

Darüber beschwerte sich auch Herr Wieler im April 2021 intern in einer Email vom 16.04.2021. Auch er sah die Problematik, dass BioNTech nur IgG – Daten zur Verfügung stellte und keinerlei IgA – Daten und er sah die Zahl der Impfdurchbrüche, die überhaupt nicht mit einer Schutzwirkung vor Infektion in Übereinstimmung zu bringen waren.

Ferner wird von einer „aktiven Immunisierung“ gesprochen, die nach dem Sprachgebrauch ein Langzeitschutz von 5 Jahren umfasst, der auch nicht gegeben ist.

Den Nutzen im zugelassenen Anwendungsbereich gab es NICHT!!

Auf Seite 5 der Fach- und Gebrauchsinformationen schreibt BioNTech selbst: Das ist insoweit ein Paradoxon, weil die zugelassene Anwendung nach Anhang I Ziffer 4.1 die aktive Immunisierung und damit der Langzeitschutz ist.

Das zugelassene Anwendungsgebiet bestimmt der Hersteller, so wie auch alle Angaben in den Fach- und Gebrauchsinformationen von der Beklagten selbst stammen.

Keiner würde ernsthaft ein Anwendungsgebiet „aktive Immunisierung“ für die zugelassene Anwendung in die Fach – und Gebrauchsinformationen aufnehmen, um dann anschließend zu erklären, dass es für den zugelassenen Anwendungsbereich von Seiten des Herstellers keinerlei Datengrundlage besteht.

4. Keine 95 Prozent

Wirksamkeit BioNTech deklariert uneingeschränkt die Wirksamkeit im zugelassenen Anwendungsbereich mit 95 Prozent (vgl. Seite 11 der Fach- und Gebrauchsinformationen).

In den Medien wurde ohne Einschränkung daher die Wirksamkeit zur Prävention vor Covid19 mit 95 kolportiert. Es sind reine Herstellerangaben der Beklagten. **Es gab indes überhaupt keine Wirksamkeit und deshalb auch überhaupt keine 95 Prozent Wirksamkeit.**

In der medizinischen Wissenschaft wird bei der Wirksamkeit immer die „**number needed to tread**“ (NNT) betrachtet, um in der Theorie bei einem Menschen einen Schutz auszulösen. BioNTech gab selbst eine absolute Risikoreduktion ARR von 0,7-0,84 Prozent an, was der erforderlichen Zahl von **131** Menschen (NNT) entspricht, die geimpft werden müssen, damit bei einem Menschen ein Schutz gewährleistet wird.

Nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft ist es noch krasser. Dort haben die Wissenschaftler die Rohdaten der Beklagten ausgewertet und gelangen zu einem NNT (NNV) von **217**. Es müssen als 217 Menschen geimpft werden, um bei einem einen nur rein statistisch erfassbaren Nutzen erkennen zu können. Das muss sich die Kammer so

verstellen, dass 217 Menschen Kopfschmerzen haben und nur einer erklärt anschließend, dass nach Einnahme der Tablette die Kopfschmerzen weniger geworden sein.

Dazu beziehen wir uns auf folgenden wissenschaftlichen Aufsatz: „COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness-the elephant (not) in the room“ von Piero Olliaro 1, Els Torreele 2, Michel Vaillant 3 erschienen in the Lancet Micro, Juli 2021.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33899038/>

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass kein Nutzen besteht, weil 217 Menschen geimpft werden müssten (NNT), um einen Menschen zu schützen.

5. Booster OFF – LABEL und nicht zugelassen.

*Grundsätzlich ist Comirnaty nur für die Anwendung von 2 Impfungen **präklinisch und klinisch getestet und daher auch nur für 2 Anwendungen zugelassen, weil es darüber hinaus keinerlei für eine Zulassung ausreichendes Datenmaterial gibt.***

Auf Seite 3 unten heißt es: „**Eine Auffrischungsdosis (dritte Dosis) von Comirnaty kann mindestens 6 Monate nach der zweiten Dosis bei Personen ab 18 Jahren intramuskulär verabreicht werden. Die Entscheidung, wann und bei wem eine dritte Dosis Comirnaty verabreicht werden soll, sollte auf der Grundlage der verfügbaren Daten zur Wirksamkeit des Impfstoffs unter Berücksichtigung der begrenzten Sicherheitsdaten getroffen werden (siehe Abschnitte 4.4 und 5.1).**“

6. Widerspruch in Fach und Gebrauchsinformationen.

...

7. Daten zur Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit gelogen

„Es ist nicht bekannt, ob Comirnaty in die Muttermilch geht“. Der Schaden auf das ungeborene Leben war aus Versuchen mit trächtigen Tieren bekannt. Auch die Tatsache, dass Comirnaty in die Muttermilch übergeht war bekannt. **Die Daten der Fach- und Gebrauchsinformationen sind hier unzutreffend.**

Es wurde dadurch stillenden Müttern und Schwangeren suggeriert und sogar in Broschüren offiziell ohne Datengrundlage empfohlen, sich impfen zu lassen.

8. Keine Wirkstoffmenge bestimmt

Der von der Beklagten angegebenen medizinische Wirkstoff soll das Spike Protein (S) des SarsCoV2 sein, das erstmals in der Medizingeschichte durch Einspielen des Programmcodes selbst gebildet werden soll. Zur Eintragung im Europäischen Arzneimittelbuch ist grundsätzlich die Angabe der Wirkstoffmenge erforderlich. **BioNTech gibt nirgends an, wieviel Spike Protein (S) durch den Körper durch ihr Produkt gebildet wird.** Ist es 1mg, 10g, 1 kg?? Niemand weiß es.

Es dürfte einen Unterschied machen, ob eine 400er Ibuprofen oder eine 40.000er Ibuprofen verabreicht wird. Die Dosis macht das Gift. Solange Impfinge auch suchten, sie konnten nicht erkennen, welche Menge vom Körper als medizinischer Wirkstoff produziert wird und wie lange!

Die Daten fehlen in den Fach- und Gebrauchsinformationen.

9. Verteilung im ganzen Körper

Nicht in den Fach- und Gebrauchsinformationen ist enthalten, dass der Impfstoff sich im gesamten Körper über die Blutbahn verteilt und die Blutschranken von Gehirn und Ovarien / Hoden überwindet und auch dort exponiert.

Das ist aber die wichtigste Information überhaupt, da jedes Kind in Biologie in der 9 Klasse lernt, dass die infizierte Zelle sterben muss und vom Immunsystem getötet wird. Werden also Milliarden von menschlichen Zellen dazu gebracht, das Spike Protein zu exponieren kommt es folglich auch zu milliardenfachem Zelltod (Gehirn und Ovarien), **was ganz sicher als Basisinformation in die Fach – und Gebrauchsinformation gehört, wo und wieviel Transfektion in welcher Menge stattfindet.**

10. Toxische Spikeproteine und Toxischer Impfstoff

BioNTech gibt im Datensicherheitsblatt für Comirnaty an, dass für die LNP ALC0159 und ALC0315 eine hohe toxische Wirkung bestünde, die mit **OEB3** klassifiziert wurde.

Die Hersteller Merck und Caymann deklarieren beim Verkauf der Stoffe, dass diese „Nicht zur Anwendung im Menschen bestimmt“ sind.

Das Gesamtprodukt Comirnaty stuft Comirnaty mit **OEB5 toxisch ab 1 Mikrogramm** ein. **Es handelt sich um Informationen, die zwingend in die Fach- und Gebrauchsinformation als Kenntnis des Herstellers gehörte.**

Folgende in der wissenschaftlichen Literatur generell bekannte Problembereiche der Lipidnanotechnologie waren im Januar 2020 noch nicht gelöst und wurden in den Fach- und Gebrauchsinformationen den Verbrauchern verheimlicht:

<https://mdpi.com/2079-4991/10/2/190> <https://fragdenstaat.de/dokumente/236331-104a-pf00161-mtr-pfem-en-002/> <https://tga.gov.au/sites/default/files/foi-2389-06.pdf> Seite 12)
<https://judicialwatch.org/wp-content/uploads/2022/03/JW-v-HHS-prod-3-02418.pdf> Seite 16
<https://judicialwatch.org/wp-content/uploads/2022/03/JW-v-HHS-prod-3-02418.pdf> Seite 19
<https://doi.org/10.56098/ijvtpr.v3i1.84>
https://whatdotheyknow.com/request/naoh_and_hcl_excipients_in_pfizer/response/2313527/attach/3/description%20and%20composition.pdf
<https://fragdenstaat.de/dokumente/236331-104a-pf00161-mtr-pfem-en-002/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34068715/>
https://whatdotheyknow.com/request/naoh_and_hcl_excipients_in_pfizer/response/2313527/attach/3/description%20and%20composition.pdf https://phmp.org/wp-content/uploads/2023/11/125742_S11_M3_32r_pf-07302048-dp-rm-coa.pdf
https://aph.gov.au/News_and_Events/Watch_Read_Listen/ParlView/video/1585181 Minute 18:20:52 - 18:22:00 <https://fortunejournals.com/articles/huaier-effects-on-functional-compensation-with-destructive-ribosomal-rna-structure-after-antisarscov2-mrna-vaccination.html>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38057663/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38867495/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38583833/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32142651/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35994646/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37650258/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35408447/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33082295/> <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37638055/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37626783/>

So sind auch die produktionsbedingten Verunreinigungen des Inhaltes des Lipidnanopartikels toxisch. dsRNA ist doppelsträngige RNA. Diese dsRNA fällt bedingt durch die Produktionsmethode an.

BioNTech weiß, dass dsRNA-Verunreinigungen des Produktes ein Sicherheitsproblem sind, da dsRNA Notfallreaktionen der Zellen über den cGAS/STING Pathway aktiviert,

welcher zu diversen Krankheitsbildern führt. Daher **hat BioNTech 2023 ein Patent eingereicht**, in welchem sie eine Methode beschreibt, die dsRNA-Verunreinigung zu reduzieren.

Diese Methode kann somit in den ersten Monaten nicht zu Anwendung gekommen sein.

Die Reduktion der dsRNA-Verunreinigung führt jedoch methodenbedingt zwangsweise zu einer *höheren DNA-Verunreinigung*.

Diese produktionsbedingte Erhöhung der DNA-Verunreinigung wurde der EMA nicht mitgeteilt, obwohl ansonsten ganze Textpassagen 1:1 aus dem Patent kopiert wurden.

Patent: Sahin, U., Haas, H., Kreiter, S., Diken, M., Fritz, D., Meng, M., Kranz, L. M., Ag, B., GmbH, T.-. T. O. a. D. J. G. M. G., & Mainz, U. D. J. G. (2012, March 26). WO2013143555A1 - Rna formulation for immunotherapy - Google Patents.

<https://patents.google.com/patent/WO2013143555A1/en>

11. Die geänderten Risiken durch die geänderte Produktion in Process2 wird nicht in den Fach- und Gebrauchsinformationen thematisiert, so dass jeder glaubt, dass die modRNA durch eine PCR - Vervielfältigung produziert worden sei (vgl. Gründe (4) der bedingten Zulassung.

12. Die EMA hat der Beklagten bescheinigt, dass BNT162B2 von Anfang an mit DNA verunreinigt war und das Problem nie unter Kontrolle gebracht wurde. (EMA/CHMP/429590/2021 Human Medicines Division Type IB variation report)

13. Es gibt keinen einzigen Grenzwert für keinen einzigen Bestandteil des Lipidnanopartikels

USP hat Vorgaben erstellt, mit welchen Methoden die modRNA-Produkte getestet werden sollten, an welche BioNTech sich nicht hält. Die WHO hat Moderna, BioNTech und CureVac vorgeladen, um Grenzwerte zu erstellen. Die Firmen haben sich geweigert Grenzwerte festzulegen, da „die Art der Verunreinigungen von Charge zu Charge stark variieren, insbesondere wenn sie in unterschiedlichen Größenordnungen und nach unterschiedlichen Verfahren hergestellt werden.“:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36351479/>

Auch das ist dann in den Fach- und Gebrauchsinformationen anzugeben, da es für die Produkteigenschaften bestimmend ist.

14. BioNTech bezeichnet ihr Produkt 2022 selbst als Gentherapie und weiß 2023 noch nicht, ob sie die Sicherheit und Effektivität ihres COVID-19 Impfstoffes belegen kann.

In Börsenunterlagen schreibt BioNTech noch am **26.10.2022**, unterschrieben von Ugur Sahin persönlich: „Obwohl wir erwarten, dass wir BLAs für unsere mRNA-basierten Produktkandidaten in den Vereinigten Staaten und in der Europäischen Union einzureichen, wurden mRNA-Therapien als Gentherapie-Arzneimittel eingestuft,[...]“

<https://investors.biontech.de/static-files/4c20d743-ad34-4d12-808e-15f103d52831>

Auch dazu findet sich in den Fach- und Gebrauchsinformationen nichts.

Am **27.03 2023** schreibt BioNTech in ihren Börsenunterlagen, von Ugur Sahin persönlich unterzeichnet: „Es kann sein, dass wir nicht in der Lage sind, eine ausreichende Wirksamkeit oder Sicherheit unseres Impfstoffs COVID-19 nachzuweisen, [...]“

<https://investors.biontech.de/static-files/5491aad7-4833-4938-b673-03c906344eb5>

BioNTech erkennt aber, dass ein zugelassener Anwendungsbereich **nur vor** dem 21.12.2020 hätte bestimmt werden dürfen, wenn die Wirksamkeit und **Sicherheit zweifelsohne feststeht. Denn ansonsten hätte es auch keine bedingte Zulassung geben dürfen. Also bestimmten sie den Anwendungsbereich ohne Daten ins Blaue hinein und in den Bereichen Langzeitschutz und Übertragungsschutz direkt als Lüge, weil sie ja wussten, dass dieser nicht beantragt und getestet werden wird und nicht den Gegenstand der Prüfung bilden soll.**

15. Die Impfungen sind nicht serialisiert:

[https://d7694293-ffb8-4ed0-a014-](https://d7694293-ffb8-4ed0-a014-3581d49070e4.usrfiles.com/ugd/d76942_5af19ff7389d405585ae0c9db50eb306.pdf)

[3581d49070e4.usrfiles.com/ugd/d76942_5af19ff7389d405585ae0c9db50eb306.pdf](https://d7694293-ffb8-4ed0-a014-3581d49070e4.usrfiles.com/ugd/d76942_5af19ff7389d405585ae0c9db50eb306.pdf) (...)

(Erläuterung: „Eine Arzneimittelpackung wird mit einer randomisierten (zufällig gewählten) einmaligen Seriennummer ausgestattet (serialisiert), die gemeinsam mit Chargennummer und Ablaufdatum in einen zweidimensionalen Barcode verschlüsselt wird. Damit wird diese Arzneimittelpackung innerhalb Europas eindeutig identifizierbar.

Bevor ein Patient in einer Apotheke, im Krankenhaus oder beim hausapothekenführenden Arzt ein Arzneimittel bekommt, wird die Seriennummer des Medikaments überprüft (verifiziert), aus einem Datenbanksystem ausgelesen und deaktiviert. Dadurch wird die Echtheit des Medikaments sichergestellt. Sollten Unstimmigkeiten bei der Überprüfung auftreten, darf das Medikament nicht mehr abgegeben werden.“ –

Quelle:

[https://www.amvs-medicines.at/schutz-vor-gefaelschten-arzneimitteln/serialisierung-und-verifizierung/#:~:text=Eine%20Arzneimittelpackung%20wird%20mit%20einer,Arzneimittelpackung%20innerhalb%20Europas%20eindeutig%20identifizierbar.\)](https://www.amvs-medicines.at/schutz-vor-gefaelschten-arzneimitteln/serialisierung-und-verifizierung/#:~:text=Eine%20Arzneimittelpackung%20wird%20mit%20einer,Arzneimittelpackung%20innerhalb%20Europas%20eindeutig%20identifizierbar.)

16. Falscher therapeutischer Nutzen deklariert

In den USA haben und 5 Generalbundesanwälte verschiedener US – Staaten Anklage gegen die gemeinsame Vertriebspartnerin und Zulassungspartnerin Pfizer Inc. erhoben wegen falscher therapeutischer Angaben zum Vakzin, die es objektiv nie besaß.

Generalbundesanwalt Paxton geht auch noch einen Schritt weiter und klagt Pfizer auch wegen Zensur des inhaltlichen Diskurses an, zu der Thematik keine kritischen Stimmen zugelassen zu haben.

<https://texasattorneygeneral.gov/sites/default/files/images/press/Pfizer%20Vaccine%20Petition%20Filed.pdf>

BioNTech kannte bereits vor bedingter Zulassung, dass die gesundheitlichen Schäden jedes andere jemals zugelassene Medikament oder Impfung übersteigen werden. Noch nie in der Medizingeschichte gab es für Vakzine derart exorbitant hohe Schadensquoten pro Impfung nachdem, was der Kanzlei bekannt ist.

17. Ferner wurde nicht auf die Produktion mit Kolibakterien, Plasmidringen und SV40 hingewiesen und der dadurch herbeigeführten Gefahrerhöhung durch die gewählte Produktionsart in Process

Fazit:

BioNTech hat in großen Teilen in den Fach - und Gebrauchsinformationen bewusst gelogen und in anderen Bereichen ins Blaue hinein Falschbehauptungen aufgestellt, um sich dadurch die bedingte Zulassung zu erschleichen.

Hätte BioNTech all das, was hier als lücken- oder fehlerhaft dargestellt worden ist, insbesondere nur geschrieben, dass kein Nutzen feststellbar ist, Übertragungsschutz im Antrag auf (bedingte) Zulassung gar nicht enthalten war und auch kein Langzeitschutz bestehen kann, wäre niemals jemand auf die Idee gekommen, die Injektionen zu verabreichen oder sich sogar mit diesen „impfen“ zu lassen, auch nicht die Klägerin.

Beweis: Einvernahme, hilfsweise Anhörung der Klägerin.

Folglich ist der hier geltend gemachte Schaden auch „infolge“ dieser mangelhaften Information zustande gekommen.

Der Umstand der Erschleichung der bedingten Zulassung u.a. mit unzutreffenden Wirksamkeitsangaben sollte nun zur öffentlichen Empörung führen und dazu, die Verantwortlichen zu Rechenschaft zu ziehen.“ (**Zitat Ende**, Texthervorhebungen durch Fettdruck und Unterstreichungen wurden teilweise hinzugefügt)

Quelle:

<https://x.com/AnwaltUlbrich/status/1827767979733573987?s=19>

Beweis für den gesamten vorstehenden Vortrag von Rechtsanwalt Tobias Ulbrich:

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

(7)

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 auf 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 Rückrufpflichten 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. Vertriebt 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 Gefahrenforschung 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/>)

Oben wurde bereits ausgeführt, dass die Beklagte ihre Sorgfaltspflichten sowohl zum Zeitpunkt der Entwicklung, der Herstellung als auch bei der Erfüllung ihrer Instruktionspflichten grob verletzt hat.

Die Beklagte kannte die Schadensrisiken der modRNA-Technologie und wusste insbesondere, dass mit hoher Wahrscheinlichkeit schwerwiegende Schäden an Leben, Gesundheit und körperlicher Unversehrtheit drohen.

An dieser möchte ich abermals besonders hervorheben, was ich schon oben unter Punkt lit. C) Ziff. I. unter „Grundsätzliche konzeptionelle Fehler schon in der Entwicklung“ ausgeführt habe: Der Beklagten war nach eigenen Angaben schon Januar/Februar 2020 (!) positiv bekannt, dass und warum sie von der Entwicklung der modRNA-Technologie unbedingt die Finger lassen sollte.

Ich wiederhole:

Hierzu können wir dem Substack von Dr. Sabine C. Stebel vom 27.2.2025 mit dem Titel „**Project Lightspeed - [IRONIE]Einmal mit Profis arbeiten[/IRONIE] Teil 4**“ folgende Information entnehmen (**Zitat**):

„ABER bevor Ugur als potentieller Superspreader in den Urlaub fährt (so wie die Skifahrer in Ischgl[9]) gibt es am 13. Februar 2020 auf Seite 82 bei BioNTech noch schnell eine Großveranstaltung der ganzen Firma in der Townhall im Alten Postlager in Mainz an welchem immerhin 1300 Mitarbeiter teilnahmen. *„Er wusste, dass Lockdowns unvermeidlich kommen würden und dass dies deshalb die vermutlich letzte Gelegenheit war, seine Leute persönlich für ein Projekt zu begeistern (S. 94).“* Eines der Themen war *„Wenn kein neues Geld hereinkäme, sagte Poetting, wären die Mittel Mitte 2021 aufgebraucht (S. 93).“*

...

Zum Zeitpunkt des Town Hall Meetings, vor dem Urlaub in Lanzarote, wissen Ugur und Özlem bereits, dass: ...

6. „**2005**, so las er, hatten kanadische Forscher einen Impfstoff entwickelt, der auf einem ungefährlichen Pockenvirus-Vektor basierte, welcher die Information für das Spike-Protein enthielt, jene knubbeligen Ausstülpungen, die dem Erreger das Aussehen einer Krone verleihen und sich an die Rezeptoren der Lungenzellen heften. Der Impfstoff wurde an Frettchen getestet, und man stellte fest, dass er nicht nur nicht vor der Erkrankung schützte. Im Gegenteil: Die geimpften Tiere, die sich danach mit dem Virus infizierten, zeigten weit schlimmere Krankheitsverläufe als die in der Kontrollgruppe. [\[21\]](#)“ (S. 100) (**Zitat Ende**)

Beweis:

[\[20\]](#) Graham BS, Modjarrad K, McLellan JS. Novel antigens for RSV vaccines. Curr Opin Immunol. 2015 Aug;35:30-8. doi: 10.1016/j.coi.2015.04.005. Epub 2015 Jun 10. PMID: 26070108; PMCID: PMC4553118.

https://drbine.substack.com/p/project-lightspeed-ironieeinmal-mit-9ab#_ednref22

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

Weiter heißt es in dem vorgenannten Substack (**Zitat**):

„7. „Schwere akute Lungenschäden wurden auch von einem Forscherteam in Hongkong beobachtet, das ein Vakzin an chinesischen Rhesusaffen testete. [\[22\]](#)“ (S. 100)“ (**Zitat Ende**)

Beweis:

[\[22\]](#) Liu L, Wei Q, Lin Q, Fang J, Wang H, Kwok H, Tang H, Nishiura K, Peng J, Tan Z, Wu T, Cheung KW, Chan KH, Alvarez X, Qin C, Lackner A, Perlman S, Yuen KY, Chen Z. Anti-spike IgG causes severe acute lung injury by skewing macrophage responses during acute SARS-CoV infection. JCI Insight. 2019 Feb 21;4(4):e123158. doi: 10.1172/jci.insight.123158. PMID: 30830861; PMCID: PMC6478436.

https://drbine.substack.com/p/project-lightspeed-ironieeinmal-mit-9ab#_ednref22

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

Und weiter heißt es in dem vorgenannten Substack (**Zitat**):

8. „*Tierversuche mit Mäusen und Kaninchen, an denen man ein Vakzin gegen den MERS-Virus, den Nachfolger des ursprünglichen SARS-Virus, testete, verliefen ebenfalls katastrophal.* [\[23\]](#)“ (S. 100) (**Zitat Ende**)

Beweis:

[\[23\]](#) Smatti MK, Al Thani AA, Yassine HM. Viral-Induced Enhanced Disease Illness. Front Microbiol. 2018 Dec 5;9:2991. doi: 10.3389/fmicb.2018.02991. PMID: 30568643; PMCID: PMC6290032.

https://drbine.substack.com/p/project-lightspeed-ironieeinmal-mit-9ab#_ednref22

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

Alleine schon die Kenntnis dieser Zusammenhänge begründet den Vorsatz der Anspruchsgrundlagen nach §§ 823 Abs. 1 und Abs. 2 und darüber hinaus die Sittenwidrigkeit i.S. des § 826 BGB, die nachfolgend noch näher behandelt werden.

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.

Vorab: Auch andere Juristen haben sich um eine strafrechtliche Aufarbeitung bemüht und entsprechende Strafanzeigen gestellt.

Beweis:

<https://transition-news.org/exklusiv-strafanzeige-gegen-deutschlands-corona-kopfe>

https://transition-news.org/IMG/pdf/sachverhaltsdarstellung_ra_parusel_geschwaerzt.pdf

Dem obigen Interview widerspreche ich aber in 2 Punkten: Niemand sollte auch jetzt noch unkritisch für „Impfungen“ sein. Und vor allem: Es stimmt nicht, dass wir "nur" die RKI-Protokolle hätten (Zitat: "...Derzeit haben wir nur diese RKI-Protokolle,.."). Wie hier zu sehen ist, gibt es sehr viel mehr als nur diese RKI-Protokolle, um die Hauptverantwortlichen der Jahre 2020 - 2025 strafrechtlich zu beschuldigen.

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, 22, 23 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

Von diesen Anlagen möchte ich die Anlage

Anlage K 16B1

mit dem Vorabkaufvertrag bzw. „Advance Purchase Agreement“ („APA“) zwischen der EU-Kommission und der Beklagten **„für die Herstellung, die vorrangige Beschaffung und die Lieferung eines erfolgreichen COVID-19-Impfstoffs für die EU-Mitgliedstaaten - SANTE/2020/C3/043 - SI2.838335“** besonders hervorheben.

In diesem Vorabkaufvertrag zwischen der EU und der Beklagten heißt es unter Gliederungspunkt 1.12 „Indemnification“ („Haftungsfreistellung“) wörtlich (Zitat):

„1.12 Indemnification

1.12.1 The Commission, on behalf of the Participating Member States, declares that the use of Vaccines produced under this APA will happen under epidemic conditions requiring such use, and that the administration of Vaccines will therefore be conducted under the sole responsibility of the Participating Member States. 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 1.12.6, 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 1.12.2 (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..." **(Zitat Ende)**

Übersetzt:

„1.12 Haftungsfreistellung

1.12.1 Die Kommission erklärt im Namen der teilnehmenden Mitgliedstaaten, dass die Verwendung der im Rahmen dieses APA hergestellten Impfstoffe unter epidemischen Bedingungen erfolgt, die eine solche Verwendung erfordern, und dass die Verabreichung der Impfstoffe daher unter der alleinigen Verantwortung der teilnehmenden Mitgliedstaaten durchgeführt wird. Daher hält jeder teilnehmende Mitgliedstaat den Auftragnehmer, seine verbundenen Unternehmen, Unterauftragnehmer, Lizenzgeber und Unterlizenznehmer sowie die leitenden Angestellten, Direktoren, Angestellten und sonstigen Beauftragten und Vertreter jedes dieser Unternehmen (zusammen die „entschädigten Personen“) schadlos von und gegen alle entstandenen Verbindlichkeiten, Abfindungen gemäß Artikel 1.12. 6 und angemessenen direkten externen Rechtskosten, die bei der Abwehr von Ansprüchen Dritter (einschließlich angemessener Anwaltsgebühren und sonstiger Kosten) im Zusammenhang mit Schäden und Verlusten gemäß der Definition in Artikel 1.12.2 (zusammen die „Verluste“) entstehen, die sich aus der Verwendung und dem Einsatz der Impfstoffe im Hoheitsgebiet des betreffenden teilnehmenden Mitgliedstaats ergeben oder damit zusammenhängen...“ (Zitat Ende, Übersetzt mit DeepL.com)

Hinweis: Die jeweiligen Vorabkaufverträge der EU mit Pfizer und Moderna können im Volltext unter dem folgenden Link abgerufen werden:

<https://fragdenstaat.de/dokumente/sammlung/60-eu-impfvertrage/>

Der Vertragstext ist eindeutig. Die Beklagte kann also nicht behaupten, „die Mitgliedsstaaten“ wären „nicht“ „zu den von ihr in den APAs auferlegten weitreichenden Haftungsübernahmen verpflichtet“.

Zwar werden „die Ansprüche geimpfter Personen auf Schadenersatz“ nicht unmittelbar „eingeschränkt“, aber die Mitgliedsstaaten haben sich im Rahmen dieser Haftungsfreistellungs-Vereinbarung dazu verpflichtet, alles in ihrer Macht Stehende zu tun, um die Beklagte in solchen Schmerzensgeld- und Schadenersatzansprüchen zu unterstützen und die Durchsetzung solcher Ansprüche von „geimpften“ Personen zu vereiteln.

Mit diesem Vorabkaufvertrag wurde und wird eine Situation „David gegen Goliath“ geschaffen, weil die Covid-19-Injektionsgeschädigten jetzt nicht nur einen milliardenschweren pharmazeutischen Hersteller gegen sich haben, sondern auch noch den Bund selbst mit all seinen Ressourcen.

Vor dem Hintergrund dieser Haftungsübernahme versteht sich von selbst, dass der Bund nicht nur aus politischen, sondern jetzt auch aus wirtschaftlichen Gründen ein sehr hohes Interesse daran haben muss und sicherlich auch hat, eine eigene Haftung zu vermeiden.

Die Rechtsprechung der letzten Jahre muss bei jedem Covid-19-Injektionsgeschädigten die Sorge begründen, dass Bund und Länder auf die Rechtsprechung einwirkt und die Unabhängigkeit der Gerichte in Gefahr ist.

So äußerte auch der vormalige Präsident des Bundesverfassungsgerichts Hans-Jürgen Papier Oktober 2023 (Zitat):

*„Ich habe das **Versagen der Judikative** damit begründet, dass sie insbesondere der Exekutive nicht rechtzeitig aufgegeben hat, für eine gesichertere Datenbasis zu sorgen, damit eben in absehbarer Zeit eine wirklich genauere Beurteilung der wirklichen Gefahrenlage, aber auch der Geeignetheit, der Effektivität, der Erforderlichkeit und der*

*Verhältnismäßigkeit der einzelnen Schutzmaßnahmen möglich wird. Das hätte man in den Eilentscheidungen machen können, diese Anordnung treffen, aber es fehlte eben, wenn ich so sagen darf, der Mut. **So, dass das alles dann [...] letztlich endete in einer großen Rechtsschutzverweigerung.***

Quelle:

<https://www.cicero.de/kultur/meistgelesene-artikel-2024-september-corona-und-recht-die-pandemie-der-unmenschlichkeit>

Die Klägerin/der Kläger hofft, ja sie erwartet, dass ihr/ihm trotz dieser Rahmenbedingungen nicht der Zugang zum Recht verweigert wird. Ein Mensch ohne Zugang zum Recht wird seiner Menschenwürde beraubt.

Als weitere Anlagen zu den o.g. Strafanzeigen zu den Anlagen K 16 A1 und A2 werden die

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 beigelegt, 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/>

Mord und Totschlag

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,

Es gibt hier auch kein „Verfahrenshindernis“, weil es in dem gegebenen Kontext absolut fernliegend wäre nur von einer vorsätzlichen „einfachen“ Körperverletzung i.S. des § 230 StGB zu sprechen.

§ 230 Abs. 1 S. 1 StGB stellt klar, dass diese Norm auf eine vorsätzliche Körperverletzung nach **§ 223 StGB** und die fahrlässige Körperverletzung nach **§ 229 StGB** beschränkt ist. Ein Strafantrag ist also nicht (!) Voraussetzung für die nach §§ 224-227 und 340 StGB (so auch ausdrücklich klargestellt in Fischer, StGB-Kommentar, § 230 Rn 2).

Die hier verantwortlichen „Impf“-Ärzte und alle weiteren ggf. noch tatbeteiligten Organisatoren und Mitarbeiter des beteiligten Arztes bzw. „Impfzentrums“ könnten deshalb auch u.a. auch wegen des Tatverdachts der vollendeten **gefährlichen** und **schweren** Körperverletzung (im Amt) gem. §§ 223, 224, 226, 340 StGB und des (versuchten) Totschlags und Mords gem. §§ 212, 211, 22, 23 StGB sowie aller sonst in Betracht kommenden Straftatbestände (soweit eine Garantenstellung besteht, auch i.V.m. § 13 StGB), Deliktsstadien und Beteiligungsformen angezeigt.

Der Klägerin wurde hochexperimentelle Injektionen, die die körpereigene Produktion von toxischen Spikes auslösen sollten, verabreicht, die zudem höchst wahrscheinlich stark mit DNA-Resten und Plasmiden etc. verunreinigt waren, verabreicht, was bereits eine **vollendete gefährliche Körperverletzung** i.S. des **§ 224 Abs. 1 Nr. 1 Var. 2 StGB** verkörpert.

Wenn bei den Kandidaten einer solchen hochexperimentellen und gefährlichen Covid-19-Injektion zudem durch falsche Auskünfte und/oder das Fehlen jeder (auch nur ansatzweise angemessenen / korrekten) Aufklärung gezielt das – hier nicht gerechtfertigte - Gefühl einer Gefährlosigkeit bzw. Sicherheit dieser Injektionen erzeugt worden ist, dann sollte in diesem Kontext auch der Tatbestand eines „hinterlistigen Überfalls“ geprüft werden.

Wenn bereits das verdeckte Beibringen von Schlafmitteln als **hinterlistiger Überfall i.S. des § 224 Abs. 1 Nr. 3 StGB** qualifiziert worden ist (vgl. Fischer, ebenda, § 224 Rn 24). dann sollte das erst recht für eine weitaus gefährlichere Covid-19-Injektion gelten, deren Folgen bis hin zum Tod reichen können.

Angesichts der eindeutig belegten Sterbefälle in allen Altersklassen, die kausal auf diese Covid-19-Injektionen zurückgehen, sowie der Übersterblichkeit in zahlreichen Ländern, auch in der BRD, die genau seit Umsetzung der Covid-19-Injektionsagenda beobachtet worden ist – Nachweise hierzu wurden überreicht - wird auch niemand mehr bestreiten

können, dass die Verabreichung dieser Covid-19-Injektionen eine „das Leben gefährdende Behandlung“ verkörpert.

Die schweren Gesundheitsschäden und die dadurch bedingten Folgen für das Erwerbsleben der Klägerin ausführlich dargelegt.

Angesichts dieser schweren Tatfolgen ist hier von einer **schweren Körperverletzung i.S. des § 226 Abs. 1 Nr. 3** – jedenfalls in der Variante des **Siechtums (Var. 2)**– auszugehen.

Siechtum ist ein chronischer Gesundheitszustand von nicht absehbarer Dauer, der wegen Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens Hinfälligkeit zur Folge hat (Fischer, ebenda, § 226 Rn 11 m.w.N.) **Bei einer Person in der Vollkraft ihrer Jahre genügt dazu die Arbeitsunfähigkeit** (Fischer, ebenda, § 226 Rn 11 mit Verweis auf NK-StGB/Paeffgen/Böse Rn. 33).

Wie bereits oben dargelegt und nachgewiesen worden ist wurde der Klägerin auf Grund ihrer covid-19-injektionsbedingten Gesundheitsschäden

erwerbsunfähig und bezieht mittlerweile Erwerbsunfähigkeitsrente,

pflegebedürftig mit Pflegegrad ... und

behindert mit einem Gesamtgrad der Behinderung von ... Grad.

3.4

Schließlich begründen die hier dargelegten Sachverhalte den Tatverdacht

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 Heilmittelwerbegezet (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. Zudem wurde oben aufgezeigt, „Was Pfizer wusste“...und dennoch tat.

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.

Der Vertrag in der Anlage K 16B1 ist sehr auch in diesem Kontext sehr aufschlussreich, da er die sittenwidrige vorsätzliche Schädigung eindeutig belegt.

Dieser Vertrag zu Anlage K 16B1 wird in der Anlage K16 A1 u.a. wie folgt gewürdigt (**Zitat**):

„Mit dem abgeschlossenen Vorabkaufvertrag am 20.11.2020 hat die EU schon Wochen vorher, bevor der Impfstoff von der EMA, der Europäischen Arzneimittelbehörde, zugelassen wurde, eine bedingte Zulassung vereinbart. Im Kapitel I "Special Conditions" (Besondere Bedingungen) Seite 6 bestätigt die Kommission und erklärt sich damit einverstanden, dass der Auftragnehmer (Pfizer/BioNTech) sich nicht nach bestem Wissen und Gewissen bemühen muss. Sie stimmt zu, dass das gar nicht erforderlich ist. Der Auftragnehmer (Pfizer/BioNTech) ist nicht verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, die für ihn nachteilig sind, um diesen "Best Reasonable Efforts"-Standard zu erfüllen. Der Auftragnehmer (Pfizer/BioNTech) erkennt gleichzeitig den Wunsch der Kommission an und ist bereit, den Impfstoff ohne den besten Standard zur Verfügung zu stellen, um die Pandemie zu bekämpfen.

Chapter I Article 2. Definitions - Page 5

‘Best Reasonable Efforts’:.... „The Commission acknowledges and agrees, and Best Reasonable Efforts does not require, that the Contractor be obliged to take any action prejudicial to the Contractor to meet such “Best Reasonable Efforts” Standard, and the Contractor in turn acknowledges and shares the Commission’s desire that the Vaccine be made available to help address the pandemic;“

Es wurde von beiden Vertragspartnern sogar „angenommen“, dass die EMA den Impfstoff bis zum 15.12.2020 ohne Einwände zulassen wird.

Chapter I Article 6.3 Supply mechanism - Page 13

„Subject to points (i) to (v) below, it is estimated that the order will be delivered as set out in the table below the “Interim Delivery Schedule”) assuming Authorisation being granted by 15 December 2020.“

Bei der Zulassung des Impfstoffs wurde der „normale“ Weg überhaupt nicht eingehalten. Der Impfstoff wurde nicht getestet, von der EMA unabhängig geprüft, dann erst zugelassen und dann erst verkauft. Es lief umgekehrt: die Politik, vertreten durch die EU-Kommission,

und die Pharmaindustrie schlossen Wochen vor der Zulassung des Impfstoffs Kaufverträge, mit einer bedingten Zulassung, und die EMA lieferte fristgerecht die gewünschte Zulassung.

Auf Seite 15 erkennt die EU-Kommission an und stimmt sogar zu, dass die Bemühungen des Auftragnehmers (BioNTech/Pfizer) um die Entwicklung und Herstellung des Impfstoffs ehrgeiziger Natur sind und deshalb erheblichen Risiken und Ungewissheiten unterliegen.

Chapter I Article 6.7 Waiver - Page 15

„The Commission acknowledges and agrees that the Contractor’s efforts to develop and manufacture the Vaccine are aspirational in nature and subject to significant risks and uncertainties.“

Damit hat die EU-Kommission die hohen Risiken und Unsicherheiten bei der Herstellung des Impfstoffs anerkannt und gleichzeitig die Mängel der Impfstoffproduktion gebilligt. Diese Mängel sind mittlerweile bekannt: Der Impfstoff von Biontech/Pfizer erhält schwankende Mengen von intaktem Impfstoff und sogar DNA, was nie hätte passieren dürfen und zu schwerwiegenden medizinischen Folgen führen kann. Und nicht zuletzt ist bekannt, dass sich einzelne Impfstoff-Chargen hinsichtlich der Impfnebenwirkungen und Todesfälle nach Impfungen massiv unterscheiden. Die Qualität der Herstellung des Impfstoffs war von Anfang an nicht gesichert.

Auf Seite 24 erklärt die EU-Kommission im Namen der Mitgliedstaaten der EU, dass die Verwendung von Impfstoffen, die im Rahmen dieses Vorabkaufvertrages hergestellt werden und ihre Zulassung unter epidemischen Bedingungen, die eine solche Verwendung erfordern, erhalten werden, ausschließlich von den teilnehmenden Mitgliedstaaten zu verantworten sind.

Chapter I Article 12. 1 Indemnification - Page 24

„The Commission, on behalf of the Participating Member States, declares that the use of Vaccines produced under this APA will happen under epidemic conditions requiring such use, and that the administration of Vaccines will therefore be conducted under the sole responsibility of the Participating Member States.“

Damit weisen die EU-Kommission und BioNTech/Pfizer jede Verantwortung für die Anwendung des Impfstoffes von sich. Die Verantwortung wurde auf die Mitgliedsstaaten der EU übertragen, ohne sie vorher zu fragen. Die Pharmafirmen und die EU haften also für gar nichts.

Auf Seite 25 legen die EU-Kommission und BioNTech/Pfizer sogar fest, für welche Impfschäden die Schadloshaltung des Pharmakonzerns gilt. Das sind: für Todesfälle, körperliche Schäden, mentale oder emotionale Schäden, Krankheiten, Behinderungen, Verlust oder Beschädigung von Eigentum, wirtschaftliche Verluste oder Geschäfts-Unterbrechungen.

Chapter I Article 12. 2 Indemnification - Page 25

„Indemnification pursuant to Article 1.12.1 will only be available for the following losses suffered by a third party: death, physical injury, mental or emotional injury, illness, disability, property loss or damage, economic losses or business interruption.“

Noch vor der Zulassung des Impfstoffs wurden nicht nur der Pharmakonzern von jeglicher Haftung ausgenommen, sondern auch die EU-Kommission. Die EU-Kommission stimmte sogar der Definition der Impfschäden zu und akzeptierte als ganz selbstverständlich die

zukünftigen Todesfälle, Behinderungen, Krankheiten und wirtschaftliche Schäden durch die Impfungen bei einem Impfstoff, mit dem Gesunde geimpft werden sollten. Das APA war ein Rahmenvertrag der EU. Die einzelnen Bestellungen erfolgten bei BioNTech/Pfizer von den einzelnen Mitgliedsstaaten jedoch in einem eigenen Vertrag, der schon in dem Vorabkaufvertrag im **Anhang I** unter dem Namen „Vaccine Order Form“ (s. Seite 47-56) festgelegt wurde.

Damit schloss nicht nur die EU einen Vertrag mit Pfizer/BioNTech, sondern alle 27 Mitgliedsstaaten wurden mit der Unterschrift unter den jeweiligen Bestellungsvertrag automatisch Vertragspartner. Die EU bestellte die Impfstoffe für die gesamte EU. Jeder Staat kaufte dann die Impfstoffe zwar nach eigenem Ermessen, aber alle Bestimmungen des Vorabkaufvertrags wurden für ihn mit dem Kaufvertrag nach dem „Vaccine Order Form“ sofort bindend. Sie haben mit ihrer Bestellung zugestimmt, dass alle Bestimmungen gemäß der Laufzeit des Vorabkaufvertrages gegen sie durchsetzbar sind.“ (**Zitat Ende**, Unterstreichungen wurden hinzugefügt)

Selbst in der Theorie dürfte sich kaum eine Vorgehensweise eines Wirkstoffherstellers konstruieren lassen, dass ein solches Ausmaß an Sittenwidrigkeit noch übertreffen könnte.

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.

Einem Artikel von legitim.ch vom 22.1.2025 können wir folgende Information entnehmen (**Zitat**):

„Alok Sharma, Staatssekretär in der früheren britischen Regierung (vgl. [gov.uk](https://www.gov.uk)), hat zugegeben: Die Regierung wusste VOR der Zulassung der Covid-Impfstoffe, dass Menschen durch sie geschädigt werden würden. Die Behauptung, die Impfstoffe seien „sicher“, war eine Lüge, und es war unethisch, die Menschen zu zwingen, sich spritzen zu lassen. Schlimmer noch, es war schlichtweg böse, die Kinder unserer Nation diesem unnötigen und völlig vermeidbaren Risiko schwerer Verletzungen und des Todes auszusetzen...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://legitim.ch/paukensschlag-britischer-minister-gibt-zu-wir-wussten-dass-der-corona-impfstoff-millionsen-menschen-verletzen-wird/>

Wenn die britische Regierung das wusste, dann wusste die Beklagte das erst recht. Oder will sie einwenden, sie wusste als Herstellerin weniger als die britische Regierung?

III. 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):

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 vormalig gesunden Zellen werden jetzt Spikeprotein-Fabriken.“ (Zitat Ende)

Beweis:

PDF der BioNTech-„Geschäftspräsentation 2020“, die hier als

Anlage K 17

überreicht wird.

Infolge dieser Eigenschaften werden also auch die „Eigenschaften“ bzw. Funktionsweisen der auf diesem Wege manipulierten Zellen verändert. Aus vormalig gesunden Zellen werden jetzt Spikeprotein-Fabriken.

Ebenda heißt es weiter 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.

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:

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

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.

Der Ausschlussgrund des **§ 37 Abs. 1 GenTG** greift schon deshalb nicht, weil für den Produktionsprozess 2 – wie oben dargelegt – nie eine Zulassung erteilt wurde. Ergänzende Ausführungen bleiben vorbehalten.

IV. Haftung mehrerer gem. § 840 BGB

§ 830 - Mittäter und Beteiligte

(1) 1 Haben mehrere durch eine gemeinschaftlich begangene unerlaubte Handlung einen Schaden verursacht, so ist jeder für den Schaden verantwortlich. **2 Das Gleiche gilt, wenn sich nicht ermitteln lässt, wer von mehreren Beteiligten den Schaden durch seine Handlung verursacht hat.**

(2) Anstifter und Gehilfen stehen Mittätern gleich.

§ 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.

V. Zu Fragen der Verjährung

§ 194 BGB - Gegenstand der Verjährung (Auszug):

(1) Das Recht, von einem anderen ein Tun oder Unterlassen zu verlangen (Anspruch), unterliegt der Verjährung.

(2) Der Verjährung unterliegen nicht

1.

Ansprüche, die aus einem nicht verjährbaren Verbrechen erwachsen sind, ...

Mord und versuchter Mord verjähren nicht (vgl. § 78 Abs. 2 StGB).

„§ 195 BGB - Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.“

„§ 197 Dreißigjährige Verjährungsfrist (Auszug)

(1) In 30 Jahren verjähren, soweit nicht ein anderes bestimmt ist,

1.

Schadensersatzansprüche, die auf der **vorsätzlichen** Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung beruhen, ...“

Bedingter Vorsatz (dolus eventualis) bedeutet, dass der Schadenverursacher den Schaden für möglich hält und ihn billigend in Kauf nimmt, er diesen aber nicht unbedingt herbeiführen will.

Aus den o.g. Gründen muss die Beklagte alle Schäden zumindest billigend in Kauf genommen haben. Sie konnte auf Grund der schon in der Zulassungsstudie und dann insbesondere auch schon frühzeitig in der Post-Marketing-Phase gewonnenen Erkenntnisse keinesfalls darauf vertrauen, dass diese Schäden ausbleiben.

Angesichts der hier dargelegten Umstände besteht aber der dringende Verdacht, dass hier sogar (mindestens) von **direktem** Vorsatz (sog. Dolus directus) der Beklagten ausgegangen werden.

Definition direkter Vorsatz:

„Der Täter handelt mit direktem Vorsatz hinsichtlich eines tatbestandlichen Umstands (bzw. eines Schadens), **wenn er dessen Verwirklichung für eine sichere Folge seines gewollten Verhaltens hält.**“ (vgl. BGHSt 18, 246 [248]; 21, 283 [284 f.]; Roxin AT I § 12/18 ff.).

Die Beklagte musste auf Grund ihrer Erkenntnisse davon ausgehen, dass Schäden wie die hier vorgetragenen bei einer unbestimmten Vielzahl von Personen sicher eintreten werden.

„§ 199 BGB - Beginn der regelmäßigen Verjährungsfrist und Verjährungshöchstfristen

(1) Die regelmäßige Verjährungsfrist beginnt, soweit nicht ein anderer Verjährungsbeginn bestimmt ist, mit dem Schluss des Jahres, in dem

1.

der Anspruch entstanden ist und

2.

der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Schadensersatzansprüche, die auf der Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit oder der Freiheit beruhen, verjähren ohne Rücksicht auf ihre Entstehung und die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis in 30 Jahren von der Begehung der Handlung, der Pflichtverletzung oder dem sonstigen, den Schaden auslösenden Ereignis an....“

Die Geschädigten, die in 2020 oder 2021 eine Injektion erhalten haben, haben wegen des Fehlens der hierfür erforderlichen Spezialkenntnisse, aber vor allem auch wegen des Unwillens der konsultierten Ärzte regelmäßig erst mit erheblicher Verzögerung von ein bis zwei Jahren die ärztliche Diagnose und Bestätigung erhalten, dass nur die Covid-19-Injektionen der Grund für ihre Gesundheitsschäden sein können.

Das gilt umso mehr, als dass der Bundesgesundheitsminister Lauterbach bis in den Juni 2022 hinein behauptet hat, die Covid-19-Injektionen seien „nebenwirkungsfrei“ und erste Berichte über Covid-19-Injektionsschäden erst im Verlaufe des Jahres 2022 in den Medien auftauchten.

Vorher konnten sie also keine Kenntnis von den den Anspruch begründenden Umständen haben.

Unter diesen Umständen bleibt auch kein Raum für eine grobe Fahrlässigkeit der Geschädigten.

F) 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)**

Prof. Dr. Andreas Sönnichsen hat das Versagen der Ärzteschaft in seinem am 26.10.2022 veröffentlichten Brief an die Salzburger Ärztekammer, der in seinem Buch „Die Angst- und Lügenpandemie“ auf Seite 281 f. im Volltext abgedruckt ist, wie folgt auf den Punkt gebracht (**Zitat**):

„Der hippokratische Eid, das Genfer Gelöbnis, der Nürnberger Kodex und der empathisch-gesunde Menschenverstand verpflichten mich daher als Arzt, Impfbefreiungsatteste auszustellen, wenn ein korrupter Staat und eine noch korruptere Ärztliche Glaubenskongregation, die aus Marionetten der Pharmaindustrie besteht, die Menschen zu einer potentiell tödlichen „Impfung“ nötigen. Zu Ihrer Erbauung empfehle ich Ihnen einen Blick auf die Webseite www.ich-habe-mitgemacht.de und fordere Sie hiermit mit Nachdruck auf, von Ihrer Hetze gegen Kolleginnen und Kollegen endlich abzulassen, die lediglich ihrem ärztlichen Gewissen und Ethos folgen.“ (**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 Besuchsverböten, als also die meisten Mediziner auch die Müße 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.

Höchst vorsorglich sei hierzu noch ergänzend angemerkt:

Es gibt hier auch kein „Verfahrenshindernis“, weil es in dem gegebenen Kontext absolut fernliegend wäre, nur von einer einfachen Körperverletzung i.S. des § 230 StGB zu sprechen.

§ 230 Abs. 1 S. 1 StGB stellt klar, dass diese Norm auf eine vorsätzliche Körperverletzung nach § 223 StGB und die fahrlässige Körperverletzung nach § 229 StGB beschränkt ist. Ein Strafantrag ist also nicht (!) Voraussetzung für die nach §§ 224-227 und 340 StGB (so auch ausdrücklich klargestellt in Fischer, StGB-Kommentar, § 230 Rn 2).

Und diese Rechtsfrage ist eindeutig und offensichtlich.

Die beteiligten „Impf“-Ärzte und alle weiteren ggf. noch tatbeteiligten Organisatoren und Mitarbeiter des beteiligten Arztes bzw. „Impfzentrumswurden könnten also auch wegen des Tatverdachts

der vollendeten **gefährlichen** und **schweren** Körperverletzung (im Amt) gem. §§ 223, 224, 226, 340 StGB und

des (versuchten) Totschlags und Mords gem. §§ 212, 211, 22, 23 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, HWG, Kriegswaffenkontrollgesetz, Völkerstrafgesetzbuch und ggf. sonst noch in Betracht kommenden Straftatbeständen

angezeigt werden.

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 Genesenachweis 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 Herstellungsprozesses 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.

Die italienische Kollegin DDr. Renate Holzeisen hat auf diesen Umstand in ihrer Pressemitteilung vom 23.4.2024 hingewiesen, in der sie sich u.a. mit der Rechtsprechung des erstinstanzlichen Gerichts der EU in den von ihr vertretenen Nichtigkeitsklage zu AZ. T-109/23 befasst. Dort heißt es (**Zitat**):

„2. Grundrecht auf effektiven Rechtsschutz den EU-Bürgern verweigert

Die Bereiche, in denen die EU gesetzgebend tätig ist, werden laufend ausgeweitet, während den EU-Bürgern, aufgrund einer rechtswidrig ihr Klagerecht beschneidenden Rechtsprechung, meist kein effektiver Rechtsschutz gegen jene sie unmittelbar treffenden auch menschenrechtswidrigen Handlungen der EU-Organe zugestanden wird.

Seit Jahrzehnten wird die Situation immer untragbarer. Bereits vor über 20 Jahren hatte der damalige Generalanwalt des Europäischen Gerichtshofes, Sir Francis Geoffrey Jacobs in seinen Schlussanträgen im Verfahren C-50/00 P (siehe Rdnr. 37 bis 75 und Rdnr. 100 und 101) dargelegt, wie die restriktive den Art. 263 AEUV und den Art. 47 Charta der Grundrechte der EU verletzende Rechtsprechung, **den EU-Bürgern einen effektiven Rechtsschutz speziell gegen Handlungen der EU-Organe, die eine große Zahl einzelner Personen nachteilig berühren und dadurch einen weitreichenden Schaden verursachen, verwehrt.**

Die vom italienischen Vater am Gericht der EU gegen die unbedingte für 5 Jahre (verlängerbar) gültige Marktzulassung der beiden sog. Covid-19-mRNA-„Impfstoffe“ (Comirnaty von Pfizer/BioNTech und Spikevax von Moderna) eingereichten Nichtigkeitsklagen, betreffen rechtswidrige Handlungen der EU-Kommission, die sämtliche EU Bürger (ca. 448 Millionen Menschen) und deren nachfolgenden Generationen betreffen. Der durch diese rechtswidrigen Handlungen hervorgerufene bereits bekannte Schaden ist enorm. Und der potentiell mögliche Schaden kaum fassbar!

Aufgrund der berechtigten Kritik vieler EU-Rechtsexperten wurde Art. 263 Abs. 4 AEUV so abgeändert, dass jeder EU-Bürger gegen Rechtsakte mit Verordnungscharakter, die ihn unmittelbar betreffen und keine Durchführungsmaßnahmen nach sich ziehen, Klage erheben kann.

Art. 263 Abs. 4 AEUV lautet nunmehr wie folgt:

Jede natürliche oder juristische Person kann unter den Bedingungen nach den Absätzen 1 und 2 gegen die an sie gerichteten oder sie unmittelbar und individuell betreffenden Handlungen sowie gegen Rechtsakte mit Verordnungscharakter, die sie unmittelbar betreffen und keine Durchführungsmaßnahmen nach sich ziehen, Klage erheben.

Die mit den beiden Nichtigkeitsklagen angefochtenen Durchführungsbeschlüsse der EU Kommission haben unbestreitbar einen Verordnungscharakter, nachdem sie u.a. aus Anlagen bestehen, die im Wesentlichen eine allgemeine Gültigkeit haben und sich z.T. sogar direkt an die Angehörigen der Gesundheitsberufe und an die Anwender (Gesundheitsbehörden etc.) sowie an die potentiellen Impfinge richten.

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2022/20221010157165/anx_157165_de.pdf

Die Fachinformation (Art. 11 R.L. 2001/83/EG) und die Packungsbeilage (Art. 59 RL 2001/83/EG) bilden einen festen Bestandteil der Genehmigung für die Zulassung von Arzneimitteln.

Die Fachinformation ist die Grundlage dafür, Angehörigen von Gesundheitsberufen (und damit den Patienten/Impfingen) eine sichere und wirksame Verwendung des Arzneimittels zu ermöglichen/garantieren.

Die Packungsbeilage bietet umfassende Informationen für eine sichere und sachgemäße Verwendung des Arzneimittels. Sie richtet sich in erster Linie an die Patienten/Impfinge.

Trotz dieser evidenten Sach- und Rechtslage, kam das erstinstanzliche Gericht der EU zum Schluss, dass sich die angefochtenen Durchführungsbeschlüsse der EU Kommission, mit denen die beiden sog. Covid-19-„Impfstoffe“ zugelassen wurden, nur an den jeweiligen Hersteller (BioNTech bzw. Moderna) richten würden.

Das Gericht ging in seinem Bemühen, dem Vater die Klagebefugnis abzusprechen sogar so weit zu behaupten (siehe Rdnr. 56 Gerichtsbeschluss), dass mit den Durchführungsbeschlüssen der EU Kommission keine pharmakologische Einstufung der betreffenden Substanz (Comirnaty von Pfizer/BioNTech bzw. Spikevax von Moderna) vorgenommen wurde, sondern lediglich eine Zulassung für diese Substanzen erteilt worden wäre.

<https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?jsessionid=A3D28EC418751B4BE5AF553C2CF8F99C?text=&docid=280666&pageIndex=0&doclang=DE&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=7584519>

Das entspricht aber der Verkenennung der rudimentärsten Prinzipien des Arzneimittelrechts, denn **es ist exakt der Zulassungsbeschluss, mit dem die pharmazeutisch-therapeutische Klasse (Kategorie) des Arzneimittels rechtswirksam für Alle festgelegt wird, u. das Arzneimittel als dieser pharmazeutisch-therapeutischen Klasse (im konkreten Fall „Impfstoff“ versus „Arzneimittel für neuartige Therapie- Gentherapie“) zugehörig erklärt wird** (siehe Art. 59 RL 2001/83/EG)!

Wenn das Gericht schreibt: *„Soweit insb. in Anhang I des Durchführungsbeschlusses festgestellt wird, dass es sich bei diesem Arzneimittel um einen mRNA-Impfstoff handelt, dessen therapeutische Indikation die aktive Immunisierung bei Personen ab sechs Jahren zur Vorbeugung von Covid-19 verursacht durch SARS-CoV-2 ist, ist davon auszugehen, dass sich diese Informationen in die Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels einfügen u. damit die erteilte Zulassung konkretisieren“*, dann ist das Ausdruck dafür, dass man **offensichtlich dem Durchführungsbeschluss der Europäischen Kommission seinen effektiven Inhalt u. seine Bedeutung „auf Biegen u. Brechen“ abzuerkennen versucht.**

Denn, **eine Marktzulassung wird nicht „konkretisiert“, sondern sie wird erteilt, oder nicht erteilt, u. zwar für ein Arzneimittel mit den in der Zulassung erklärten pharmazeutisch-therapeutischen Eigenschaften („Impfstoff versus Arzneimittel für neuartige Therapie – Gentherapie).**

Und die in der Zulassung erklärten Merkmale des Arzneimittels haben allgemeine Gültigkeit, denn sie gelten nicht nur für das Antrag stellende Pharma-Unternehmen, sondern für die Mitgliedstaaten, sämtliche Behörden, das sanitäre Fachpersonal, die Impflinge.

Im Art. 59 RL 2001/83/EG ist vorgesehen, dass die Packungsbeilage in Übereinstimmung mit der Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels erstellt wird. Sie muss u.a. **zur Identifizierung des Arzneimittels die pharmazeutisch-therapeutische Klasse oder Wirkungsweise in einer für den Patienten leicht verständlichen Form enthalten.**

In der Packungsbeilage werden Comirnaty (BioNTech/Pfizer) und Spikevax (Moderna), entgegen ihrer faktischen Wirkungsweise und Zusammensetzung, als Covid-19-mRNA-Impfstoff bezeichnet.

Sowohl die Fachinformation, als auch die Packungsbeilage sind im Falle von Comirnaty und Spikevax völlig irreführend!

Die Durchführungsbeschlüsse der EU Kommission haben eine generell abstrakte Wirkung, da mit ihnen gefährliche experimentelle auf Gentechnik beruhende Substanzen, die in der Wirkungsweise einem Gentherapeutikum entsprechen, unter Umgehung sämtlicher Sicherheitsvorkehrungen u. Bedingungen, als „Impfstoff“ für die Anwendung auf die gesamte Bevölkerung, bis hin zu den Kleinsten, in der von der Kommission gepushten Covid-19-„Impfkampagne“ mit dem Prädikat „sicher“ auf den Markt gebracht wurden.

Abgesehen davon, dass nicht einmal die zunächst für die bedingte Zulassung der beiden Substanzen auferlegten klinischen Studien zum Zwecke der Bestätigung der Wirksamkeit u. Sicherheit gemacht wurden, wurden **weder Genotoxizitätsstudien, noch Karzinogenitätsstudien u. auch keine Mutagenitätsstudien (sprich Studien zum Risiko einer DNA-Modifizierung) gemacht.**

Das hat eine abstrakt-generelle Wirkung für die gesamte EU-Bevölkerung, da damit hoch gefährliche experimentelle auf Gentechnik beruhende Substanzen für die Massen-anwendung im Rahmen sog. „Impfkampagnen“ EU-weit auf den Markt gebracht wurden.

Der wesentliche Unterschied zwischen dem Zulassungsverfahren eines gentechnischen Arzneimittels u. jenem für herkömmliche Impfstoffe besteht vor allem darin, dass bei gentechnischen Produkten die zu berücksichtigenden Risikofaktoren u.a. der Grad der Integration von Nukleinsäuresequenzen oder Genen in das menschliche Genom, die Langzeitfunktionsfähigkeit u. das Onkogenitätsrisiko sind.“ (Zitat Ende)

Quelle (zu der insgesamt äußerst lesenswerten Pressemitteilung):

<https://www.renate-holzeisen.eu/pressemitteilung-7/?amp=1>

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.

Und wieso ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Comirnaty ist positiv, nur weil die EMA das wiederholt geprüft haben will und behauptet hat. Ist das, was die EMA sagt, wirklich bindend?

Nochmals der Wortlaut des § 84 AMG:

§ 84 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.

1

das Arzneimittel bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen hat, die über ein nach den Erkenntnissen **der medizinischen Wissenschaft** vertretbares Maß hinausgehen oder....“

§ 84 Abs. 1 S. 2 AMG spricht also von den Erkenntnissen „der medizinischen Wissenschaft“, nicht von den „Behauptungen“ oder „Erkenntnissen“ der EMA. Die EMA steht nicht für die medizinische Wissenschaft, ist nicht mit ihr identisch.

Vielmehr kann die unwissenschaftliche Arbeitsweise unter der Leitung ihrer vormaligen Pharmedialobbyistin Emer Cook, die schon bei der bedingten Zulassung von Comirnaty offenbar als unliebsam empfundene Sachverhalte ignoriert und die gesetzlichen Voraussetzungen für die bedingte Zulassung von Comirnaty willkürlich suspendiert hat, als erwiesen angesehen werden.

Wenn es also auf die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft ankommt, dann muss diese Wissenschaft auch – eben durch die Einvernahme von unabhängigen sachverständigen Zeugen, die nicht durch ihre Beziehungen zur Pharmaindustrie oder zu Fake-Aufsichtsbehörden wie die EMA diskreditiert sind – vor Gericht zur Sprache kommen können.

Das der Sache nach immer wieder rezitierte Glaubensmantra „Die EMA hat immer recht, und keiner darf es hinterfragen!“ hat in Bezug auf Covid-19-Injektionen wie Comirnaty zu folgender absurder – man kann auch sagen: kafkaesk anmutender – Konsequenz geführt:

§ 84 AMG bezieht sich von vornherein nur auf zugelassene „Arzneimittel, bei denen die EMA vor der Zulassung u.a. auch die Frage des Nutzen-Risiko-Verhältnisses i.S. des § 84 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 AMG geprüft und bejaht hat. Kein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis- keine Zulassung.

Aber sobald die EMA ein „Arzneimittel“ wie Comirnaty (bedingt) zugelassen wurde, läuft ein Anspruch nach § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG (angeblich) immer von vornherein ins Leere, denn die EMA hat das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis ja schon bejaht und das Mittel ja zugelassen.

Nach dieser Logik greift der Anspruch nach § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG ja nie.

Mitarbeiter der komplett korrumpierten EMA müssten im Übrigen, wenn sie in einem solchen Gerichtsverfahren als sachverständige Zeugen auftreten würden, wegen Besorgnis der Befangenheit abgelehnt werden.

Zu dem Grundsatz der Vermutung der Rechtmäßigkeit von Gemeinschaftsakten ist anzumerken, dass er „anderen europäischen und nationalen Behörden und Gerichten in nachfolgenden Verfahren“ lediglich „gestattet“ von der Tatbestandswirkung auszugehen.

Wir haben es nur mit einer „Vermutung“ zu tun, nicht mit einer endgültigen unanfechtbaren Wahrheit bzw. einer endgültigen und unwiderlegbaren Sachlage.

Von einer solchen großzügigen „Gestattung“ darf aber kein nationales Gericht mehr Gebrauch machen, wenn die Vermutung der Rechtmäßigkeit – so wie hier – nicht nur nachdrücklich, sondern sogar eindeutig widerlegt worden ist.

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.

Kein Haftungsausschluss durch Allgemeine Geschäftsbedingungen (AGBs):

Ein Ausschluss oder eine Begrenzung der Haftung durch AGBs für Schäden aus der Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, die auf einer fahrlässigen Pflichtverletzung des Verwenders oder einer vorsätzlichen oder fahrlässigen Pflichtverletzung eines gesetzlichen Vertreters oder Erfüllungsgehilfen des Verwenders beruhen, ist gem. § 309 Nr. 7 a) BGB nicht möglich.

Soweit AGBs mit solchen Ausschlussklauseln in diesem Kontext verwendet worden sein sollten, so würde dieser Umstand sogar darauf schließen lassen, dass der Verwender bei der Verabreichung von Covid-19-Injektionen sogar mit solchen Schäden gerechnet haben muss.

8.

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.

9.

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 Währungspolitik“, 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)

G) Zur bisherigen Rechtsprechung gegen Covid-19-Injektionshersteller⁵

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:

<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/lg-frankenthal-biontech-impfschaeden-klageabweisung>

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.

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. § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG bezieht sich zudem auf „Erkenntnisse der Wissenschaft“ und setzt „Wissenschaft“ nicht mit den Behauptungen der EMA gleich.

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:

<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/lg-frankfurt-schadenersatz--impfschaeden-corona-impfung>

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.

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:

<https://rsw.beck.de/aktuell/daily/meldung/detail/lg-duesseldorf-schadenersatz-klagen-gegen-impfstoffhersteller-bleiben-erfolglos>

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.

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:

Quelle: <https://openjur.de/u/2463401.html>

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.

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.

Oberlandesgericht Koblenz,

a)

Urteil vom 10.7.2024 – 5. U 1375/23:

<https://openjur.de/u/2490302.html>

All das, was hier an Fakten dargelegt worden ist, ist offensichtlich weder von dem OLG Koblenz in seiner Entscheidung vom 10.7.2024 – 5 U 1375/23 noch von den „über 40 Landgerichten in Parallelverfahren“ beachtet worden, was zu Gunsten dieser Gerichte nur so interpretiert werden soll, dass diese Gerichte von all diesen Umständen schlicht überhaupt keine Kenntnis hatten, warum auch immer.

In diesem Verfahren geht es um begründete Forderungen einer Geschädigten. Das ist kein Spiel und auch keine Bühne, um die Judikate offenkundig unzureichend informierter Gerichte ungeprüft als Referenzquellen zu übernehmen.

b)

Urteil vom 25.9.2024 – 5 U 379/24:

https://www.juris.de/static/infodienst/autoren/D_NJRE001588333.htm

Hierzu habe ich in einem PKH-Beschwerdeverfahren in einer Replik von Januar 2025 u.a. Folgendes ausgeführt, weil sich die BioNTech-Anwälte ausdrücklich auch auf dieses Urteil bezogen haben (**Zitat**):

So geht beispielsweise das Urteil des OLG Koblenz vom 25.9.2024 – 5 U 379/24 zu Anlage B 24 in seiner Begründung ab Seite 14 lit. a) von einem positiven Nutzen-Risiko-Verhältnis von Comirnaty aus, stützt sich dabei aber wieder nur auf die von der Antragsgegnerin bereits angeführte „Tatbestandswirkung“ des Durchführungsbeschlusses der Europäischen Kommission vom 10.10.2022 zur unbedingten Zulassung des Impfstoffs und den Beschluss vom 21.12.2020 über die bedingte Zulassung, ohne die inhaltliche Richtigkeit oder Vertretbarkeit dieser Beschlüsse auf den Prüfstand zu stellen und mit sachverständiger Hilfe zu hinterfragen.

Die Europäische Kommission hat's gesagt, und deshalb sollte man – gemäß dem Grundsatz der Vermutung der Rechtmäßigkeit von Gemeinschaftsakten – doch besser gar nicht erst damit anfangen, deren Beschlüsse einer unabhängigen richterlichen Prüfung zu unterziehen, so erhofft es sich die Antragsgegnerin offenbar.

Fehlt eigentlich nur der Hinweis der Antragsgegnerin, dass es doch wohl nicht Aufgabe der Rechtsprechung sein kann, Entscheidungen der EMA oder der Europäischen Kommission, die sich schon längst als faktenfern und unvertretbar erwiesen haben, zu hinterfragen. Schließlich dürfe niemand die unfehlbaren Götter der EU hinterfragen, das grenze doch an Blasphemie.

Auch in dieser OLG-Entscheidung werden wieder die nur altbekannten Phrasen wiederholt, das eine (bedingte) Zulassung ja auch nur erfolgen könne, wenn das Nutzen-Risiko-Verhältnis des Arzneimittels positiv ist, gerade so, als wäre die bloße Tatsache der (bedingten) Zulassung schon ein Argument an sich.

Es kann und darf offenbar nicht so sein, dass ein Nutzen-Risiko-Verhältnis eines Arzneimittels in Wahrheit negativ ausfällt und die EMA falsch entschieden hat. Die EU-Administration hat immer recht.

Woran erinnert mich das? Ist diese Lehre von der Unfehlbarkeit der EU in zulassungsrechtlichen Fragen von der Lehre der Unfehlbarkeit des Papstes in kirchlichen Fragen abgekupfert worden?

Das OLG Koblenz hat sich aber – was es auf Seite 17 im 2. Absatz erkennen lässt – nicht einmal mit der Frage befasst, ob die Beklagte im Zusammenhang mit der ordentlichen / regulären / unbedingten Zulassung wirklich die ihr im Rahmen der bedingten Zulassung gem. Art. 14-a Abs. 4 Verordnung (EG) 726/2004 auferlegten besonderen Verpflichtungen erfüllt hat.

Genau das hat die Antragsgegnerin – was unstreitig sein sollte – nachweislich nicht, da sie – wie bereits dargelegt worden ist – ihre Zulassungsstudie insbesondere durch die vorzeitige Entblindung selbst sabotiert hat.

Schon alleine auf Grund dieser Tatsache hätte die bedingte Zulassung sofort widerrufen werden müssen. Schon einmal gar nicht hätte nachfolgend sogar noch die reguläre Zulassung erteilt werden dürfen, eben weil die Zulassungsstudie durch ihre vorzeitige Entblindung wertlos wurde und die Antragsgegnerin von da an gar keine validen Daten mehr zur Sicherheit und Wirksamkeit von Comirnaty mehr nachreichen konnte.

Mit der regulären Zulassung ist die Sabotage der Antragsgegnerin auch noch regelrecht belohnt worden. Die EMA handhabt ihre Zulassungsprüfungen offenbar so, dass der Fahrkandidat – die Pharmaindustrie – bei der Prüfung auch tricksen und täuschen und auch noch betrunken gegen einen Baum fahren dürfe: die Führerscheinprüfung wird eh bestanden, die Fahrerlaubnis ohnehin ausgehändigt.

Immerhin wird auch in dieser Entscheidung auf die Rechtsprechung verwiesen (OLG Bamberg, Beschluss vom 14.08.2023 – 4 U 15/23 e, juris Rn. 15; vgl. auch BGH, Urteil vom 12.05.2015 – VI ZR 328/11, BGHZ 205, 270-287, Rn. 28), wonach gilt (**Zitat**):

„Somit kann die Bindungswirkung der Zulassungsentscheidung im Zivilprozess in Frage gestellt werden, wenn substantiiert dargelegt wird, welche der Beklagten damals bereits bekannten Umstände bei der Zulassungsentscheidung nicht berücksichtigt worden sein sollen, bei deren Berücksichtigung eine andere Zulassungsentscheidung gerechtfertigt gewesen wäre, oder aber, wenn dargelegt wird, dass nach der Zulassung Nebenwirkungen des Impfstoffs bekannt geworden sind, deren Kenntnis im Zeitpunkt der Zulassung einer Zulassung entgegen gestanden hätten.“ (**Zitat Ende**)

In den Urteilsgründen des OLG Koblenz wird (auf Seite 18) ausdrücklich festgehalten, dass der Kläger dort nichts dazu vorgetragen hat, um die Bindungswirkung der Zulassungsentscheidung der beteiligten EU-Gremien in Frage zu stellen.

Diese Nachlässigkeit kann man mir aber gerade nicht vorwerfen.

Ich habe bereits durch umfangreichen, mit zahlreichen Beweisanträgen versehenen Vortrag – und insbesondere auch durch den Inhalt des Gutachtens in der Anlage K 4 – mehr als nur hinreichend „substantiiert dargelegt“, dass die Voraussetzungen einer bedingten Zulassung zu keinem Zeitpunkt vorlagen und die EMA und die Europäische Kommission alle Warnhinweise und zudem alle konkreten – und auch für sie erkennbaren - Anhaltspunkte für massive Manipulationen in der Zulassungsstudie vollständig ignoriert hat.

Diese Manipulationen werden in dem Gutachten des Sachverständigen Dr. Kremer in der Anlage K 4 in dem Kapitel zu Gliederpunkt 2 mit der Überschrift „Vorbemerkungen zur Studie C4591001“ sehr ausführlich dargelegt und nachgewiesen.

Die Schüchternheit der Antragsgegnerin, sich zu diesen unzähligen Manipulationen auch nur zu äußern, führt dazu, dass diese Ausführungen des Sachverständigen Dr. Kremer als zugestanden behandelt werden müssen.

Zudem hat der Sachverständige Dr. Kremer auf der Basis der Daten der Antragsgegnerin aus ihrer eigenen Zulassungsstudie in seinen Ausführungen zu den Gliederungspunkten 4. und 5. nachgewiesen, dass diese Zulassungsstudie **keine relevante Wirksamkeit und keinen Nutzen** von Comirnaty aufzeigen konnte.

Beweis:

Anlage K4

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

Von daher muss ich mir auch nicht die Entscheidung des OLG Koblenz entgegenhalten lassen, dass es von diesem Gutachten zu Anlage K 4 und den dort dargelegten substantiellen Einwänden bei der Verkündung dieser Entscheidung offenbar keine Kenntnis hatte.

Die Gründe für diese Ahnungslosigkeit (fehlender Vortrag, fehlende Sachverhaltsaufklärung etc.) müssen hier ohnehin nicht eruiert werden, da das Landgericht Hanau in diesem PKH-Verfahren auf Grund meines Vortrags sicherlich wesentlich besser – und in jedem Falle hinreichend - informiert war als das OLG Koblenz, aber dennoch – unter Verletzung des Anspruchs der Antragstellerin auf Gewährung rechtlichen Gehörs - vollständig über meinen Vortrag hinweggegangen ist.

Meine Sachargumente wurden vom LG Hamm behandelt wie glühende Eisen, die man besser gar nicht erst anpackt.

Es kann schon seit Jahren nicht mehr ernsthaft dementiert werden:

Die hier beteiligten EU-Gremien ignorierten und ignorieren bis auf den heutigen Tag alle Warnsignale, und das kann nicht mehr mit „grober Fahrlässigkeit“ entschuldigt, sondern nur noch mit „Regulatory capture“ erklärt werden.

Selbst wenn eine Studie mit dem Titel

„Spatiotemporal variation of excess all-cause mortality in the world (125 countries) during the Covid period 2020-2023 regarding socio economic factors and public-health and medical interventions“

(übersetzt „Räumlich-zeitliche Variation der überhöhten Gesamtmortalität in der Welt (125 Länder) während des Covid-Zeitraums 2020-2023 unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren und gesundheitspolitischer und medizinischer Interventionen“.)

schätzt, dass „17 Millionen zusätzliche Todesfälle mit der Impfkampagne in Verbindung gebracht werden“, siehe:

<https://tkp.at/2024/07/21/studie-309-millionen-zusaetzliche-todesfaelle-durch-corona-massnahmen-und-impfkampagne/>

<https://correlation-canada.org/wp-content/uploads/2024/07/2024-07-19-Correlation-ACM-World-125-countries-Rancourt-Hickey-Linard.pdf> ,

dann können EMA, EU-Kommission und auch das PEI (Zitat Cichutek: „Wir sind das PEI.“) darin immer noch kein Warnsignal sehen?!

Wie menschenverachtend, wie bösartig kann man eigentlich sein, um in Kenntnis all der Warnsignale den Menschen in Europa und in der Welt (sinngemäß) immer noch sagen zu können „Gehen Sie weiter, hier ist nichts zu sehen. Lasst Euch weiter Comirnaty spritzen.“??

Wenn die Menschen die Dimension dieses systematischen Totalversagen erfasst haben, dann werden die Verantwortlichen absehbar ebenfalls in eine Situation kommen, in der sie ausrufen werden: „Ein Pferd, ein Pferd, mein Königreich für ein Pferd!“ (5. Akt, 4. Szene / König Richard III , von William Shakespeare)

Nochmals zum Vergleich: Die Zahl der Toten des 1. Weltkrieges wird bekanntlich auf bis zu 20 Millionen geschätzt.

Aber dennoch keine Warnsignale, um den weiteren Vertrieb von Comirnaty zu stoppen?!

Und dieser zynischen Politik sollen die – wohl regelmäßig auf Grund unzureichender Information getäuschten – Gerichte dann auch noch ihren richterlichen Segen geben?

Die offenkundige und bittere Wahrheit ist wohl die, dass ein Menschenleben in diesen Zeiten schlicht nichts mehr gilt.

Ist der Antragsgegnerin eigentlich bewusst, in welchem Ansehen die Pharmaindustrie mittlerweile bei vielen Menschen steht?

Der Journalist Ben Bartee hat seinen Unmut über die Machenschaften der Pharmaindustrie wie folgt formuliert (**Zitat**):

„Jeder, der auch nur einen Funken gesunden Menschenverstand hat, versteht inzwischen – nachdem sich der Public Health™-Apparat in den letzten vier Jahren als

die korrupte, menschenfeindliche Tötungs- und Profitmaschine entlarvt hat, die er ist -, dass die herrschenden Behörden, die den Durchschnittsmenschen hassen, die ihn schwach, isoliert, verängstigt und krank haben wollen, um sie sozial zu kontrollieren, während sie über das medizinische System alles herausholen, was vom Wohlstand der Mittelschicht übrig ist....“ (Zitat Ende)

Quelle: <https://tkp.at/2024/11/06/make-america-healthy-again/>)

Sehr viele Menschen, die den ganzen Lug und Betrug von Aussagen wie der, die Covid-19-Injektionen seien „nebenwirkungsfrei“, durchschaut haben, dürften das mittlerweile genau so sehen wie Ben Bartee. Und es dürften täglich mehr werden.

Wie dem auch sei:

Die Antragsgegnerin hat es versäumt, den diesseitigen substantiellen Einwendungen gegen die „Vermutung der Richtigkeit“ der groben Falschdarstellungen der EU-Gremien ihrerseits substantielle Sachargumente entgegen zu setzen.

Der pauschale Verweis auf die Entscheidungen anderer Gerichte, die sich nicht mit dem Gutachten in der Anlage K 4 auseinandergesetzt haben, ersetzt keine inhaltliche Auseinandersetzung und kann nicht über den Argumentationsnotstand der Antragsgegnerin hinwegtäuschen.“ **(Zitat Ende)**

6.

Landgericht Hamburg, Urteil vom 4.12.2023 – 2 O 76/23:

Besonders blamabel ist die Begründung des Landgerichts Hamburg, das ebenfalls das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis bejaht hat.

Dabei hat das Landgericht Hamburg in seiner ganz höchst persönlichen Abwägung auch noch weitere Kriterien berücksichtigt.

Erstaunlich, da die EMA so behandelt wird, als habe sie doch eh immer recht.

Wozu dann noch weitere „Kriterien“?

Dann scheint es nach Ansicht des LG Hamburg also doch durchaus statthaft zu sein, außerhalb der Prüfung und Entscheidung der EMA noch ein paar weitere „Erkenntnisse“ zu berücksichtigen.

Wir sehen also, dass sich auch das Landgericht Hamburg berechtigt sah, einige – vorgeblich – „wissenschaftliche“ Erkenntnisse zu benennen und in die Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses einfließen zu lassen.

Dann sollte das auch hier statthaft sein, und das ist es auch, wenn man den Begriff „Wissenschaft“ in § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG nicht mit den unwissenschaftlichen Behauptungen der EMA verwechselt.

Das hier vorgelegte Gutachten von Dr. Kremer zum – evident negativen – Nutzen-Risiko-Verhältnis von Comirnaty hat das LG Hamburg am 4.12.2023 zwar noch nicht

berücksichtigen können, da dieses Gutachten in seiner ersten Fassung erst seit Mai 2024 existiert.

Wie sehen wir uns doch einmal die „Erkenntnisse“ des Landgerichts Hamburg an, bloß unterstellt, dass im Prüfungsprogramm des § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG überhaupt relevant sind:

Bereits wenige Wochen und Monate nach dem weltweiten Ausbruch des Coronavirus zählte man also „Millionen“ (!) Tote weltweit?

Für diese Behauptung, die bloß der Panikmache-Propaganda entspricht, gibt es keine Belege.

Sie ist auch evident falsch. Das habe ich bereits einleitend aufgezeigt. Die IFR entsprach der einer gewöhnlichen Grippe. Dennoch „Millionen Tote“? Das ist faktenfern absurd, ja geradezu hanebüchen.

Und weiter behauptet das LG Hamburg:

Die Gesamtzahl der schweren Verläufe stieg von Tag zu Tag und endete in vielen Fällen auf den Intensivstationen?

Die Kapazitäten in den Kliniken waren – sowohl hinsichtlich der verfügbaren Betten als auch bezüglich des verfügbaren Ärzte- und Pflegepersonals – waren „schnell ausgeschöpft“?

Wie konnte ein Gericht sogar noch Anfang Dezember 2023 unreflektiert so einen – längst widerlegten - Propagandamüll wiederholen?

Fakt ist:

Dass die drohende Überlastung im Gesundheitswesen und der Intensivpflege ebenfalls eine längst widerlegte Lüge aus dem Gruselkabinett der Panikmacher ist, habe ich ebenfalls bereits oben dargelegt und insbesondere durch den Schriftsatz von Prof. Dr. Schwab in der Anlage K 1 bis ins Detail belegt.

Ich wunderte mich schon in 2020, wie das Ärzte- und Pflegepersonal so vieler Krankenhäuser in Zeiten der „größten Pandemie ever“ immer wieder die Zeit finden konnten im Kollektiv in ihrer Arbeitskleidung zu Songs wie „Jerusalema“ zu tanzen. YouTube-Videos zu solchen Tänzen wurden in 2020 massenhaft hochgeladen.

Beweis:

Anlage K 1, dort ab Seite 23

Wenn es im Gesundheits- und Krankenhauswesen so überaus kritisch war, weil wir – angeblich – die „schlimmste Pandemie ever“ hatten:

Warum wurden dann in 2020 in Deutschland 25 Krankenhäuser geschlossen?

Siehe hierzu:

<https://corona-blog.net/2021/01/08/schock-25-krankenhausschliessungen-2020-in-deutschland/>

Auch 2021 kam es zu zahlreichen Krankenhaus-Schließungen, obschon die angeblich „schlimmste Pandemie ever“ immer noch andauerte, siehe u.a.:

<https://corona-blog.net/2021/12/13/geschlossene-krankenhaeuser-2021/>

Und wie kann das LG sogar noch im Dezember 2023 behaupten, dass der deutschlandweite Lockdown ausgesprochen wurde, weil „die Lage so kritisch“ war? Diese Behauptung war schon lange vor der Veröffentlichung der RKI-Files nachweislich falsch.

Aber zu solchen „Erkenntnissen“ kann ein Gericht freilich nur dann gelangen, wenn es solche Behauptungen doch wenigstens einmal unabhängig hinterfragt hat, so wie Prof. Schwab in seinem Schriftsatz zu Anlage K 1.

Seit Bekanntwerden der RKI-Files steht jedenfalls endgültig und unwiderlegbar fest, dass auch das RKI und das BMG wussten, dass es keine wissenschaftliche Evidenz für einen solchen Lockdown gibt:

Der Lockdown wurde ohne jede wissenschaftliche Evidenz und somit aus rein politischen Erwägungen verhängt.

Das ist Fakt. Der o.g. Beitrag von Lucenti/Dr. Meyer-Hesselbarth belegt das im Detail. Darauf sei zur Vermeidung von Wiederholungen vollumfänglich verwiesen.

Schließlich war auch schon **in 2020 (!)** bekannt, dass Beatmungsgeräte bei Covid-19-Patienten letztlich nur Schaden anrichten. Das müsste eigentlich schon seit Jahren zur Allgemeinbildung gehören.

Auch hierzu wird auf die obigen Ausführungen zu den falschen Narrativen verwiesen.

7.

Die o.g. Beschlüsse des **BVerwG** vom **7.7.2022** zu **BVerwG 1 WB 2.22** und **BVerwG 1 WB 5.22** kann nur als einer der größten Justizskandale der Nachkriegszeit bezeichnet werden, worüber auch das Portal reitschuster.de am 20.1.2024 berichtet hat, siehe:

<https://reitschuster.de/post/einer-der-groessten-justiz-skandale-der-nachkriegsgeschichte/>

Bereits am 7.7.2022 bezeichnete tkp.at diese Beschlüsse als „politisches Urteil“, siehe:

<https://tkp.at/2022/07/07/politisches-urteil-duldungspflicht-der-covid-impfung-bei-deutscher-bundeswehr-zulaessig/>

Zu dem, was das BVerwG seinerzeit wusste, heißt es weiter auf dem Portal „hintergrund.de am 21.1.2025 (**Zitat**):

„...Matysik wirft dem PEI zudem eine „katastrophale“ Vorabprüfung der mRNA-Corona-Präparate vor. In einer Befragung vor dem **Bundesverwaltungsgericht** erfuhr der Leipziger Professor für Analytische Chemie vom obersten Prüfer der Impfchargen, welche Prüfschritte das PEI an den Impfstoffen vornahm. Die ph-Wert-Prüfung erlaube eine „Riesentoleranz“ zwischen den Werten von 6,9 bis 7,9. An seinem Universitätslabor wäre dies völlig „undenkbar“, betonte Matysik. Dort betrage die Toleranz beim ph-Wert lediglich 0,1. Bei der

Identitätsprüfung der mRNA-Präparate werde nur per PCR-Test überprüft, ob die Gene enthalten sind, die drin sein sollten – aber nicht, ob es noch zusätzliche verunreinigende Bestandteile wie DNA gibt. Beim Integritätstest der Impfstoffe reiche es, wenn 50 Prozent der RNA die richtige Länge hat, alle kürzeren Bestandteile würden ohne jeden Beleg für „unwirksam“ erklärt, kritisierte er. Im PEI vorhandene 2hochmoderne Geräte, wie Sequenzierer der neuesten Generation, würden nicht eingesetzt, weil sie laut PEI „zu empfindlich“ seien. „Das ist nicht akzeptabel“, sagte Matysik...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://www.hintergrund.de/kurzmeldung/fast-eine-million-verdachtsfaelle-chemie-professoren-kritisieren-paul-ehrlich-institut/>

Das BVerwG wusste also, dass die „Chargen-„Prüfung“ durch das PEI nicht die Bezeichnung „Prüfung“ verdient.

Unter dem folgenden Link können immer noch die meisten Schriftsätze zu diesem Verfahren abgerufen werden:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/soldaten-gegen-impfpflicht/>

Mehr zu diesen Beschlüssen nachfolgend im Anhang unter lit. G)

8.

Aus dem bereits oben Gesagten ergibt sich, warum die Rechtsprechung der von der Antragsgegnerin/Beklagten benannten Gerichte von vornherein vollkommen irrelevant ist.

Diese Gerichte sind allesamt aus Unkenntnis der wahren Faktenlage, teilweise auch von Gerichtssachverständigen grob falsch beraten und dadurch in die Irre geführt, evident von falschen Voraussetzungen ausgegangen.

Ein grundsätzliches Problem besteht darin, dass die Gremien, auf die sich die Gerichte beziehen, von den Ländern besetzt werden, die die Covid-19-Injektionen beschafft und hierzu Verträge abgeschlossen haben, in denen sie Covid-19-Injektionshersteller faktisch von jeglicher Haftung freistellen.

So heißt es – exemplarisch für die insofern gleichlautende Rechtsprechung – u.a. in dem Urteil des **OLG Koblenz vom 18.12.2024 – 5 U 168/24 (Zitat)**:

„Randnummer 128

(1.3.2.2) Als ein Organ der Europäischen Arzneimittelagentur ist der **CHMP** nach Art. 56 Verordnung (EG) 726/2004 für die Ausarbeitung von Gutachten zu Fragen der Beurteilung von Humanarzneimitteln zuständig; der **PRAC** ist zuständig für Empfehlungen an den Ausschuss für Humanarzneimittel und die Koordinierungsgruppe in allen Fragen, die Pharmakovigilanz-Tätigkeiten in Bezug auf Humanarzneimittel sowie Risikomanagement-Systeme betreffen. Beide Gremien setzen sich aus mit besonderem Fachwissen ausgestatteten **Mitgliedern aus allen Mitgliedstaaten** des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) zusammen (Art. 61, 61a Verordnung (EG) 726/2004). **Auf Bundesebene ist das Paul-Ehrlich-Institut die federführend zuständige Behörde im Zusammenhang mit der Entwicklung, Zulassung, Bewertung und Überwachung der Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit von Impfstoffen.**

Randnummer **129**

Denn der **PRAC** (= Pharmacovigilance Risk Assessment Committee = Der Ausschuss für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz), also der für die Bewertung und Überwachung der Sicherheit von Humanarzneimitteln zuständige wissenschaftliche Ausschuss der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA), und der bei der EMA angesiedelte Ausschuss für Humanarzneimittel (**CHMP** = Committee for Medicinal Products for Human Use) haben ebenso **wie das Paul-Ehrlich-Institut (kurz: PEI; § 77 Abs. 2 AMG) als Pendant der EMA auf Bundesebene** mehrfach vor der Zulassung als auch fortlaufend nach der zunächst bedingten Zulassung und später der Standardzulassung bestätigt, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis des streitgegenständlichen Impfstoffs positiv ist (vgl. etwa Bericht des CHMP vom 15.09.2022 (Anlage B04); zuletzt noch durch den „Assessment Report COMIRNATY No. EMEA/H/C/005735/II/0188/G, EMA/CHMP/446369/20 (CHMP), S. 7, Anlage BE 2).

Randnummer **130**

Die Einschätzungen der genannten medizinisch-pharmazeutischen und damit wissenschaftlichen Fachgremien zur Arzneimittelsicherheit stehen einer sachverständigen Begutachtung gleich, da bereits die gesetzlichen Vorgaben für deren Besetzung sie als sachverständige Stellen qualifizieren. Die Institutionen vereinen unterschiedliche und damit gegebenenfalls auch widerstreitende wissenschaftliche Erfahrungen, Erkenntnisse, Sichtweisen und Hypothesen in sich und lassen diese in einem Fall wie dem vorliegenden in eine umfassende Nutzen-Risiko-Bewertung einfließen. Ferner bilden sie das größtmögliche Fachwissen für die hier zu entscheidende Frage des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des streitgegenständlichen Impfstoffs ab. Die Einschätzungen der drei genannten Gremien vermögen dem Senat daher die notwendige Fachkenntnis zu vermitteln, um die Frage des Nutzen-Risiko-Verhältnisses des Impfstoffs der Beklagten zu beurteilen (so bereits Senatsurteile vom 10.07.2024 – 5 U 1375/23, juris Rn. 64-69, und vom 18.09.2024 – 5 U 1139/23, juris Rn. 61-80; im Ergebnis auch BVerwG, Beschluss vom 07.07.2022 – 1 WB 2/22, BVerwGE 176, 138-211). Der Senat macht sich die Erkenntnisse der oben aufgeführten Expertengremien als Grundlage seiner Entscheidung zu eigen....“ (**Zitat Ende, Unterstreichungen und Fettdruck hinzugefügt**)

Zur Vertretung deutscher Bundesbehörden im CHMP:

Auf der Webseite des PEI heißt es hierzu (**Zitat**):

„**Mitglieder des CHMP** sind die wissenschaftlichen Arzneimittelexpertinnen und -experten der Arzneimittelagenturen der EU-Mitgliedstaaten. Pro Mitgliedstaat gehören dem CHMP je eine Vertreterin oder ein Vertreter an, weitere fünf Mitglieder werden aufgrund ihrer besonderen Expertise kooptiert. Als kooptiertes Mitglied des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) ist vertreten: Dr. Jan Müller-Berghaus, Paul-Ehrlich-Institut.“ (**Zitat Ende, Unterstreichungen und Fettdruck hinzugefügt**)

Beweis:

<https://www.pei.de/DE/institut/pei-international/chmp/engagement-chmp-inhalt.html>

Und auf der Webseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) werden unter dem nachfolgenden Link die BfArM-Mitarbeiter Dr. Janet König und Dr. Martin Mengel als **CHMP-Mitglied** und Stellvertreter für Deutschland genannt:

https://www.bfarm.de/DE/Das-BfArM/EU-und-Internationales/CHMP-Ausschuss/_node.html

Zur Vertretung des Bundes im PRAC:

PEI-Webseite:

„Das Paul-Ehrlich-Institut ist derzeit mit einer Pharmakovigilanz-Expertin und Fachärztin für Neurologie der Abteilung „Sicherheit von biomedizinischen Arzneimitteln und Diagnostika“ im PRAC vertreten.“

Beweis:

<https://www.pei.de/DE/institut/pei-international/prac/engagement-prac-inhalt.html>

BfArM-Webseite:

„Das PRAC-Mitglied für Deutschland ist Dr. Martin Huber, BfArM:

Beweis:

https://www.bfarm.de/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Ausschuesse-und-Gremien/PRAC/_node.html

Unstreitig ist das Bundesgesundheitsministerium gegenüber den zu seinem Ressort gehörenden PEI und RKI weisungsbefugt.

Glaubt nun wirklich jemand, dass die weisungsgebundenen Vertreter dieser weisungsgebundenen Behörden des Bundes in einem Ausschuss der EU ein negatives Nutzen-Risiko-Verhältnis von Comirnaty oder Spikevax bestätigen würden, wenn der Bund sich dadurch zwangsläufig Haftungsrisiken aussetzen würde, eben weil dadurch insbesondere die Voraussetzungen nach § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG begründet würden?

Das wäre vollkommen lebensfremd. Vertreter des PEI und des RKI – und der anderen Arzneimittelbehörden der anderen EU-Länder - sind somit von vornherein befangen und können deshalb von vornherein gerade keine „unabhängigen“ Experten sein, auf deren Expertise man sich bei der Zulassung und Überwachung von (neuartigen) Arzneimitteln wie den Covid-19-Injektionen verlassen darf.

Ihre Erkenntnisse können von vornherein keine „Erkenntnisse“ einer unabhängigen, nur der Wahrheit verpflichteten medizinischen Wissenschaft i.S. des § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG darstellen.

Vertreter dieser Behörden müssten folglich schon auf Grund der Interessenkonflikte des Bundes, die durch die in den Beschaffungsverträgen zu den Covid-19-Injektionen ausgesprochene Haftungsfreistellung der Pharmaunternehmen begründet worden sind, in allen Gerichtsverfahren ausnahmslos als (hoch-)befangen abgelehnt werden.

Dies alles berücksichtigend können wir schon jetzt davon ausgehen, dass Wirkstoffhersteller, soweit sie sich in ihrem weiteren Vortrag stolz auf klageabweisend

Urteile beziehen möchten, insofern ausschließlich nur auf Fehlurteile beziehen können, die – auf die Expertise unseriöser Pharmakologen und anderer scheinbarer Experten vertrauend - von grundsätzlich falschen Annahmen ausgegangen sind.

Ein Prozesssieg, der auf einer unzureichenden Erfassung und Würdigung des wirklich entscheidungserheblichen Sachverhalts basiert, ist nicht nur für die Geschädigten, sondern für die gesamte Rechtspflege eine Niederlage.

Die Menschen, die von der Politik über Jahre hinweg mit aller Macht förmlich in dieses gentechnische Experiment hineingetrieben worden sind, werden jetzt offensichtlich von einer fachlich überforderten Justiz, die zu Unrecht immer noch auf die Integrität auf Behörden wie der EMA und dem PEI vertraut, förmlich im Regen stehen gelassen.

Die Antragsgegnerin ist auf diese Serie von Gerichtsurteilen ersichtlich sehr stolz. Das zeigt deutlich, was von ihren Lippenbekenntnissen, das Elend der Geschädigten würde bei ihr so etwas mit „Mitgefühl“ erregen, in Wahrheit zu halten ist.

9.

Beschluss des OLG Frankfurt a.M. vom 29.4.2025 zu AZ. 23 W 25/24.

Schließlich gibt es Judika, die sich von selbst diskreditieren. Der o.g. Beschluss erging im Rahmen der Verwerfung einer Beschwerde gegen die Ablehnung der Prozesskostenhilfe für eine Comirnaty-Geschädigte. In ihm finden sich dutzende (!) Aussagen, die schlicht sprachlos machen. Ich möchte Ihnen lediglich 3 Beispiele zumuten.

So heißt es dort auf Seite 16. im 3. Absatz doch tatsächlich, dass die 1.223 Todesverdachtsfälle, die Pfizer ja selbst (!!) schon Ende Februar 2021 (!!!) eingestanden hat, (wörtliches Zitat) "als unauffällig zu bewerten..." seien (!!!!!!!).

Ich bezweifle, dass diese Richter auch dann 1.223 Todesverdachtsfälle als „unauffällig“ bewertet hätten, wenn diese in ihrem engsten privaten und beruflichen Umfeld „rein zufällig“ – nach einer offiziell „nebenwirkungsfreien“ Spritze aufgetreten wären.

Und obschon in dem PKH-Antrag u.a. auch auf das 51-seitige Gutachten und die sachverständige Aussage von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer (o.g. Anlage K0) Bezug genommen wurde, wird in diesem Beschluss einfach pauschal und faktenverzerrend behauptet (Zitat): „...Auch die Behauptung, PCR-Tests seien für den Nachweis des Virus ungeeignet, bleibt unbelegt. Die Beschwerdeführerin legt keine belastbaren, medizinisch-wissenschaftlich fundierten Grundlagen für diese Annahme vor. Es ist zudem weder dargetan noch sonst ersichtlich, dass die gewählte Erfassungsmethodik systematisch zu einer Überschätzung des Infektionsgeschehens geführt hätte...“. (Zitat Ende, Unterstreichung hinzugefügt).

Wenn etwas nicht widerlegt oder auch nur entkräftet werden kann, man darf man lesen, eine Behauptung wäre „unbelegt“ geblieben, gerade so, als hätte man hierzu überhaupt keine Beweismittel – jedenfalls keine, die diese Behauptung belegen könnte - vorgelegt.

Und soll ein fast 200seitiges Gutachten zum Nutzen-Risiko-Verhältnis von Comirnaty sein, das sich auf die Zulassungsdaten von Pfizer selbst stützt? Bloß eine (Einzel-)Meinung...

Noch Fragen zum Zustand der Justiz? Das Leben des Einzelnen hat keinen Wert mehr.

H) Die Bezifferung der einzelnen Ansprüche:

I. Immaterielle Schäden

Schmerzensgeld gem. Klageantrag zu Ziff. 1

Bereits der Große Senat (BGHZ 18, 149 (154)) hat festgehalten, dass Größe, Heftigkeit und Dauer der Schmerzen, Leiden und Entstellungen die wesentlichen Kriterien bei der Bemessung des Schmerzensgeldes sind. Dies wurde bis heute durch eine Vielzahl von Gerichtsentscheidungen weiterentwickelt, wobei immer häufiger auch die psychischen Beeinträchtigungen und Leiden in den Blick der Schmerzensgeldrechtsprechung geraten sind (Slizyk, Beck'sche Schmerzensgeldtabelle 2018, Seite 10, Rn 21 Fn 48 mit Verweis auf: OLG München BeckRS 2014, 10404; OLG Koblenz NJR-RR 2013, 1433; OLG Saarbrücken BeckRS 2013, 04132; OLG München NVZ 2003, 474). Im Sinne einer Objektivierung der Leiden sind insbesondere Art der Verletzungen, die Zahl der Operationen, die Dauer stationärer und ambulanter Behandlungen, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und das Ausmaß des Dauerschadens zu berücksichtigen. Trotz dieser notwendigen Objektivierung ist im Rahmen der Gesamtschau (gerade auch) die spezielle Auswirkung auf den jeweils Betroffenen entscheidend (Slizyk, Beck'sche Schmerzensgeldtabelle 2018, Seite 10 Rn 21).

Nach der Rechtsprechung des BGH gibt es kein „richtiges“ Schmerzensgeld für bestimmte Verletzungen; in jedem Einzelfall ist die Höhe des Schmerzensgeldes aus der Vielzahl der Bemessungskriterien zu entwickeln. Dabei stellen die objektivierbaren Kriterien im Regelfall als „**Kern-Bemessungskriterien**“ für die Höhe des Schmerzensgeldes eine Vergleichbarkeit unter den verschiedenen Entscheidungen her, die so eine ungefähre Bezifferung des angemessenen Schmerzensgeldes erlauben (Slizyk, Beck'sche Schmerzensgeldtabelle 2018, Seite 11, Rn 24).

Nach der Rechtsprechung des BGH muss jede Schmerzensgeldentscheidung zu diesen „Kernbemessungskriterien“ Stellung nehmen und die tatsächlichen Gegebenheiten des Einzelfalles unter diese Grundsätze subsumieren (BGH VersR 1993, 1410).

Das OLG München (Urt. v. 24.7.2015 – 10 U 3313/13; BeckRS 2015, 13775) betonte hierzu, dass die in Schmerzensgeldtabellen erfassten „Vergleichsfälle zum einen nur den Ausgangspunkt für die tatrichterlichen Erwägungen zur Schmerzensgeldbemessung bilden“, zum anderen „nur im Rahmen des zu beachtenden Gleichheitsgrundsatzes als Orientierungsrahmen zu berücksichtigen sind“ und zudem „keine verbindlichen Präjudizien sind“. Das OLG betonte dabei (Zitat): „Verweise auf Vergleichsfälle ohne umfassende Herausarbeitung der Fallähnlichkeit, die neben den Verletzungen weitere 11 Variablen, nämlich Geschlecht, Alter, Beruf, Vorschädigung, Empfindlichkeit, Einkommen und Vermögensverhältnisse des Geschädigten, sowie Verschulden, einkommen, Vermögensverhältnisse und Versicherung des Schädigers zu berücksichtigen hat ... sind also nicht weiterführend.“

Unter Berücksichtigung aller oben dargelegten Umstände und der einschlägigen Judikatur zu in etwa vergleichbaren Schmerzensgeldfällen wird im Hinblick auf alle Bemessungsfaktoren für die Zeit bis zum Zeitpunkt der Klageerhebung

ein Schmerzensgeld von mindestens 150.000,00 €

für angemessen gehalten.

Von dem bisherigen Vortrag zu den injektionsbedingten Gesundheitsschäden ausgehend, ergibt sich die Höhe des hier mit 150.000,00 € angesetzten Schmerzensgeldes insbesondere aus folgenden Erwägungen:

Comirnaty hat das Leben der Antragstellerin völlig zerstört.

Aus einer jungen Frau, die am Anfang ihres Berufslebens stand, ist eine von zahlreichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und von Schmerzen geplagte erwerbsunfähige Frau geworden, und das nur, weil die Beklagte wirklich in allen Bereichen der Entwicklung, Zulassung und Produktion von Comirnaty rumgepfuscht und manipuliert hat, und dies offensichtlich auch noch im kollusiven Zusammenwirken mit den Behörden.

Für einen solchen Fall wäre wünschenswert, dass das Verhalten der Beklagten mit dem Strafschadenersatzrecht der USA sanktioniert werden könnte (Stichwort: Punitive Damages).

Die dargestellten massiven multiplen Gesundheitsstörungen, die mit intensiven Schmerzen verbunden sind, haben der Klägerin jegliche Lebensqualität genommen, und es ist aktuell nicht absehbar, dass sich dieser Zustand noch einmal wesentlich verbessern wird.

Währenddessen schwimmt die Beklagte „an der Goldgrube“ immer noch in dem Geld, das sie sich mit diesen Machenschaften erschlichen hat.

Und das geheuchelte „Mitgefühl“ der Beklagten sieht so aus, dass sie bislang – soweit bekannt – nicht einen einzigen Geschädigten für die injektionsbedingt entstandenen Schäden reguliert hat, nicht einen.

Diese Regulierungspraxis sollte bei der Bemessung des Schmerzensgeldes deutlich erhöhend ins Gewicht fallen.

Fundstellen zu vergleichbaren Fällen nach der Beck'schen Schmerzensgeldtabelle (de aktualisierte Band „Schmerzensgeld 2025“ erscheint Oktober 2024) oder dem Handbuch Schmerzensgeld von Jaeger/Luckey würden bei PKH-Bewilligung näher ausgeführt werden.

Bei solchen Vergleichsfällen würden dann nicht nur auf vorgenannten Diagnosen und deren Gesamtbild, sondern gerade auch auf die Ursache derselbe, eben das vollkommen zerschossene Immunsystem der Klägerin (V-Aids, als Zustand vergleichbar mit Aids), als Bemessungskriterien abgestellt werden.

Aber was diese Quellen auch immer anzubieten haben werden:

Das Elend, das die Beklagte mit ihrem Produkt über vollkommen ahnungslose Menschen wie die Klägerin gebracht hat, kann durch die dort genannten Beträge nicht ansatzweise angemessen abgebildet werden.

Angesichts derart skrupelloser Machenschaften von Wirkstoffherstellern wie der Antragsgegnerin sollte die Rechtsprechung über gänzlich neu bemessene Schmerzensgeldbeträge nachdenken, damit solchen Machenschaften endgültig eine Absage erteilt wird und alle Wirkstoffhersteller mit Nachdruck davon abgeschreckt werden, des bloßen Profits alle arzneimittelrechtlichen Schutzmechanismen zu suspendieren.

Alleine schon für die gezielt irreführenden Aufklärungsfehler der Beklagten wären schon vor 7 Jahren Schmerzensgeldbeträge von mehr als 200.000,00 € zugesprochen worden (vgl. OLG Hamm – 26 U 85/12, das einem Patienten sogar bei sogar fachgerechter ärztlicher Behandlung ein Schmerzensgeld von 220.000,00 € zugesprochen hatte, weil diese zuvor unzureichend über das Risiko einer Darmperforation aufgeklärt worden ist.

Für die hier gegebene Konstellation, die insbesondere auch der vorsätzlichen sittenwidrigen Schädigung angemessen Rechnung trägt, muss wohl eine ganz neue Kategorie von Schmerzensgeld kreiert werden.

Der auf der Basis der hier in Betracht kommenden Bemessungskriterien wurde der Schmerzensgeldanspruch des Klageantrag zu Ziff. 1. angesetzt.

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 können schon jetzt beziffert werden.

Nachweise dazu werden als

Anlagenkonvolut K 18

überreicht.

1.

Zur Berechnung des Erwerbsschadens wird grundsätzlich vorab klargestellt:

Das OLG Brandenburg (Urteil vom 04.11.2010 - **12 U 35/10**) hat entschieden:

„Im Rahmen der Ermittlung des Verdienstaufschlags ist eine Prognose hinsichtlich der beruflichen Entwicklung zu treffen, die der Geschädigte ohne den Unfall genommen hätte. Der Geschädigte muss soweit wie möglich konkrete Anhaltspunkte für diese Prognose dartzun und gegebenenfalls beweisen. Die Anforderungen an die Prognose dürfen dabei nicht überspannt werden, denn es liegt in der Verantwortlichkeit des Schädigers, dass in die berufliche Entwicklung des Geschädigten eingegriffen wurde. Dabei gilt für die Prognose insgesamt wie auch für die Anknüpfungstatsachen der Maßstab des § **287 ZPO**.“

„Bei der Bildung der Zukunftsprognose kommen dem Geschädigten die Beweiserleichterungen der § **252** Satz 2 BGB, **287 ZPO** zu Gute, eine völlig abstrakte Berechnung des Erwerbsschadens ist jedoch nicht möglich; der Verletzte muss vielmehr konkrete Anhaltspunkte und Anknüpfungstatsachen nach diesen Maßstäben dartzun und beweisen, die eine Schadensschätzung ermöglichen. Gerade bei relativ jungen Geschädigten kann allerdings ohne konkrete Anhaltspunkte nicht angenommen werden, dass sie auf Dauer die ihnen zu Gebote stehenden Möglichkeiten für gewinnbringende Erwerbstätigkeit nicht nutzen werden. Auch können verbleibende Risiken bei der Prognose durch gewisse Abschläge berücksichtigt werden.“

Der Geldrenten-Schadenersatzanspruch der Klägerin ergibt sich im Fall der Erwerbsrente (Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit) aus § 843 Abs. 1 BGB (Zitat): „Wird infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert oder tritt eine Vermehrung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadensersatz zu leisten.“

Die Höhe der Rente bemisst sich im Fall der Erwerbsrente nach dem bisherigen durchschnittlichen Entgelt. In einer grundsätzlichen Entscheidung hat der BGH (Urteil vom 15.11.1994 - VI ZR 194/93) ausgesprochen, dass bei der Ermittlung des entschädigungspflichtigen Verdienstaufschlagschadens eines sozialversicherten Arbeitnehmers auch die entgangenen Nettobezüge des Geschädigten zugrunde gelegt werden können. Aus diesem Grunde wird nachfolgend bei der Ermittlung des Verdienstaufschlagschadens der Klägerin von der Nettolohnmethode ausgegangen.

Somit macht die Klägerin mit ihren Anträgen zu Ziff. 3 und 4 den Differenzbetrag zwischen

ihrem regelmäßigen Einkommen und der von Ihrem vormaligen Arbeitgeber bezogenen Lohnfortzahlung und der von ihrer Krankenkasse bezogenen Krankengeld geltend.

Die Rente ist gem. § 843 Abs. 2 S. 1 i.V.m. § 760 BGB im Voraus für 3 Monate fällig.

... (Hier folgen dann Ausführungen zur Berechnung der materiellen Forderungen)

2.

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 ..., das hier als

Anlage K 19

überreicht wird, unter Darlegung der 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 Verfahrensbevollmächtigten der Beklagten haben zwar auf diese Forderungen mit Schreiben vom 25.4.2024, das hier als

Anlage K 20

vorgelegt wird, geantwortet, sich dann aber nicht mehr innerhalb der gesetzten Frist (26.5.2024) gemeldet.

Die Regulierung solcher „Impf“-Schäden ist zudem eine sehr komplexe und komplizierte Materie, die zur Vermeidung von Nachteilen in jedem Einzelfall eine umfangreiche anwaltliche Beratung und arbeitsaufwendige Vertretung eines Geschädigten erforderlich macht. Das ergibt sich schon aus Inhalt und Umfang des überreichten Klageentwurfs.

Dies gilt umso mehr, wenn – wie hier – die Regulierung von Personenschäden und erheblichen Schmerzensgeld- und Schadenersatzsprüchen im Raume steht.

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.

BGH v. 01.06.1959 u. a:

„Wer verpflichtet ist, einem anderen den aus einem Unfall erwachsenen Schaden zu ersetzen, hat grundsätzlich auch die Kosten zu erstatten, die der Geschädigte seinem mit der Verfolgung der Ersatzansprüche beauftragten Anwalt bezahlen muss.“

LG Frankfurt am Main v. 27.01.2010:

„Nach § 249 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 BGB sind vom Schädiger alle diejenigen adäquat verursachten Rechtsverfolgungskosten in Form vorprozessualer, nicht anrechenbaren Anwaltskosten zu ersetzen, die aus Sicht des Schadensersatzgläubigers zur Wahrnehmung und Durchsetzung seiner Rechte erforderlich und zweckmäßig waren. An die Voraussetzungen des materiellrechtlichen Kostenerstattungsanspruchs keine überzogenen Anforderungen zu stellen. Erkennt die Versicherung des Schädigers nicht sofort vorbehaltlos an und reguliert sie den Schaden nicht sofort, ist die Hinzuziehung eines Rechtsanwalts durch den Geschädigten gerechtfertigt.“

„Auch bei einfachen Verkehrsunfallsachen ist die Einschaltung eines Rechtsanwalts von vornherein als erforderlich anzusehen. Gerade die immer unüberschaubare Entwicklung der Schadenspositionen und Rechtsprechung zu den Mietwagenkosten, Stundenverrechnungssätzen u.Ä. lässt es geradezu als fahrlässig erscheinen, einen Schaden ohne Einschaltung eines Rechtsanwalts abzuwickeln.“ (Urteil des OLG Frankfurt vom 01.12.2014, Aktenzeichen 22 U 171/13).

Interessant und praxisnah ist insofern die Entscheidung des Amtsgerichts Dortmund (Urteil vom 29.06.2009 – 431 C 2944/09):

„Entgegen der Auffassung der Beklagten ist nach Auffassung des seit fast 30 Jahren mit Verkehrsunfallhaftpflichtfragen befassten Richters jeder Verkehrsunfallgeschädigte gut beraten, die Regulierung selbst kleiner Schäden wie der vorliegend angemeldeten und dann auch regulierten 645,13 Euro Sachschadenersatz von Anfang an in die Hand eines erfahrenen Rechtsanwalts zu geben. (...) Da die Haftpflichtversicherer bei der Schadenregulierung inzwischen geradezu systematisch fast jede übliche Schadensposition in zahlreichen Zivilprozessen zum Gegenstand umfangreicher Auseinandersetzungen machen, muss auch der geschäftserfahrene Geschädigte stets auf der Hut sein und befürchten, dass eine Schadensposition, die noch gestern anerkannt worden wäre, von der gegnerischen Versicherung jetzt nicht mehr akzeptiert wird. (...)“

AG Wiesbaden. Urteil vom 10.01.2012 – 91 C 5831/11:

„Bei Schadensersatzansprüchen aus Verkehrsunfällen ist aufgrund der umfangreichen juristisch komplizierten Materie des Schadenumfangs die Einschaltung eines Rechtsanwaltes grundsätzlich geboten. Nicht nur in diesem Fall, in dem es um die Erstattungsfähigkeit von gerichtlich angefallenen Sachverständigenkosten geht, sondern darüber hinausgehend ist festzustellen, dass es eine Fülle von Rechtsprechung zum Haftungsumfang gibt. Insoweit können exemplarisch die Regulierung auf fiktiver Basis, die Höhe von Sachverständigenkosten oder die Höhe von Mietwagenkosten genannt werden.“
Urteil des Amtsgerichts Kassel vom 30.06.2009 - 415 C 6230/08:
„Wenn sich aber Versicherer – was gerichtsbekannt ist – selbst bei der Regulierung von – jedenfalls für den Rechtskundigen – in tatsächlicher wie auch in rechtlicher Hinsicht eindeutigen Haftungsfällen bisweilen unter bewusster Missachtung obergerichtlicher Rechtsprechung auf juristische Spitzfindigkeiten kaprizieren, so dürfte es für die Beklagte leicht einzusehen sein, dass die Unfallabwicklung selbst bei dem Haftungsgrunde nach eindeutigen Haftungsfällen, bei denen die Einstandspflicht der Versicherung des Schädigers

dem Grunde nach feststeht, eben nur scheinbar um ‚einfach gelagerte‘ Verkehrsunfälle handelt.“

Urteil des Amtsgerichts Darmstadt vom 23.5.2012 – 301 C 210/11:

„Zunächst ist hierbei zu bedenken, dass nicht grundsätzlich davon auszugehen ist, dass jeder Verkehrsunfall – auch ein Auffahrunfall – reibungslos reguliert wird. Es muss davon ausgegangen werden, dass auch bei einfacher Haftungslage dem Grunde nach hinsichtlich der Höhe des Schadens eine Vielzahl von Rechtsproblemen auftreten kann, welche die Regulierung verkomplizieren (siehe nur „Verweis auf nicht markengebundene Fachwerkstatt“, „Gegenstandswertorientierte Sachverständigenkosten“, „Mietwagenkosten nach „Schwacke oder „Fraunhofer“ „usw.).“

Angesichts der hier im Raume stehenden Forderungen ist für die außergerichtliche Korrespondenz des Unterzeichners in dieser Angelegenheit eine Geschäftsgebühr in folgender Höhe angefallen, die in dem o.g. Forderungsschreiben des Unterzeichners an die Beklagte auch ausdrücklich geltend gemacht worden ist.

Wegen der hohen fachlichen Anforderungen wurde der Gebührensatz von 2,5 angesetzt, und der ist hier auch in jeder Hinsicht gerechtfertigt.

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	11.900,00 €

hier vorläufig von einem **Regulierungsstreitwert von insgesamt mindestens 161.900,00 € 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 €

2,5 Geschäftsgebühr gem. §§ 2, 13, 14 VV Nr. 2300 RVG 4.842,50 €

20% Pauschale f. Post- und Telekommunikationsentgelte
gem. § 2 Abs. 2 S. 1, VV Nr. 7002 RVG (max.: 20,00 €) 20,00 €

Zwischensumme: 4.862,50 €

zuzüglich 16 % USt. gem. § 2 Abs. 2 S. 1, VV Nr. 7008 RVG. 9.23,88 €

Bei dem hier geltend gemachten Freistellungsanspruch werden Zinsen nicht geltend gemacht.

2.

Erstattung der Privatgutachterkosten

Die Kosten für das hier als Anlage K4 vorgelegte Privatgutachten beziffern sich gem. der Rechnung des Sachverständigen Dr. Hans-Joachim Kremer vom, das hier als

Anlage K 21

vorgelegt wird, beziffern sich auf 17.850,00 € Brutto.

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 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

I) Gebotenheit der Klage

Aus den vorgenannten Gründen war Klageerhebung geboten.

Die Beklagte hat – soweit bekannt – noch nie außergerichtlich vergleichbare Forderungen von Geschädigten anerkannt.

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) Strafantrag ist nicht Voraussetzung für strafrechtliche Ermittlungen

Höchst vorsorglich stelle ich klar:

Es gibt hier auch kein strafrechtliches „Verfahrenshindernis“, weil es in dem gegebenen Kontext absolut fernliegend wäre, nur von einer „einfachen“ Körperverletzung i.S. des § 230 StGB zu sprechen.

§ 230 Abs. 1 S. 1 StGB stellt klar, dass diese Norm auf eine vorsätzliche Körperverletzung nach § 223 StGB und die fahrlässige Körperverletzung nach § 229 StGB beschränkt ist.

Ein Strafantrag ist also nicht (!) Voraussetzung für die Qualifikationstatbestände nach §§ 224-227 und 340 StGB (so auch ausdrücklich klargestellt in Fischer, StGB-Kommentar, § 230 Rn 2), auf die sich Personen mit schwerwiegenden Gesundheitsschäden zumindest teilweise berufen können.

Kein einziger, der mit mir über seine Covid-19-Injektion gesprochen hat, hat mir berichtet, dass im Vorfeld seiner Injektion folgende Anforderungen des BGH-Urteils vom 5.11.2024-VI ZR 188/23 an eine korrekte Aufklärung erfüllt worden sind (**Zitat**):

1. Die wirksame Einwilligung des Patienten setzt dessen ordnungsgemäße Aufklärung voraus (§ 630d Abs. 2 BGB). Dabei müssen die in Betracht kommenden Risiken nicht exakt medizinisch beschrieben werden. Es genügt vielmehr, den Patienten "im Großen und Ganzen" über Chancen und Risiken der Behandlung aufzuklären und ihm dadurch eine allgemeine Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren zu vermitteln, ohne diese zu beschönigen oder zu verschlimmern (st. Rspr., vgl. nur BGH, Urteil vom 11. Oktober 2016 - [VI ZR 462/15](#), [NJW-RR 2017, 533](#) Rn. 10).

2. Zu den Modalitäten der Aufklärung bestimmt § 630e Abs. 2 BGB, dass die Aufklärung mündlich zu erfolgen hat und ergänzend auf Unterlagen Bezug genommen werden kann, die der Patient in Textform erhält. Die mündlich gebotene Vermittlung der Chancen und Risiken der Behandlung "im Großen und Ganzen" und damit einer allgemeinen Vorstellung von dem Ausmaß der mit dem Eingriff verbundenen Gefahren verlangt, dass diese Gefahren auch im Gespräch genannt werden. Lediglich ergänzend, das heißt zur Wiederholung des Gesagten (als Gedächtnisstütze), zur bildlichen Darstellung und zur Verbesserung des Verständnisses des mündlich Erläuterten und zur Vermittlung vertiefender Informationen, die hilfreich, für das Verständnis der Risiken aber nicht unbedingt notwendig sind, kann (muss aber nicht) auf Informationen in Textform Bezug genommen werden. Es muss jedenfalls der für die selbstbestimmte Entscheidung notwendige Inhalt mündlich mitgeteilt werden (Konkretisierung von BGH, Urteil vom 11. Oktober 2016 - [VI ZR 462/15](#), [NJW-RR 2017, 533](#) Rn. 8)...“(Zitat Ende)

Quelle:

<https://openjur.de/u/2500254.html>

Die Praxis der weisungsgebundenen Staatsanwaltschaften sieht freilich ganz anders aus. Hierzu habe ich viele Beispiel. Ein Beispiel?

Am 21.2.2025 ist mir noch ein Bescheid der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg (AZ. 11 Zs 1276/24) zugegangen, wonach es sich bei der Covid-19-„Impfung“ (Zitat) „auch nicht um eine typische Neulandmethode“ (handelt), im Rahmen derer der Patient darüber aufzuklären ist, dass ein Eingriff nicht oder noch nicht dem medizinischen Standard entspricht.“

Covid-19-Injektionen keine Neulandmethode????

Ja genau, was soll an den komplett neuartigen Covid-19-Geninjektionen denn auch „neu“ gewesen sein.

U.a. auch weil diese „Thematik“ die „gesamte Medienlandschaft“ „über Monate“ hinweg „bezüglich der Neuentwicklung eines Impfstoffs“ bestimmt habe, bestand doch (angeblich) „Allgemeinkundigkeit“ bezüglich der „Tatsachen“, die für eine Impfentscheidung relevant waren

Zwar wurde die Mandantin vor ihrer „Impfung“ überhaupt nicht (!) von einem Arzt aufgeklärt. Aber dennoch sagt die GeneralStA Nürnberg „Die der Antragstellerin zuteil gewordene (sic!) Aufklärung entsprach auch der zum Impfzeitpunkt vorliegenden Datenlage.“

Wenn der Sachverhalt nicht passt, dann wird er also einfach passend gemacht.

Außerdem richte sich die Datenbank VAERS (doch nur?) an „Impfstoffexperten“, was in diesem Kontext so zu verstehen ist, dass einem Arzt nicht vorgehalten werden kann, dass er spätestens Februar 2021 die Warnsignale erkennen musste, die sich aus den Daten der Datenbank VAERS ergaben.

Genau wegen solcher fadenscheinigen Begründungen, die sich faktisch weitestgehend über die Faktenlage und meinen Vortrag (und die Anlagen hierzu) hinwegsetzen, habe ich meinen Mandanten schon Ende 2024 gesagt, dass das Strafrecht bzw. eine Strafanzeige gegen Impfärzte etc. aktuell jedenfalls keine Option ist.

Die Staatsanwaltschaften und Generalstaatsanwaltschaften weigern sich schlicht Covid-19-„Impf“-Ärzte anzuklagen. Und OLGs wie das OLG Dresden decken das, indem sie Klageerzwingungsanträge abweisen.

Wahlen alleine dürften an diesem desolaten Zustand der Justiz nicht grundlegend ändern können. Da müsste offenbar schon was ganz anderes geschehen, was die aktuelle Weltordnung komplett auf den Kopf stellt.

Ich mache wegen solcher Erfahrungen jedenfalls seit Dezember 2024 keine Strafsachen mehr für Covid-19-Injektionsgeschädigte. Man spricht bei den Staatsanwaltschaften gegen Beton an, ganz egal wie eindeutig ein Fall ist und was man vorträgt.

Nur gut, dass das „Jüngste Gericht“ im Instanzenzug am allerhöchsten steht.

Soll Gott hier wieder die Gerechtigkeit herstellen. Mit strafrechtlichen Mitteln kann sich jedenfalls kein Injektionsgeschädigter mehr Gerechtigkeit verschaffen.

B) Weitere Belege zur Wirkungslosigkeit der Covid-19-Injektionen

Mit solchen weiteren Beispielen, die längst Legion sind, könnte man ganze Bibliotheken füllen. Ich belasse es hier mal bei folgenden „Anekdoten“:

1.

Tkp.at am 12.1.2025 (Zitat):

„....Eine neue, von Experten begutachtete [Studie](#) aus Japan zeigt die inzwischen erwarteten Ergebnisse zu den Impfmustern und Infektionen im Zusammenhang mit COVID-19: Mehr „Impfungen“ führen zu mehr Infektionen. Die im Rahmen des Yamato-Projekts Ende 2023 durchgeführte Studie präsentiert weitere Daten, die die Safe & Effective™-Erzählung vollständig widerlegen.

Die Studie Nakatani E, Morioka H, Kikuchi T, et al. mit dem Titel „*Behavioral and Health Outcomes of mRNA COVID-19 Vaccination: A Case-Control Study in Japanese Small and Medium-Sized Enterprises*“ (Verhaltens- und Gesundheitsergebnisse der mRNA-COVID-19-Impfung: Eine Fall-Kontroll-Studie in japanischen kleinen und mittleren Unternehmen) [erschien im Dezember 2024 in Cureus](#).

Die Behauptungen der WHO, EU und den Noch-Gesundheitsministern bei uns, dass der „Impfstoff“ überhaupt Leben gerettet hat, ist mit allen Studienergebnissen unvereinbar, und beruht auf Modellrechnungen mit beliebig falschen Annahmen. Die Daten zeigen einen statistisch signifikanten Anstieg der Infektionen bei geimpften Personen im Vergleich zu ungeimpften Personen, wie zum Beispiel von mehrfachen [Studien der Cleveland Clinic](#) nachgewiesen. Diese haben auch gezeigt, dass das erhöhte Risiko dosisabhängig ist...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2025/01/12/studie-mehr-erhaltene-impfdosen-fuehren-zu-mehr-infektionen/>

2.

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

3.

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>

4.

Aus einem Tkp.at-Artikel vom 31.1.2025 mit dem Titel „Studie bestätigt: **Weitere Anwendung von Covid-19-„Impfstoffen“ Markt** ist fahrlässige Tötung in großem Umfang“ (Zitat):

„...Negative Wirksamkeit

Mehrere Studien haben gezeigt, dass geimpfte Covid-19-Personen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt sein können als ungeimpfte Personen:

1. **Eythorsson et al:** stellten fest, dass Personen, die mit zwei oder mehr Dosen geimpft wurden, ein um 42 % höheres Risiko einer erneuten Infektion hatten als Personen, die eine oder weniger Dosen erhalten hatten.
2. **Chemaitelly et al:** schätzten, dass die Wirksamkeit der Impfstoffe von Pfizer-BioNTech (BNT162b2) und Moderna (mRNA-1273) gegen Omicron-Subvarianten deutlich abnahm und nach sieben Monaten negative Wirksamkeitswerte erreichte: -17,8 % und -12,1 % für Pfizer; -10,2 % und -20,4 % für Moderna.
3. **Shrestha et al:** fanden ein dosisabhängiges erhöhtes Risiko einer Covid-19-Infektion, wobei Personen, die mehr als drei Dosen erhielten, ein um 253 % höheres Risiko hatten als nicht geimpfte Personen.
4. **Feldstein et al:** zeigten, dass geimpfte Kinder im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren ohne vorherige Infektion eine um 159 % höhere Wahrscheinlichkeit hatten, sich zu infizieren, und eine um 257 % höhere Wahrscheinlichkeit, symptomatisches Covid-19 zu entwickeln, als ihre nicht geimpften Altersgenossen...“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2025/01/31/studie-bestaetigt-weitere-anwendung-von-covid-19-impfstoffen-markt-ist-fahrlaessige-toetung-in-grossem-umfang/>

C) 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 teilweisen 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 dennoch 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.

Wer die wahre Dimension der „Nebenwirkungen“ der Covid-19-Injektionen erfassen will, der muss stets das Thema „**Underreporting/Untererfassung**“ im Hinterkopf behalten.

Höchst aufschlussreich sind die Aussagen des PEI hierzu, die Hans U.PI. Tolzin in seinem Buch „**Die Masern-Lüge**“ (2. Auflage 2022) auf den Seiten 304 und 305 wiedergibt.

In einer Mail des PEI an ihn vom 11.5.2012 heißt es (**Zitat**):

„Die Rate der Untererfassung von Verdachtsfällen unerwünschter Arzneimittelwirkungen im Rahmen des Spontanerfassungssystems ist in der Tat unbekannt.“ (Tolzin, ebenda, S. 304)

Weiter zitiert er eine Aussage des PEI im Bundesgesundheitsblatt 12/2004, Seite 1161 (**Zitat**):

„Da die Untererfassung der Meldungen von Impfkomplicationen von Impfkomplicationen nicht bekannt oder abzuschätzen ist und keine Daten zu verabreichte Impfungen als Nenner vorliegen, kann keine Aussage zu der Häufigkeit bestimmter unerwünschter Reaktionen gemacht werden.“ (Tolzin, ebenda, Seite 304)

Tolzin erklärt schließlich, dass ihm nur eine einzige konkrete Aussage des PEI zur Melderate bekannt sei, **wonach maximal fünf Prozent aller schwerwiegenden Nebenwirkungen zur Meldung kommen.**“ (Tolzin, ebenda, Seite 304/305 mit Verweis auf Bundesgesundheitsblatt, 4/2002, Seite 353).

Die Daten, die der Artikel auf transition.news vom 9.1.2025 mit dem Titel „**Massive Untererfassung von Impfnebenwirkungen**“ liefert, sind auch nicht viel besser (**Zitat**):

„...**Die systematischen Überprüfungen, die Kirsch anführt, kommen alle zu dem Ergebnis**, dass insgesamt weniger als 15 Prozent der unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) an die entsprechenden Stellen gemeldet werden. Je nach Art des Ereignisses ist der Wert sogar noch deutlich niedriger.

In einer Übersichtsarbeit von Hazell und Shakir wurden zum Beispiel 37 in verschiedenen Ländern durchgeführte Studien analysiert. Die Forscher hätten festgestellt, dass in vielen Fällen mehr als 90 Prozent der UAW nicht gemeldet wurden. Die mittlere Rate von Unterberichterstattung habe dabei 94 Prozent betragen.

Von den schwerwiegenden unerwünschten Reaktionen würden nur etwa ein bis zehn Prozent an die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA gemeldet, heißt es bei Lazarus et al. Ebenso würden weniger als ein Prozent der unerwünschten Wirkungen von Impfstoffen berichtet.

Zu den Gründen für die geringen Meldequoten zählen laut Herdeiro et al. Unwissenheit, Zeitmangel, Gleichgültigkeit und Unsicherheit oder Angst vor Spöttelei, da man nur vermutete Nebenwirkungen melden könne und nicht wisse, ob ein Medikament für eine bestimmte unerwünschte Wirkung verantwortlich sei. Außerdem sei die Ansicht verbreitet, nur sichere Medikamente seien auf dem Markt erlaubt.

Schaut man auf die erfassten Verdachtsfälle, kann man sich ein Bild von dem tatsächlichen Desaster machen. Allein in der VAERS-Datenbank (Vaccine Adverse Event Reports) sind zum Beispiel für Covid-19-«Impfstoffe» bisher gut 1,6 Millionen Einträge erfasst (Stand Ende November 2024). Darunter sind über 38.000 Todesfälle, 72.000

bleibende Behinderungen, 22.000 Herzinfarkte, 28.000 Fälle von Myokarditis/Perikarditis, 47.000 schwere allergische Reaktionen und 5000 Fehlgeburten.

Gemäß den in den Studien recherchierten Dunkelziffern müsste man diese Zahlen wenigstens mit dem Faktor zehn multiplizieren, um auf die realen Werte zu kommen. Entsprechend kritisiert Steve Kirsch die Gesundheitsbehörden schon lange für ihre Haltung und setzt sich für die Aufklärung der Bevölkerung ein (wir berichteten u.a. [hier](#), [hier](#), [hier](#) und [hier](#)).“ **(Zitat Ende)**

Quellen:

Steve Kirsch: Vaccine adverse events, including death, are grossly under-reported
<https://transition-news.org/massive-untererfassung-von-impfnebenwirkungen>

Weitere aufschlussreiche Artikel zu diesem Thema:

Der bereits o.g. Beitrag auf dem Portal sciencefiles.org vom 25.9.2025:

„Horrend: Impfschäden durch COVID-19 Shots im Vergleich zu Impfstoffen: Eine Methode zur Berechnung des Risikoprofils von „Impf“stoffen“

Beweis:

<https://sciencefiles.org/2023/09/25/horrend-impfschaeden-durch-covid-19-shots-im-vergleich-zu-impfstoffen-eine-methode-zur-berechnung-des-risikoprofils-von-impfstoffen/>

Weitere lesenswerte Artikel zum Thema:

Multipolar-magazin.de am 15.10.2024:

„Nebenwirkungen der Corona-Impfung: Zahl der Betroffenen offenbar deutlich höher als bekannt

Repräsentative Forsa-Umfrage: 19 Prozent der Geimpften erlitten Nebenwirkungen – das sind zwölf Millionen Menschen / Paul-Ehrlich-Institut erreichten nur 340.000 Verdachtsmeldungen / Kritiker: Massive Untererfassung von Impfschäden“

Beweis:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/forsa-umfrage-1>

tkp.at am 11.5.2023:

„Wie häufig sind Impfnebenwirkungen? Daten der Pfizer-Biontech-Studie unzuverlässig und manipuliert“

Beweis:

<https://tkp.at/2023/05/11/wie-haeufig-sind-impfnebenwirkungen-daten-der-pfizer-biontech-studie-unzuverlaessig-und-manipuliert/>

achgut.com-Beitrag vom 11.3.2023 mit der Überschrift: **„Treten Impfschäden „sehr selten“ oder gar „gelegentlich“ auf? Gebetsmühlenartig heißt es, Impfschäden seien**

„sehr selten“. Inzwischen werden aber „Zehntausende“ eingeräumt. Schätzen wir einmal anhand frei zugänglicher Zahlen und Faktoren, in welche Häufigkeitsbereiche wir damit kommen“

Dort heißt es u.a. (Zitat):

„...Die *Welt*-Autorin konstatiert, dass „Schätzungen zufolge“ am Post-Vac-Syndrom „Zehntausende“ leiden, relativiert aber: „Angesichts von 65 Millionen Geimpften sind diese Fälle sehr selten, für jeden Einzelnen aber meist eine Katastrophe.“ Sind zehntausende Fälle noch „sehr selten“? Dazu zücken wir den Taschenrechner.

Die Definitionen für die Häufigkeit von Arzneimittel-Nebenwirkungen lauten:

Sehr selten: Die Nebenwirkung tritt in weniger als 0,01 Prozent der Fälle auf, das heißt seltener als bei einem von 10.000 Behandelten.

Selten: Die Nebenwirkung tritt in mehr als 0,01 Prozent und in weniger als 0,1 Prozent der Fälle auf, das heißt bei zwischen einem und zehn von 10.000 Behandelten.

Gelegentlich: Die Nebenwirkung tritt in mehr als 0,1 Prozent und in weniger als 1 Prozent der Fälle auf, das heißt bei mehr als einem bis zehn von 1.000 Behandelten.

Häufig: Die Nebenwirkung tritt in mehr als 1 Prozent und in weniger als 10 Prozent der Fälle auf, das heißt bei mehr als einem und weniger als zehn von 100 Behandelten.

Sehr häufig: Die Nebenwirkung tritt in mehr als 10 Prozent der Fälle auf, das heißt bei mehr als einem von zehn Behandelten. ([focus.de](https://www.focus.de))

Nehmen wir zunächst als gegeben an, was „Zehntausende“ mindestens bedeutet: 20.000. Diese Anzahl auf 65 Millionen bezogen entspräche einer Quote von 0,03 Prozent (3 von 10.000), womit der Definitionsbereich von „sehr selten“ bereits überschritten ist. Anders gesagt: Wer „Zehntausende“ an Impfgeschädigten behauptet, muss einräumen, dass sie bestenfalls „selten“ sind.

Unter *Zehntausende* könnte man aber auch 50.000 verstehen. 50.000 geschätzte Verdachtsfälle [gibt etwa RTL an](#). Die sich daraus ergebende Quote von 0,08 Prozent läge gerade noch bei „selten“. Ab 65.000 Impfgeschädigte von 65 Millionen Geimpften (ab 1 von 1.000) wäre von „gelegentlich“ zu sprechen. Etwas vereinfachend tun wir so, als wären alle nur „grundimmunisiert“. Auf die absolute Anzahl der verimpften Dosen hochgerechnet, stünden die Impfstoffe freilich etwas besser da, aber warum sollte das fair sein? Man würde die Notwendigkeit von Mehrfachimpfungen, die bei mutierenden Erkältungsviren von Anfang an auf der Hand lag, zum Nachteil für die Menschen und zum Vorteil von Big Pharma machen...“ **(Zitat Ende)**

Beweis:

https://www.achgut.com/artikel/sind_schwere_nebenwirkungen_sehr_selten_selten_oder_gar_gelegentlich

Weitere Beiträge:

„Mathematiker der TU-Kaiserslautern über BioNTech-Impfung: Schwere Nebenwirkung 25-mal häufiger als gewünschte Wirkung“.

Quelle:

<https://www.nius.de/analyse/news/biontech-schwere-nebenwirkung-mal-haeufiger-als-nutzen/f1e9883e-e856-4f95-9492-49c66d14e02a>

<https://www.nachdenkseiten.de/?p=123133>

3.

In dem vorgenannten tkp.at-Artikel vom 24.10.2022 mit dem Titel „**Was Pfizer wusste**“ heißt es auch (**Zitat**):

„Einige Passagen des Sicherheitsdatenblattes 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/>

4.

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/>

5.

Eine großangelegte Studie der Universität Oxford, bei der die gleiche Anzahl von geimpften und ungeimpften Kindern beobachtet wurde, zeigt, dass nur die geimpften Kinder unerwartet

starben und an Myokarditis und Perikarditis erkrankten. Für die neue Studie wurden offizielle Regierungsdaten von mehr als einer Million englischer Kinder und Jugendlicher im Alter von 5 bis 11 und 12 bis 15 Jahren ausgewertet.

Es besteht nun kein Zweifel mehr, dass die Zunahme von Herzerkrankungen bei jungen Menschen durch den COVID-Impfstoff und nicht durch das Virus verursacht wurde.

Quellen:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2024.05.20.24306810v1.full.pdf>

<https://uncutnews.ch/neue-studie-aus-oxford-zeigt-dass-nur-kinder-die-mit-covid-geimpft-wurden-herzprobleme-hatten-und-starben/>

6.

„Neue Lancet-Untersuchung: Risiko von langfristigen Herzschaeden durch Covid-mRNA

Die Schaeden einer Myokarditis ausgelöst durch die Covid-Impfung halten in der Regel lange nach, das Herz ist langfristig geschädigt. Das zeigt eine neue Untersuchung...

Quelle:

<https://tkp.at/2024/09/27/neue-lancet-untersuchung-risiko-von-langfristigen-herzschaeden-durch-covid-mrna/>

7.

Schockierende neue Studie zeigt katastrophale neurologische und psychiatrische Schaeden durch COVID-'Impfstoffe' auf: COVID-19-'Impfstoffe' schädigen das Gehirn und zerstören die psychische Gesundheit.

Beweis:

<https://vigilantnews.com/post/shocking-new-study-finds-catastrophic-neurological-and-psychiatric-damage-from-covid-vaccines/>

Erhöhtes Risiko für ischämischen Schlaganfall, hämorrhagischen Schlaganfall, transitorische ischämische Attacke, Myelitis, Myasthenia gravis, Alzheimer-Krankheit, kognitive Beeinträchtigung, Depression, Angstzustände und Schlafstörungen.

Dieser Befund wird auch durch eine weitere Studie von Hong Jin Kim et al. mit dem Titel „Psychiatric adverse events following COVID-19 vaccination: a population-based cohort study in Seoul, South Korea“ bestätigt, die am 29.11.2024 in PubMed veröffentlicht wurde (Zitat):

„...Die kumulative Inzidenz von Depressionen, Angstzuständen, dissoziativen, stressbedingten und somatoformen Störungen, Schlafstörungen und sexuellen Störungen war drei Monate nach der COVID-19-Impfung in der geimpften Gruppe höher als in der ungeimpften Gruppe...“ (Zitat Ende)

Beweis:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38834668/>

<https://www.nature.com/articles/s41380-024-02627-0>

Beiträge, in denen auch auf diese Studie verwiesen wird:

<https://tkp.at/2025/01/29/studie-covid-impfstoffe-veraendern-persoenlichkeit-und-emotionen-der-menschen/>

<https://tkp.at/2025/03/31/studie-mit-9-millionen-teilnehmern-deckt-neurologische-schaeden-bei-covid-geimpften-auf/>

8.

Deutsche Wissenschaftler stellten starke immunologische Veränderungen bei Kindern fest, die zwei Dosen des experimentellen mRNA-Shots von Pfizer erhielten. Vor allem die erhöhten IgG4-Level machen dabei Sorgen. Denn diese werden mit einem erhöhten Krebsrisiko in Verbindung gebracht.

Eine kürzlich veröffentlichte Studie deutscher Wissenschaftler hat die Auswirkungen von mRNA-Covid-19-Impfstoffen auf das Immunsystem von Kindern im Alter von 5-11 Jahren untersucht. Die Forschungsergebnisse mit dem Titel „Delayed Induction of Noninflammatory SARS-CoV-2 Spike-Specific IgG4 Antibodies Detected 1 Year After BNT162b2 Vaccination in Children,, die in der Fachzeitschrift „The Pediatric Infectious Disease Journal“ veröffentlicht wurden, **zeigen Veränderungen in der Immunantwort der Kinder auch ein Jahr nach der Impfung.**

Die Forscher untersuchten Blutproben von Kindern ein Jahr nach Verabreichung der zweiten Dosis des experimentellen Pfizer-BioNTech mRNA-Impfstoffs. Dabei stellten die Wissenschaftler erhöhte Werte von IgG4-Antikörpern (Immunglobulin-Antikörper) im Blut der geimpften Kinder fest. **Diese Veränderung deutet auf eine Modifikation in der Art der Immunantwort hin,** die das Immunsystem auf das Spike-Protein des SARS-CoV-2-Virus entwickelt hat. Die Forscher betonen, dass weitere Studien notwendig sind, um die langfristigen Auswirkungen und die klinische Bedeutung dieser Beobachtungen vollständig zu verstehen.

Allerdings, so ein Bericht, könnte diese immunologische Veränderung auch weitreichende gesundheitliche Konsequenzen haben. Denn solche erhöhten IgG4-Level werden auch mit inflammatorischen Krankheiten in Verbindung gebracht. Es scheint also so zu sein, dass die mRNA-gentherapierten Kinder wohl längerfristig mit höheren Entzündungswerten als Autoimmunantwort auf die Spike-Proteine zu kämpfen haben werden. Selbst ein erhöhtes Krebsrisiko wird damit in Verbindung gebracht.

Quellen:

https://journals.lww.com/pidj/fulltext/9900/delayed_induction_of_noninflammatory_sars_co_v_2.959.aspx

https://report24.news/schock-studie-kinder-haben-auch-ein-jahr-nach-pfizer-genspritze-ein-veraendertes-immunsystem/?feed_id=40738

9.

Aus der Zusammenfassung der erstmals am 17.9.2023 publizierten Untersuchung mit dem Titel **„COVID-19 VACCINE-ASSOCIATED MORTALITY IN THE SOUTHERN HEMISPHERE“** (Zitat):

„Untersucht wurden siebzehn Länder der Äquatorial- und Südhalbkugel (Argentinien, Australien, Bolivien, Brasilien, Chile, Kolumbien, Ecuador, Malaysia, Neuseeland, Paraguay, Peru, Philippinen, Singapur, Südafrika, Surinam, Thailand, Uruguay), die 9,10 % der Weltbevölkerung und 10,3 % der weltweiten COVID-19-Injektionen (Impfquote von 1,91 Injektionen pro Person, alle Altersgruppen) auf sich vereinen, praktisch alle COVID-19-Impfstofftypen und -Hersteller umfassen und sich über vier Kontinente erstrecken.

In den 17 Ländern gibt es in den Daten zur Gesamtmortalität (ACM) im Zeitverlauf keine Hinweise auf eine positive Wirkung der COVID-19-Impfstoffe. Es besteht kein zeitlicher Zusammenhang zwischen der COVID-19-Impfung und einer proportionalen Verringerung der ACM. Das Gegenteil ist der Fall.

In allen 17 Ländern gibt es Übergänge zu Regimen mit hohen ACM, die auftreten, wenn die COVID-19-Impfstoffe eingesetzt und verabreicht werden...”

Quelle:

<https://researchandappliedmedicine.com/revistas/vol2/revista2/canada-ingles.pdf>

10.

Als weitere

Anlage K 25

überreiche ich die Anlage mit der Überschrift **„BF-MS 66“**, die Prof. Dr. Martin Schwab in dem o.g. Wehrbeschwerdeverfahren an das BVerwG übermittelt hat und die eine zutiefst schockierende **„Auswahl von Fallberichten nach Covid-19-Impfung“** enthält, die in medizinischen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden.

Das Leiden dieser Geschädigten hat die Verantwortlichen der Bundeswehr offensichtlich nicht interessiert. Der 1. Wehrdienstsenat des BVerwGs hat Fakten wie diese ebenfalls zur Kenntnis genommen, aber gleichwohl zum Experiment mit Covid-19-Injektionen verpflichtet. Die Agenda zu den Covid-19-Injektionen musste offenbar um jeden Preis fortgesetzt werden, ganz egal, welche immer neuen Fakten gegen diesen Wahnsinn sprachen.

Wie auch unter Bezugnahme auf amtliche Statistiken und Daten nachgewiesen worden ist, sind Spikevax und Comirnaty schon seit März 2021 nicht mehr nur dringend „verdächtig“, ein bedenkliches Arzneimittel zu sein und hat sich nachfolgend immer weiter bestätigt, siehe u.a.:

<https://tkp.at/2024/05/12/corona-mrna-praeparate-von-biontech-pfizer-500-fache-ueberschreitung-der-grenzwerte-studie/>

Das stand spätestens schon **ab Februar 2021, für Comirnaty definitiv ab dem 28.2.2021** eindeutig fest.

So auch das Fazit eines Beitrags des Experten Dr. Hans-Joachim Kremer auf tkp.at vom 19.2.2023, dessen Fazit lautet (**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.“

Quelle:

<https://tkp.at/2023/02/19/wann-genau-haetten-cdc-fda-und-pef-gegen-die-covid-impfstoffe-einschreiten-muessen/>

Wenn die EMA auch nur einigermaßen seriös „geprüft“ hätte, dann hätte auch sie zumindest einige der zahlreichen Manipulationen in der Zulassungsstudie von Moderna bemerken müssen, denen der Experte Dr. Kremer in seinem o.g. Gutachten so viel Raum gewidmet hat.

Also kann – wie schon oben klargestellt - niemand behaupten, dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis von BioNTech „eindeutig“ positiv sei, nur weil die EMA das behauptet habe.

Ohne Gutachten auf der Basis der jeweiligen Zulassungsstudie kann auch niemand im Hinblick auf Spikevax von Moderna einfach pauschal ein Nutzen-Risiko-Verhältnis unterstellen.

Freilich sollte auch erfasst werden, warum diese Gentechnik sogar GVO-Qualität hat und welche Risiken in Kauf genommen wurden, dass auch diese Umstände bei der bedingten Zulassung ignoriert wurden, siehe:

<https://tkp.at/2024/04/25/rechtlich-gesehen-sind-die-meisten-covid-19-impfstoffe-gvo-die-eu-schienen-schon-vor-juni-2020-davon-zu-wissen/>

Ein Staatsanwalt kann seine Hausaufgaben hier also nicht einfach mit Erwägungen auf dem Niveau wie „Aber die EMA hat's doch behauptet“ oder „Gewaltenteilung, das ist doch, dass wir einfach alles glauben was die EMA sagt!“ oder auch „der Arzt hat es doch verspritzt, und der tat es doch auch nicht wegen dem vielen Geld.“ einfach abhaken.

Es dürfte im Übrigen mittlerweile allgemein bekannt sein, dass Emer Cooke vor ihrer Berufung viele Jahre lang Pharma-Lobbyistin war. Wer vertraut seine Gesundheit denn einem Pharmalobbyisten an? Und wer einem Pharmahersteller, der in der Vergangenheit schon wiederholt für systematische Täuschung der Verbraucher sanktioniert worden ist=

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.

11.

An dieser Stelle wird abermals auf das Dokument zu Anlage 23 - „**Fakten zu Comirnaty - Wirkmechanismus und Schadpotential**“ verwiesen.

Diese Anlage K 23 wird durch den Beitrag von Klaus Steger und Ulrike Kämmerer vom 7.1.2025 mit dem Titel „**DNA-Reste in RNA-basierten „genetischen Impfstoffen - FRAGEN UND ANTWORTEN**“ ergänzt, der hier als

Anlage K 24

überreicht wird und die wichtigsten Punkte noch einmal kurz und übersichtlich zusammenfasst.

12.

Der bereits o.g. tkp.at-Artikel vom 31.1.2025 fasst die katastrophale Bilanz der Covid-19-Injektionen noch einmal wie folgt zusammen (**Zitat**):

“Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS)

Bis zum 6. September 2024 hat die CDC **19.028 Todesfälle** in den Vereinigten Staaten dokumentiert, die dem Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) von Angehörigen der Gesundheitsberufe oder Pharmaunternehmen gemeldet wurden, die glauben, dass das Produkt mit dem Tod in Zusammenhang steht. Etwa 1175 Todesfälle ereigneten sich am Tag der Impfung und 1250 Todesfälle am Tag nach der Impfung. Das Verhältnis der tatsächlichen durch die Impfung verursachten zu den in VAERS gemeldeten Todesfälle werden konservativ auf einen Faktor von 31 geschätzt. **Das bedeutet, dass die Zahl der Todesopfer in den USA durch die Covid-19-Impfung 589.868 (19.028 x 31) betragen könnte.**

Übersterblichkeit

Neben VAERS zeigen **12 Studien**, dass die Massenimpfung gegen Covid-19 wahrscheinlich zu einer erhöhten Sterblichkeit geführt hat. Autopsien deuten auf eine hohe Wahrscheinlichkeit eines kausalen Zusammenhangs zwischen Covid-19-Impfstoffen und Todesfällen hin. Die Gesamtzahl der Todesfälle durch Covid-19-Impfstoffe könnte [weltweit bei über 17 Millionen](#) liegen.

Historische Vergleiche – FDA-Rückruf der Klasse I angezeigt

Die Gesamtzahl der an VAERS gemeldeten Todesfälle durch Covid-19-Impfstoffe (37.544 in allen teilnehmenden Ländern) übersteigt die Rückrufgrenzen früherer Impfstoffrücknahmen um bis zu 375.340 %. 1955 wurde der Polioimpfstoff Cutter nach zehn gemeldeten Todesfällen sofort zurückgerufen. Der Schweinegrippe-Impfstoff von 1976 wurde nach 53 gemeldeten Todesfällen zurückgerufen. 1999 wurde der Impfstoff Rotashield nach 15 Fällen von Darmverschluss ausgesetzt. Die Kriterien für einen Rückruf der FDA-Klasse I, die für Produkte gilt, bei denen eine hinreichende Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie schwerwiegende gesundheitsschädliche Folgen oder den Tod verursachen, wurden bei weitem übertroffen...” (Zitat Ende)

Quelle:

<https://tkp.at/2025/01/31/studie-bestaetigt-weitere-anwendung-von-covid-19-impfstoffen-markt-ist-fahrlaessige-toetung-in-grossem-umfang/>

13.

Am 20.2.2025 berichtet tkp.at dann über eine neue Studie, wonach „Impf“-Spike-Proteine auch noch **nach 709 nach Corona-mRNA-Injektion nachweisbar** sind (**Zitat**):

„Teilnehmer an einer Untersuchung wegen Post-Impfsyndrom, das heißt Impfschäden, wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höhere zirkulierende Spike-Proteinspiegel auf. Die Studie mit dem Titel „[*Immunological and Antigenic Signatures Associated with Chronic Illnesses after COVID-19 Vaccination*](#)“ (Immunologische und antigene Signaturen im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen nach der COVID-19-Impfung)“ wurde gerade auf den medRxiv-Preprint-Server hochgeladen.

„Das auffälligste Ergebnis dieser Studie ist, dass das zirkulierende Spike-Protein bis zu 709 Tage nach der COVID-19-mRNA-Injektion nachweisbar war:

Sie fanden auch heraus, dass „Teilnehmer mit PVS im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant höhere zirkulierende S1-Werte aufwiesen ($p = 0,01$).“ Die Studie bestätigte ferner, dass das Vorhandensein von S1 das Vorhandensein des vollständigen („Impfstoff-“) Spike-Proteins widerspiegelt...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2025/02/20/neue-studie-impf-spike-im-koerper-709-tage-nach-corona-mrna-injektion-nachweisbar/>

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.02.18.25322379v1>

Aber auch dieser Wert wurde längst bei Weitem übertroffen:

Der Körper einer Krankenschwester produzierte nachweislich sogar **1.542 Tage (!)** nach ihrer ersten COVID-Impfung immer noch kontinuierlich Spike-Proteine.

Beweis:

<https://uncutnews.ch/krankenschwester-schockiert-1-542-tage-nach-covid-impfung-produziert-ihr-koerper-immer-noch-spike-proteine/>

14.

Die am 17.2.2025 veröffentlichte Untersuchung mit dem Titel „[*mRNA-1273 is placenta-permeable and immunogenic in the fetus*](#)“ hat nicht erstmals, aber ebenfalls nachgewiesen, dass der modRNA-Stoff **die Plazenta passiert, sich in Föten anreichert und dort verbleibt**. Die rücksichtslose Politik, diese experimentellen Injektionen ausgerechnet auch Schwangeren aufzudrängen, hat somit „unbekannte und potentiell katastrophale Folgen für die menschliche Entwicklung und die Immunfunktion.“

Quelle:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2162253125000435>

Es gab auch schon vorher Publikationen dazu, siehe:

<https://drbine.substack.com/p/die-vierte-publikation-belegt-dass>

15.

Eine am 12.2.2025 publizierte Studie von Hyeon Seok Hwang bringt die mRNA-Injektionen mit **schweren Nierenerkrankungen** in Verbindung.

Quellen:

<https://uncutnews.ch/weitere-schlechte-nachrichten-fuer-geimpfte-die-zahlen-sind-schockierend/>

<https://www.nature.com/articles/s41598-025-88713-x>

16.

ModRNA-Injektionen können auch **die Schilddrüsenfunktion zerstören:**

<https://transition-news.org/weltbewegende-studie-covid-mrna-impfstoffe-konnen-schilddrusenfunktion>

17.

Eine von Prof. Ursel Heudorf vom Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Justus-Liebig-Universität in Gießen und Prof. Bernd Kowall vom Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen geleitete Studie entdeckte schließlich in den offiziellen Regierungsdaten **versteckte Hinweise dafür, dass die Übersterblichkeit durch die mRNA-„Impfstoffe“ verursacht wurde – und nicht durch Covid**. Ihre Ergebnisse wurden in der Fachzeitschrift GSM Hygiene and Infection Control veröffentlicht. Untersucht wurde die Übersterblichkeit in Frankfurt am Main zwischen 2020 und 2023.

Ihre bahnbrechende Studie zeigt, dass die Sterblichkeitsrate während der ersten Pandemie-Wellen nicht signifikant anstieg, obwohl offiziell behauptet wurde, die Zahl der „Covid-Todesfälle“ sei dramatisch gestiegen. Erst nach der Einführung der mRNA-Impfstoffe für die breite Bevölkerung stiegen die Übersterblichkeitsraten sprunghaft an.

Besonders bemerkenswert: Die Studie zeigt, dass die schwerste Übersterblichkeitswelle der Pandemie gar nicht durch Covid ausgelöst wurde, sondern durch eine Grippewelle Ende 2022. Die Zahl der überzähligen Todesfälle stieg, weil Menschen an der Grippe starben – und zwar nachdem sie mit mRNA-„Impfstoffen“ gegen Covid geimpft worden waren.

Die Analyse zeigt, dass die tödlichste Phase dieses Zeitraums nicht von Covid-19, sondern von einer späten Grippewelle im Jahr 2022 verursacht wurde.

Für die Beurteilung der Wirksamkeit der Pandemiemaßnahmen, die Rolle der Massenimpfungen und die offizielle Covid-Erzählung bedeutet dies: Keine Übersterblichkeit während der Pandemie – erst nach den Impfungen

Studie:

<https://journals.publisso.de/index.php/en/journals/hic/volume20/dgkh000533>

Vollständiger Artikel:

<https://uncutnews.ch/deutschland-bestaetigt-mrna-impfstoffe-toeteten-mehr-menschen-als-covid/>

Quelle:

<https://slaynews.com/news/germany-confirms-mrna-vaccines-killed-more-people-covid/>

18.

Zu dem Thema „**mRNA-Shedding**“ ist Januar 2025 auch eine umfangreiche Untersuchung von „Midwestern Doctor“ veröffentlicht worden, die äußerst besorgniserregend ist und sehr überzeugende Argumente für einen schon sehr frühzeitig aufkommenden Verdacht geliefert hat:

ModRNA-Injektionen scheiden Stoffe aus, die ungeimpfte Personen schädigen können.

Beweis:

<https://www.midwesterndoctor.com/p/what-weve-learned-from-a-year-of>

Beitrag hierzu:

<https://tkp.at/2025/03/24/mrna-shedding-umfangreiche-untersuchung-gibt-aufschluss/>

Wer Shedding trotz all dieser Fakten immer noch für einen Mythos hält, der frage sich, warum es dann in **§ 21 IfSG** heißt (**Zitat**):

„§ 21 Impfstoffe

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**. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) wird insoweit eingeschränkt.“

19.

Und so könnten mittlerweile sicherlich tausende (!) weitere Daten, Beiträge und Studien zu den schädlichen Wirkungen der Covid-19-Injektionen benannt werden.

Nahezu täglich kommen neue Studien und Untersuchungen hinzu.

Diese systematisch und chronologisch zu erfassen würde ein ganzes Team von Autoren erfordern und mittlerweile eine sehr umfangreiche Bibliographie füllen.

Es ist absolut unmöglich, dass die zuständigen Arzneimittelaufsichtsbehörden diese unzähligen Warnsignale – zudem noch jahrelang – „grob fahrlässig“ übersehen konnten.

Die Verantwortlichkeiten und Folgen dieser Politik, die uns sinngemäß verkündet hat „Es ist alles Bestens. Gehen Sie bitte weiter, hier ist nichts zu sehen. Wir machen einfach so weiter mit der Covid-19-Injektionskampagne. Greift nur zu, es ist genug für alle da.“ müssen umfassend strafrechtlich aufgearbeitet werden.

Wer die Covid-19-Injektionsagenda in Kenntnis all dieser Umstände weiter fördert, der **handelt vorsätzlich**. Jede andere Schlussfolgerung wäre lebensfremd.

Fraglich ist allenfalls noch, welche Vorsatzform im Einzelfall gegeben war und ist.

Mit der Behauptung, die Covid-19-Injektionen hätten doch auch Millionen Leben gerettet, kann sich niemand verteidigen.

Zum einen, weil diese Behauptung nicht stimmt, siehe hierzu auch:

<https://www.thefocalpoints.com/p/debunked-millions-saved-covid-19>

Zudem darf niemand den Tod unzähliger Menschen in Kauf nehmen, um vielleicht Leben retten zu können, vor allem, wenn diese Hoffnung nie begründet war.

Es gibt bekanntlich keine Abwägung Leben gegen Leben. Niemand muss sein Leben für andere opfern, niemand darf zu diesem Opfer gezwungen werden, schon gar nicht auf der Basis von faustdicken Lügen wie „Ist doch nebenwirkungsfrei!“.

D) Totalversagen der Bundesgerichte

Gerade auch die Bundesgerichte sind mit schlechtestem Beispiel vorangegangen und haben den Grundrechtsschutz faktisch suspendiert, mit fatalen Folgen für Leben und Gesundheit von Millionen. Jegliches Vertrauen in die Unabhängigkeit und Integrität ist dadurch endgültig pulverisiert worden.

BVerfG, BVerwG und BGH 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. Die Bundesgerichte hätten diesen Wahnsinn stoppen müssen. Das taten sie aber nicht.

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-bundeskanzleramt>

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 K 10** 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.

Wie zu erwarten, hat das BVerfG den Vorlagebeschluss des VG Osnabrück vom 3.9.2024 – 3 A 224/22 nicht zum Anlass genommen, die Injektionskampagne und seine eigene Rechtsprechung dazu zu hinterfragen. Mit Beschluss vom 29.1.2025 – 1 BvL 9/24 hat es diese Vorlage als unzulässig verworfen, siehe:

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2025/01/lk20250129_1bvl000924.html?nn=68112

Die obigen 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.

Im Kern ist auch sehr einfach zu begründen, warum diese Rechtsprechung des BVerfGs eindeutig und offensichtlich willkürlich und verfassungswidrig ist: Kein Mensch darf zu einem Experiment mit seinem Leben und seiner Gesundheit gezwungen werden, ungeachtet der Tatsache, dass es vollkommen sinnlos war.

Und eine Geninjektion, die – wie oben gezeigt - nicht oder nur negativ wirksam ist und hochgefährlich ist, **ist von vornherein ungeeignet**, ein – vermeintlich – legitimes (und in Wahrheit nur vorgeschobenes) Ziel (Gesundheitsfürsorge, Schutz Dritter vor Infektion) zu erreichen. Ist eine Maßnahme von vornherein ungeeignet, dann kann die Prüfung der Verhältnismäßigkeit schon abgebrochen werden.

Das „legitime Ziel“ hätte – wie ebenfalls oben gezeigt – ohnehin mit anderen Maßnahmen sehr viel effektiver und weitestgehend ohne „Kollateralschäden“ erreicht werden können. Bei dieser Injektionskampagne ging es offensichtlich nie um Gesundheitsschutz, also wurde auch von vornherein kein legitimes Ziel verfolgt.

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 vorgenannten 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 – vor allem, aber nicht nur – falsche und irreführende Angaben der Vertreter des RKI, des PEI und der Bundeswehr maßgeblich verantwortlich waren. Das war aber nicht alles. Allem Anschein nach reichte das immer noch nicht, so dass zumindest einige Richter dieses Gremiums bemüht waren sich die Fakten so zurecht zu biegen, dass sie auch zum gewünschten Ergebnis passt.

Ich werde nie vergessen, wie der Vors. Richter Dr. Häußler am 7.7.2022 von allen anwesenden Soldatinnen und Soldaten schallend ausgelacht worden ist, als er im Rahmen der mündlichen Beschlussbegründung verkündete, dass die Daten des PEI „valide“ seien. Angesichts dessen, was die Beweisaufnahme über die Zustände im PEI offenbart hatte, war das eine grobe Verzerrung der Fakten.

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.**

Hierzu sei insbesondere 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>

Zur Wahrung der Übersichtlichkeit und zur Vermeidung von Wiederholungen sei im Übrigen vollumfänglich auf den Inhalt meiner o.g. 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 K 8 und K 9** überreicht werden.

Zudem sei nochmals daran erinnert, dass das BVerwG schon am 7.7.2022 wusste, dass und warum der PCR-Test definitiv nicht als „Goldstandard“ zur Feststellung einer Infektion bezeichnet werden darf.

Das hatte Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, wie bereits oben ausgeführt, im Rahmen der Beweisaufnahme des BVerwGs durch ihre mündliche Einlassung vor Gericht als auch durch die Vorlage eines ausführlichen Gutachtens eindeutig nachgewiesen.

Tkp.at berichtete am 21.3.2025 abermals über einen weiteren äußerst folgenschweren wissenschaftlichen Betrug von Anfang 2020, der die Frage der angeblich von

Symptomlosen ausgehenden Ansteckungsgefahr betraf und der ebenfalls schon in diesem Soldatenprozess aufgedeckt wurden, siehe:

<https://tkp.at/2025/03/21/falsche-daten-in-drosten-studie-vom-30-1-2020-machten-masken-und-pcr-tests-und-damit-die-pandemie-moeglich/>

Prof. Dr. Martin Schwab hat diesen Sachverhalt in seinem Schriftsatz an das BVerwG vom 3.6.2022 ab Seite 6 aufgearbeitet, siehe:

<https://www.anwalt-schmitz.eu/wp-content/uploads/2022/06/3.6.22-SS-fertig-Word.Doc-Version-anonymisiert.pdf>

Die Fakten zu diesem wissenschaftlichen Betrug sind somit (auch) schon in diesem Soldatenprozess vor dem BVerwG in der 1. Jahreshälfte 2022 öffentlich bekannt gemacht geworden, was eine ganz andere Dimension hatte als Beiträge hierzu in sog. Alternativ-Medien aus der Zeit vor 2022.

Der 1. Wehrdienstsenat des BVerwGs wusste also auch von diesem wissenschaftlichen Betrug, ging dann aber auch darüber einfach hinweg, wie über alle anderen relevanten Fakten und Warnsignale auch.

In den vorgenannten Wehrbeschwerdeverfahren wurde insbesondere schlüssig dargelegt und – teilweise auch mit sachverständigen Experten – nachgewiesen, dass die Voraussetzungen für eine Duldungspflicht der Soldaten nach § 17 a SG nicht vorliegen, insbesondere,

weil diese Covid-19-Injektionen weder der Verhütung noch der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dienen,

weil im Hinblick auf mit diesen Injektionen verbundenen Eingriffe in das Leben der Soldaten nicht einmal das Zitiergebot gewahrt wurde,

weil diese Injektionen auf Grund ihrer erheblichen Gefahren für Leben und Gesundheit der Soldaten nicht zumutbar sind und

weil angesichts des massiven Drucks auf alle Soldaten nicht einmal eine wirksame Einwilligung der Soldaten in diese Injektionen möglich war und ist,

dass das Aufklärungsmerkblatt der Bundeswehr zu diesen Covid-19-Injektionen – so wie die gesamte Werbekampagne von PEI und RKI - eindeutig grob lücken- und fehlerhaft ist, so dass die gesamte Bevölkerung (Soldaten eingeschlossen) nicht hinreichend über alle relevanten Aspekte dieser Injektionen aufgeklärt wurden,

dass die Bundeswehr selbst von der Notwendigkeit einer Einwilligung der Soldaten zu diesen Injektionen ausgeht, diese Einwilligungen aber nicht wirksam sein können, wenn sie auf einer in wesentlicher Hinsicht unzutreffenden Information basieren und – wie schon gesagt - zudem mit Befehlen zur Impfung und der Androhung von Disziplinar- und Strafverfahren regelrecht abgenötigt werden,

dass die Bundeswehr keinerlei „Impf-Monitoring“ vornimmt, also keine Tests vor und nach diesen Covid-19-Injektionen veranlasst hat, die zuverlässig Auskunft über die Folgen dieser Injektionen geben können,

dass die Bundeswehr mit doppelten Standards arbeitet, wenn sie die Influenza-Impfungen nicht mit Disziplinar- und Strafverfahren durchgesetzt hat, diese Covid-19-Injektionen aber schon,

die Covid-19-„Injektionen“ keine Impfstoffe im klassischen Sinne, sondern Gentherapeutika sind,

dass diese genbasierten Injektionen allesamt hochexperimentell sind, nicht nur auf Grund der fehlenden Langzeitstudien und der den Zulassungsbehörden immer noch nicht vorliegenden Daten, sondern sogar nach den eigenen Angaben der Hersteller,

dass diese genbasierten Injektionen schon wegen dieses experimentellen Charakters auf Grund der Prinzipien des Nürnberger Kodex (der Bestandteil von Art. 7 S. 2 des IpbürgR ist) niemals einer Duldungs- bzw. Impfpflicht unterliegen können,

dass diese genbasierten Injektionen mit zahlreichen Grundrechten sowie mit dem Europa- und Völkerrecht unvereinbar sind, insbesondere mit der Würde des Menschen und dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit,

dass die EMA niemals eine bedingte Zulassung erteilen durfte und auch niemals hätte verlängern dürfen, dass, seit wann und warum die Auflagen der bedingten Zulassung gar nicht mehr erfüllt werden können, dass der Widerruf dieser Zulassung schon längst hätte erfolgen müssen und dass das PEI diese Stoffe schon längst als bedenklich i.S. von § 5 AMG hätte einstufen und aus dem Verkehr ziehen müssen,

dass diese genbasierten Injektionen mangels Wirksamkeit mit keinerlei Nutzen, aber angesichts der bereits bekannt gewordenen Impfschadensfälle unbestreitbar mit den allergrößten Risiken für Leben und Gesundheit verbunden sind,

dass ein Pathologe wie Prof. Burkhardt in seiner Karriere noch nie solche Schadensbilder gesehen hat wie bei den Menschen, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer Covid-19-Injektion verstorben sind,

dass u.a. auch Pathologen wie Prof. Burkhardt und Prof. Schirmacher auf Grund ihrer Obduktionen von einem ganz erheblichen Underreporting ausgehen,

dass allem Anschein nach viele Impfschadensfälle vorschnell als Long- oder Post-Covid-Fälle deklariert werden, wodurch die verheerenden Folgen dieser Covid-19-„Impf“-Kampagne vertuscht werden,

dass seit März 2020 zu keiner Zeit eine Überlastung des Gesundheitswesens oder der Intensivmedizin drohte, sondern – ganz im Gegenteil - in den sog. „Pandemiejahren“ 2020 und 2021 eine massive Unterbelegung der Krankenhäuser im Vergleich zu den Jahren vor 2020 gegeben war,

dass die PCR-Testungen nachweislich (Gutachten Prof. Dr. Ulrike Kämmerer) vollkommen untauglich sind, um eine Infektion oder Infektiosität festzustellen und somit niemals eine Anamnese und Differentialdiagnose ersetzen können, so dass alle auf diesen Tests basierenden Fallzahlen basierenden sog. Anti-Corona-Maßnahmen zu keiner Zeit eine valide Basis hatten.

dass die Behauptung, Menschen ohne Symptome könnten Dritte mit SARS-CoV2 infizieren, nachweislich auf falschen Annahmen basiert und widerlegt worden ist,

dass somit die Behauptung, SARS-CoV2 würde den Betrieb der Bundeswehr beeinträchtigen oder gar lahmlegen, falsch ist, weil der Betrieb der Bundeswehr offensichtlich nur deshalb beeinträchtigt wird, dass gesunde Soldaten ohne Symptome getestet und bei einem positiven Testergebnis in Quarantäne geschickt werden.

dass es hochwirksame alternative Heilmethoden und Behandlungsprotokolle für Covid-19-Erkrankungen gibt und dass es wenig glaubhaft ist, wenn das RKI die Kenntnis dieser Alternativen dementiert,

dass die aktuelle Omicron-Variante bei weitem milder ist als die Vorgänger-Varianten, die schon in 2020 eine Infektionssterblichkeit (IFR) hatten, die deutlich unter der IFR einer gewöhnlichen saisonalen Grippe lag, so dass diese Injektionen schon deshalb zu keiner Zeit indiziert waren, schon gar nicht bei Kindern und Jugendlichen,

dass das PEI seine Pflichten zur Pharmakovigilanz gem. § 13 Abs. 5 IfSG – unbestreitbar (und auch nach Ansicht des BVerwGs unstreitig) - nicht erfüllt hat,

dass das PEI selbst bei 2.810 Todesverdachtsfällen und zehntausenden schweren Nebenwirkungsfällen kein Warnsignal erkennt und passiv bleibt,

dass das PEI die Observed-versus-Expected-Methode so anwendet, dass sich faktisch schon aus mathematischen Gründen niemals ein Warnsignal ergeben kann,

dass das PEI und RKI-Daten so aufbereiten und darstellen, dass ihre Publikationen in wesentlicher Hinsicht unvollständig und intransparent sind und deshalb mehr verdunkeln als erhellen,

dass die Vertreter von PEI und RKI, auch vor dem BVerwG, bezüglich der Wirksamkeit und Gefährlichkeit der Covid-19-Injektionen Aussagen getätigt haben, die den Fakten eindeutig widersprechen,

dass die Behauptung von der angeblich auch so hohen Wirksamkeit der mod. mRNA-Injektionen von BioNTech/Pfizer auf einem manipulativen Umgang mit den Daten aus der Zulassungsstudie von Pfizer basiert,

dass das PEI seine Pflichten zur gewissenhaften Chargenprüfung verletzt hat, wenn es für das PEI sogar kein unverzüglich aufzuklärendes Warnsignal darstellt, wenn 5 % der Chargen für 95% schwerster Nebenwirkungen bis zum Tod verantwortlich sind,

dass diese Injektionen mit Nebenwirkungen wie Konzentrations- und sonstigen Bewusstseinsstörungen verbunden sind, die die Flugsicherheit beeinträchtigen können, was für Piloten ein zwingendes Ausschlusskriterium ist,

und vieles mehr...

Weitere Anmerkungen zu diesen Beschlüssen des BVerwG finden sich in den Quellen unter Gliederungspunkt lit. G).

3.Beispiel:

BGH, 4. Strafsenat, Beschluss vom 11.9.2024 - AZ. 4 StR 75/24

Erst über die Homepage des BGH habe ich erfahren, welche 5 Richter an diesem Beschluss mitgewirkt haben:

<http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&az=4%20StR%2075/24&nr=140103>

Mit dem vorgenannten Beschluss ist in der Strafsache gegen den Recklinghausener Arzt Heinrich-Karl Werner Habig die Revision gegen das 1. (Teil-)Urteil des Landgerichts Bochum vom 29.6.2023 – AZ. 12 KLS-35 Js 540/22-6/23 verworfen.

Dieser Beschluss war gleich in mehrfacher Hinsicht höchst bemerkenswert, freilich im negativen Sinne, weshalb ich hierzu aus meiner Stellungnahme dazu vom 31.12.2024 zitiere, mit dem ich gegen diesen Beschluss eine Anhörungsrüge gem. § 356 a StPO und zugleich Gegenerklärung gem. § 349 Abs. 3 S. 2 StPO eingereicht habe (**Zitat**):

„Begründung:

Der Umstand, dass mir dieser Beschluss, der vom 11.9.2024 stammen soll, erst am 30.12.2024 postalisch zugestellt worden ist, wird durch die nachfolgende Unterschrift eidesstattlich versichert.

An diesem Beschluss muss schon gerügt werden, dass ihm nicht einmal entnommen werden kann, welche Richter des 4. Senats denn überhaupt an ihm mitgewirkt haben (sollen). Die Namen der an der Beschlussfassung beteiligten Richter werden in dem Beschluss nicht angegeben, was nicht dementiert werden kann.

Vor diesem Hintergrund wird dieser Beschluss schon aus formalen Gründen für nichtig gehalten. Der Beschluss ist schon deshalb neu zu fassen.

Dann sollte er aber auch mit einer materiell zutreffenden Begründung abgefasst werden.

Dessen ungeachtet wird um dienstliche Erklärung des Vorsitzenden des 4. Strafsenats ersucht, welche Richter denn an diesem Beschluss mitgewirkt haben. So verlangt es nicht nur das historische Interesse einer sehr großen interessierten Öffentlichkeit.

Der Beschwerdeführer hat ein Anrecht zu erfahren, welche Richter für diesen Beschluss die Verantwortung tragen, zumal er seinen Befangenheitsantrag nur dann auf die verantwortlichen Richter beziehen kann.

Zudem wird bestritten, dass dieser Beschluss schon am 11.9.2024 befasst worden sein soll.

Wie kann es sein, dass mir erst jetzt – bzw. am 30.12.2024 - ein Beschluss zugestellt wird, der schon am 11.9.2024 gefasst worden sein soll? Enthält dieses Datum 11.9.2024 einen oder mehrere Schreibfehler?

Diese Frage drängt sich auf, weil der Beschluss gleich einleitend einen offenkundigen Fehler enthält, da es dort heißt, der Beschwerdeführer wäre (Zitat) „zurzeit in Haft“.

Oder arbeitet die Geschäftsstelle des BGH bei der Zustellung von Beschlüssen stets oder doch zumindest zuweilen in diesem Tempo?

Und wieso glaubt der Senat, dass der Beschwerdeführer am 11.9.2024 bzw. nach dem 21.9.2023 noch in Haft war? Es muss doch aktenkundig sein, dass der Beschwerdeführer schon am 21.9.2023 aus der U-Haft entlassen worden ist.

Die bislang nicht namentlich bekannten Richter, die an diesem Beschluss vom 11.9.2024 (!) mitgewirkt haben, werden jedenfalls höchst vorsorglich schon jetzt

wegen Besorgnis der Befangenheit

abgelehnt.

Ich beantrage deshalb,

meinem Mandanten die zur Mitwirkung bei der Entscheidung über den Ablehnungsgrund berufenen Gerichtspersonen namhaft zu machen, § 24 Abs. 3 S. 2 StPO,

mir die dienstliche Äußerung der abgelehnten Richter vor einer Entscheidung über das Ablehnungsgesuch zugänglich zu machen, was zugleich die Frage klären mag, welche Richter denn überhaupt an diesem Beschluss mitgewirkt haben, und meinem Mandanten die Gelegenheit zu geben hierzu schriftlich Stellung zu nehmen.

Anhörungsrüge, Gegenvorstellung und Befangenheitsantrag sind begründet, weil der erkennende Senat faktisch den gesamten Vortrag des Beschwerdeführers ignoriert hat, insbesondere auch den Teil, der sich auf die materiell-rechtlichen Fragen bezieht.

Ein Satz, und alle formellen Rügen sind abgebugelt, so dass kein Redakteur einer juristischen Zeitschrift erfahren muss, wie die Öffentlichkeit im Rahmen dieses Strafverfahrens behandelt worden ist. Dieser „Lösungsweg“ wurde schon erwartet.

Aber ob § 74 Abs. 2 IfSG hier anwendbar ist, dieser Frage widmet der erkennende Senat 10 Seiten seiner Revisionsbegründung, gerade so, als ob dies nun die einzige noch höchstrichterlich zu klärende Frage ist, die diese Revision aufgeworfen hat.

Diese eine Frage ist offenbar so unverfänglich bzw. ohne jede politische Brisanz, dass die Begründung des erkennenden Senats hierzu auch in juristischen Zeitschriften abgedruckt werden darf.

Die Frage, ob der Beschwerdeführer ggf. gerechtfertigt oder doch zumindest entschuldigt war, möchte der erkennende Senat aber mit keinem Wort würdigen, und das trotz all der Fakten, die erstinstanzlich und dann auch mit der Revisionsbegründung vorgetragen worden sind.

Ist den Richtern die Behandlung solcher Fragen in einem Beschluss etwa zu unangenehm, weil diese Fragen in politischer und juristischer Hinsicht besonders brisant sind und ihre Würdigung in einer Beschlussbegründung – mit welchem Ergebnis auch immer sie abschließen würde – zu großem Unmut führen könnte?

Was würde die Politik sagen, wenn ein Strafsenat eines BGH offiziell anerkennen würde, dass ein Arzt, der seinen verfassungswidrig genötigten Patienten Nothilfe leisten wollte, gerechtfertigt oder doch zumindest entschuldigt war?

Mit dem Übergehen all der Fakten und Erkenntnisse zur kriminellen Dimension der gesamten Covid-19-Injektionsagenda und ihrer katastrophalen Folgen für Leben und Gesundheit von Millionen Menschen, die das Handeln des Beschwerdeführers als gerechtfertigt oder jedenfalls als entschuldigt erscheinen lassen müssen, leisten die hier abgelehnten Richter faktisch einen weiteren Beitrag zur Vertuschung dieser Katastrophe und zur Verhinderung ihrer Aufklärung.

Am besten – so offenbar der Standpunkt der hier abgelehnten Richter – man würdigt solchen Fragen kein einziges Wort. Worüber man nicht spricht, das gibt es auch nicht. Also deutet man es in seinen Entscheidungen nicht einmal an.

Aus der Sicht des Beschwerdeführers und der Verteidigung wird dadurch der Eindruck erzeugt, als hätten wir es hier mit Strafrichtern eines Bundesgerichts zu tun, die über schwerstes kriminelles Unrecht, das zum Nachteil der gesamten Bevölkerung verwirklicht worden ist, den Mantel bzw. die Robe des Schweigens ausbreiten wollen.

Im besten Deutschland aller Zeiten darf die Wahrheit also offenbar nicht einmal mehr von BGH-Richtern angedeutet werden, denn sonst „könnte“ es ja politische Kreise verärgern, die auf Grund ihrer eigenen Verstrickungen lieber gar nicht erst mit der Aufarbeitung der Covid-19-Injektionsagenda anfangen möchten. Diese Kreise würden es sicherlich nicht gerne sehen, wenn solche Rechtsfragen in einem solchen Beschluss eines Bundesgerichts auch nur angesprochen werden, weil die Veröffentlichung eines Beschlusses mit solchen Inhalten absehbar eine allgemeine Diskussion auslösen würde, nicht nur unter Abonnenten der NJW.

Ist es aber mit der Würde und der Ehre des Amts eines BGH-Richters wirklich vereinbar, dass solche Rechtsfragen, die (nicht nur) unzählige Ärztinnen und Ärzte betreffen, die wegen vergleichbarer Tatvorwürfe strafrechtlich verfolgt wurden, einfach unbehandelt bleiben und damit faktisch unterschlagen werden?

Kann Rechtsfrieden also – hier in diesem Einzelfall oder gar auf Dauer - durch das Ausklammern von eindeutigen Fakten und unbequemen Fragen hergestellt werden?

Wir werden ja sehen, ob die Bevölkerung, die auf den Straßen Bochums und Recklinghausens wiederholt für Heinrich Habig demonstriert hat, jetzt wieder aktiv werden wird.

Es ist überdies nicht nachvollziehbar, warum schon im September 2024 über diese Revision gegen das Urteil entschieden worden ist/sein soll, obschon zu der weiteren Revision des Beschwerdeführers zu dem 2. (Teil-)Urteil in dieser Strafsache vom 21.9.2023 aktuell noch nicht einmal eine Stellungnahme des Generalbundesanwalts vorliegt.

Besteht hier nicht die Gefahr einander widerstreitender Entscheidungen in der gleichen Strafsache?

Oder wird die 2. Revision gegen das Urteil vom 21.9.2023 schon jetzt als offensichtlich begründet erachtet, weil die StPO nun einmal keine Teilurteile und kein „zwei Mal in derselben Sache“ kennt?

Diese Vorgehensweise der hier abgelehnten Richter ist unter keinem Gesichtspunkt nachvollziehbar, es sei denn, dass hier letztlich nur das Ergebnis zählt, damit ein weiterer Justizskandal als solcher unentdeckt bleibt und ein gewissen- und ehrenhafter Arzt, der sich bewährte als so viele versagten, endlich seinen Denkkzettel bekommt gemäß der Formel „Bestrafe 1, erziehe 100.“

Das Leitbild des Arztes, der – wie es seine Berufspflicht und seine Menschlichkeit verlangt - den hippokratischen Eid über alles stellt, soll offenbar unter allem Umständen zertrümmert werden, damit sich bei der nächsten „Pandemie“ – ob nun real oder inszeniert – kein Arzt mehr einer politischen Agenda widersetzt und bedenkenlos die nächsten experimentellen Spritzen in die Körper der Menschen jagt.

Die hier abgelehnten Richter haben nun – ebenfalls - einen aktiven Beitrag dazu geleistet, dieses Leitbild zu zertrümmern.

Ein Arzt, der die Interessen von Politik und Pharmaindustrie durchkreuzt, wird „mit Mitteln des Rechts“ vernichtet, während das ganze Unrecht, das den Menschen in diesem Land, insbesondere den Kindern, Senioren, Arbeitnehmern, Soldaten und Angehörigen im Rahmen der Covid-19-Injektionsagenda und der sie forcierenden Medienhetze gegenüber Ungeimpften angetan worden ist, nicht nur ungesühnt bleibt, sondern komplett totgeschwiegen wird.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich anmerken, dass weder ich noch sonst jemand beobachten konnte, dass der Generalbundesanwalt auf Grund der Sachverhalte, die ihm jedenfalls mit meinem Revisionsvorbringen zur Kenntnis gereicht worden sind, irgendwelche Ermittlungen eingeleitet hätte.

Ich frage mich schon die ganze Zeit was geschieht, wenn die Bevölkerung irgendwann mit Nachdruck wissen möchte, warum das so ist.

Im Rahmen des Revisionsvorbringens wurde insbesondere auch der Nachweis erbracht,

dass das Nutzen-Risiko-Verhältnis der am häufigsten verabreichten Covid-19-Injektionen, d.h. von Comirnaty und Spikevax, eindeutig negativ i.S. von § 84 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 AMG war und ist und dass und warum diese Tatsache schon im Verlaufe des Monats Dezember 2020 (!) auch für jeden Arzt erkennbar sein musste,

Pfizer schon am 28.2.2021 (!) – also nach nur ca. 2 ½ Monaten nach Beginn des Vertriebs von Comirnaty - positive Kenntnis von weltweit 1.223 Todesverdachtsfällen hatte,

dass 1.223 Tote innerhalb von nur ca. 2 ½ Monaten nicht als „nebenwirkungsfrei“ bezeichnet werden können, jedenfalls dann nicht, wenn ein Menschenleben innerhalb der vom Grundgesetz verbürgten Werteordnung, die auf der Würde des einzelnen Menschen basiert, überhaupt noch einen Wert hat,

alleine schon die kriminelle Unternehmensgeschichte von Pfizer für alle „Impf“-Ärzte und Politiker ein riesiges Warnsignal sein musste,

das PEI hinsichtlich der Überwachung der Covid-19-Injektionen systematisch und umfassend versagt hat, wodurch alleine in diesem Land Gesundheit und Leben von Millionen Menschen in unverantwortlicher Weise gefährdet worden sind.

Und trotz – oder wegen? - dieser und zahlreicher weiterer erschütternder Fakten, die für die gesamte Öffentlichkeit von allergrößtem Interesse sind, will sich dieser 4. Strafsenat mit keinem Wort mit der Frage befassen, ob der Beschwerdeführer gerechtfertigt oder entschuldigt war oder – angesichts seiner evident altruistischen Motivation, die voll und ganz seiner Bindung an den hippokratischen Eid und seine Berufspflichten entsprach - zumindest äußerste Milde bei der Strafzumessung verdient?

Vor allem, wenn man bedenkt, dass eine in diesem Jahr veröffentlichte Studie, die die Mortalitätsdaten von 125 Ländern ausgewertet hat, schätzt, dass alleine infolge der menschenverachtenden Covid-19-Injektionskampagne ca. 17 Millionen verstorben sind?

In einem Artikel von tkp.at vom 21.7.2024 heißt es hierzu (**Zitat**):

CORRELATION hat einen neuen Bericht mit dem Titel [„Spatiotemporal variation of excess all-cause mortality in the world \(125 countries\) during the Covid period 2020-2023 regarding socio economic factors and public-health and medical interventions“](https://tkp.at/2024/07/21/studie-309-millionen-zusaetzliche-todesfaelle-durch-corona-massnahmen-und-impfkampagne/) („Räumlich-zeitliche Variation der überhöhten Gesamtmortalität in der Welt (125 Länder) während des Covid-Zeitraums 2020-2023 unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren und gesundheitspolitischer und medizinischer Interventionen“.) veröffentlicht, der von Denis G. Rancourt, Joseph Hickey und Christian Linard verfasst wurde.

...

Der Bericht, der 521 Seiten mit Hunderten von Abbildungen umfasst, enthält eine detaillierte Untersuchung der übermäßigen Gesamtsterblichkeit während des Covid-Zeitraums in 125 Ländern, die etwa 35 % der Weltbevölkerung ausmachen.

Die Studie kommt zu dem Schluss, dass die Hauptursachen für die überzähligen Todesfälle weltweit auf die Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens zurückzuführen sind, nicht auf das Virus selbst.

Die Forscher schätzen, dass es während des Untersuchungszeitraums rund 30,9 Millionen zusätzliche Todesfälle aus allen Ursachen gab.

Die Studie stellt die herkömmliche Erklärung in Frage, dass SARS-CoV-2 die meisten Todesfälle verursacht hat. Die Autoren zeigen, dass Faktoren wie Abriegelungen, schädliche medizinische Eingriffe und Corona-Impfstoffe erheblich zur Übersterblichkeit beigetragen haben.

Die Studie hat keine Beweise dafür gefunden, dass Impfkampagnen die Gesamtsterblichkeit senken. Im Gegenteil, die Forscher schätzen, dass 17 Millionen zusätzliche Todesfälle mit der Impfkampagne in Verbindung gebracht werden...“ (**Zitat Ende**)

<https://tkp.at/2024/07/21/studie-309-millionen-zusaetzliche-todesfaelle-durch-corona-massnahmen-und-impfkampagne/>

Zum Vergleich: Die Zahl der Toten des 1. Weltkrieges wird bekanntlich auf bis zu 20 Millionen geschätzt.

Aber auch in diesem Wissen soll der Beschwerdeführer – immer noch - wie ein schwerer Krimineller bestraft werden, obwohl er – wie vorgetragen wurde – statistisch zuverlässig hunderte Menschen vor schwerwiegenden Nebenwirkungen bewahrt haben muss, wenn die gegenständlichen Tatvorwürfe zutreffend wären?

Die hier abgelehnten Richter haben offenbar nicht verstanden, dass das Gesetz für den Menschen da ist, nicht der Mensch für das Gesetz.

Genauso ist die Medizin, die den Menschen heilt oder seine Beschwerden lindert, für den Menschen da, nicht der Mensch für die Testung einer hochexperimenteller Geninjektion, deren fehlender Nutzen und hohe Gefährlichkeit von allem Anfang an – schon vor Beginn des Vertriebs – jedenfalls für die Arzneimittelaufsichtsbehörden und für Ärzte erkennbar war, unterstellt, dass sie noch zu kritischen Denken fähig waren und mehr sein wollten als Pharmareferenten und Produktverkäufer.

Die hier abgelehnten Richter haben den Gehalt des Nürnberger Kodex offensichtlich nicht erfasst.

In Art. 7 S. 2 des „Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte vom 19.Dezember 1966“ (BGBl. 1973 II 1553) heißt es immer noch:

„Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.“

Es wurde umfangreich dazu vorgetragen, dass und warum eine solche „freiwillige“ Zustimmung im Tatzeitraum faktisch unmöglich war und dass die Bevölkerung seinerzeit auch – nachweislich – systematisch über die Unwirksamkeit und Gefährlichkeit der Covid-19-Injektionen getäuscht worden ist.

Über diese systematische Desinformation der Bevölkerung hinausgehend kenne ich keinen einzigen „Geimpften“, der vor Verabreichung einer Covid-19-Injektion von seinem „Impf“-Arzt darüber aufgeklärt worden wäre,

dass seine 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 ...,

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, und

er somit faktisch an einem großangelegten Feldversuch teilnimmt.

Deshalb gehe ich wie die schweizer Kanzlei Kruse Law davon aus, **dass nur schon diese wichtigen Informationen wesentliche Risikofaktoren betreffen und für einen freien Impfentscheid schlicht unentbehrlich waren und sind, so dass alle Einwilligungen, die ohne ihre Kenntnis und individuelle Abwägung getroffen worden sind, auf einem Sachverhaltsirrtum basieren.**

Auch dem 4. Strafsenat dürfte kein einziges Strafverfahren bekannt sein, in dem z.B. wegen des systematischen und höchst folgenschweren Versagens der Verantwortlichen des PEI bei der Überwachung der Covid-19-Injektionen Anklage erhoben worden ist.

Oder hat der 4. Strafsenat von auch nur einer einzigen Anklage gegen einen Covid-19-„Impf“-Arzt Kenntnis, dessen Patienten unmittelbar nach einer solchen Injektion schwerwiegend erkrankt oder sogar verstorben sind?

Haben diese „Impf“-Ärzte mangels wirksamer Aufklärung nicht stets eine tatbestandliche Körperverletzung begangen, die in vielen Fällen eine gefährliche / schwere Körperverletzung (ggf. mit Todesfolge) verkörpert?

Wenn dort größtmöglicher Schaden für Leib und Leben der Patienten entstanden ist, bei dem Beschwerdeführer aber nicht, warum wird dann ausgerechnet der Beschwerdeführer angeklagt und mit existenzvernichtenden Strafen belegt, während die „Impf“-Ärzte, die sich durch ihre Beteiligung an der Covid-19-Injektionsagenda regelmäßig auch noch eine goldene Nase verdient haben, vollkommen unbehelligt bleiben?

Jetzt kann sich der 4. Strafsenat selbst die Frage beantworten, warum das so ist:

Weil sich faktisch alle staatlichen Institutionen – und auch die hier abgelehnten Richter des 4. Strafsenats - weigern, die katastrophalen und strafwürdigen Tatsachen der Covid-19-Injektionsagenda anzuerkennen und öffentlich die Wahrheit auszusprechen:

Die Covid-19-Injektionskampagne kann nur als das größte medizinische Verbrechen der Menschheitsgeschichte bezeichnet werden.

Tragisch für den Beschwerdeführer, da er die Durchführung dieses Verbrechens offenbar empfindlich gestört hat.

Denn lieber richtet man über die Ärzte, die sich dem Wahnsinn dieses kriminellen Massenexperiments entgegenstellen wollten, als dass auch nur ein Schuldiger angeklagt und gerichtet wird, der für diesen Wahnsinn maßgeblich mitverantwortlich war.

Richtern, die diese Doppelstandards in der Strafrechtspflege hinweggehen, müssen aus der Sicht eines jeden verständigen Angeklagten die Besorgnis begründen, dass sie im Interesse ihrer eigenen Karriere bloß eine für „politisch korrekt“ gehaltene Entscheidung verkünden wollen und den Vorrang des Rechts deshalb in seinem Fall aufgegeben haben.

Auch Richter müssen – Ärzten vergleichbar – dem Kodex folgen, dass das Leben der Menschen höher steht als das Verteidigen oder Schützen einer politischen Agenda und ihrer Verantwortlichen.

Richter, die sogar noch in der 2. Jahreshälfte 2024 eindeutige Daten und wissenschaftlich fundierte Nachweise, die den Beschwerdeführer in jeder Hinsicht entlasten, umfassend

ignorieren können, haben sich dadurch vollkommen disqualifiziert, um in einer solchen Rechtssache Recht zu sprechen.

Solche Richter sind in höchstem Maße befangen und müssen von der weiteren Mitwirkung an diesem Revisionsverfahren ausgeschlossen werden.

Nach meiner persönlichen Überzeugung sollten solche Richter am besten gleich auch ihren Dienst quittieren, weil die Bevölkerung Anspruch auf Richter hat, die das Recht unter allen Umständen – selbst unter „Bedrohung“ eines möglichen Karriereendes - verteidigen.

Die hier abgelehnten Richter sollten sich fragen, wo eigentlich ihr Mut geblieben ist, die richterliche Unabhängigkeit unter allen Umständen zu verteidigen.

Diese Richter können sich auf Grund meines Vortrags nicht mehr mit der Behauptung verteidigen, es doch nicht besser gewusst zu haben.

Die hier abgelehnten Richter sollten sich also besser selbst wegen Befangenheit ablehnen.

Im Übrigen wird zur Begründung der hier eingelegten Rechtsbehelfe auf den gesamten erstinstanzlichen Vortrag, die gesamte Revisionsbegründung und den Inhalt der aktuellen Musterklage gegen BioNTech in der **Anlage** Bezug genommen...“ (**Zitat Ende**)

Über diesen Justizskandal berichteten auch zahlreiche soziale Medien, so u.a. reitschuster.de am 2.1.2025, siehe:

<https://reitschuster.de/post/bgh-verwirft-revision-von-nicht-impfarzt-heinrich-habig/>

Die zentralen Argumente zur Rechtfertigung und Entschuldigung von Heinrich Habig – und damit zur Verteidigung aller Ärztinnen und Ärzte, die mit vergleichbaren Vorwürfen konfrontiert worden sind - habe ich insbesondere in meiner Revisionsbegründung gegen das 2. Urteil des Landgerichts Bochum vom 21.9.2023 aufgearbeitet und mittlerweile auch als Skript veröffentlicht:

Hier der Link zur PDF-Ausgabe dieses Skripts:

<https://rawilfriedschmitz.tentary.com/p/8lzRMI>

4.Beispiel:

BGH, 2. Strafsenat, Urteil vom 20.11.2024 - AZ. 2 StR 54/24

Mit diesem Beschluss ist die Revision des vormaligen Weimarer Richters Christian Dettmar gegen. Das Urteil des Landgerichts Erfurt vom 23.8.2023 verworfen worden.

Hier ist dieser BGH-Beschluss im Volltext abrufbar:

<https://openjur.de/u/2511533.html>

Diese katastrophale Auswirkung dieser BGH-Entscheidung besteht m.E. darin, dass sich fortan wohl kaum noch ein Richter hierzulande trauen wird, juristische Maßnahmen auf den Prüfstand zu stellen, die der Durchsetzung einer politischen Agenda dienen. Dies gilt umso mehr, da auch in mindestens einem anderen Fall ein Richter eingeschüchtert wurde:

<https://apollo-news.net/er-erklaerte-corona-verordnung-fuer-rechtswidrig-hausdurchsuchung-bei-weimarer-amtsrichter/>

Christian Dettmar hat sich mit seinem Beschluss vom 8.4.2021 – 9 F 148/21 bewährt als es darauf ankam und so viele seiner Kolleginnen und Kollegen total versagt haben:

<https://openjur.de/u/2334639.html>

Die Begründung dieses Urteils ist m.E. so willkürlich, dass es ebenfalls das Totalversagen des BGH dokumentiert. Für die Integrität und Qualität der Rechtspflege wäre es m.E. also besser, wenn die BGH-Richter, die an diesem Urteil mitgewirkt haben, aus dem Dienst entfernt würden.

Ich beschränke mich auf diese beiden Besprechungen zu diesem Urteil:

<https://netzwerkkrista.de/2025/03/06/kein-irrtum-das-schriftliche-revisionsurteil-im-rechtsbeugungsverfahren-gegen-richter-christian-dettmar/>

<https://archive.ph/2025.03.31-161448/https://www.cicero.de/kultur/epistemisches-unrecht-corona-aufarbeitung-juristen#>

5. Beispiel:

Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 30.3.2023 – 2 AZR 309/22

In der Pressemitteilung des Gerichts hierzu vom 30.3.2023 heißt es (**Zitat**): „Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses einer nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpften medizinischen Fachangestellten zum Schutz von Patienten und der übrigen Belegschaft vor einer Infektion verstößt nicht gegen das Maßregelungsverbot des § 612a BGB*.

Die Klägerin arbeitete seit dem 1. Februar 2021 als medizinische Fachangestellte bei der Beklagten, die ein Krankenhaus betreibt. ... Sie war nicht bereit, sich einer Impfung gegen SARS-CoV-2 zu unterziehen und nahm entsprechende Impfangebote ihrer Arbeitgeberin nicht wahr. Die Beklagte kündigte das Arbeitsverhältnis ordentlich fristgemäß zum 31. August 2021. Hiergegen hat sich die Klägerin ...insbesondere geltend gemacht, die Kündigung verstoße gegen das Maßregelungsverbot des § 612a BGB. Vor Wirksamwerden der ab dem 15. März 2022 geltenden Pflicht zur Vorlage eines Impf- oder Genesenennachweises für das Krankenhauspersonal (vgl. § 20a IfSG) sei sie nicht zu einer Impfung verpflichtet gewesen.

... Das Berufungsgericht hat zutreffend angenommen, dass die Kündigung nicht gegen das Maßregelungsverbot des § 612a BGB verstößt. ... Das wesentliche Motiv für die Kündigung war nicht die Weigerung der Klägerin, sich einer Impfung gegen SARS-CoV-2 zu unterziehen, sondern der beabsichtigte Schutz der Krankenhauspatienten und der übrigen Belegschaft vor einer Infektion durch nicht geimpftes medizinisches Fachpersonal. Dabei ist es rechtlich ohne Bedeutung, dass die Kündigung vor Inkrafttreten der gesetzlichen Impfpflicht erklärt worden ist. Auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten bestehen keine Bedenken an der Wirksamkeit der Kündigung.“ (Zitat Ende)

Quelle:

<https://www.bundesarbeitsgericht.de/presse/kuendigung-einer-nicht-gegen-das-coronavirus-geimpften-medizinischen-fachangestellten/>

Ja, so übte man Druck auf Arbeitnehmer im Gesundheitswesen aus, auch schon vor Einführung der Nötigung aller im Gesundheitswesen Beschäftigten durch Einführung der 3G-Regelung des § 20 a IfSG.

Wer sich keine experimentelle Covid-19-Injektion verabreichen lassen wollte, dem konnte der Arbeitgeber einfach ordentlich kündigen.

Am Rande sei erwähnt, dass gegenüber den im Gesundheitswesen Beschäftigten sehr oft kommuniziert worden ist, es gäbe eine Impfpflicht und sie müssten sich deshalb impfen lassen. Das habe ich nicht nur in vielen Beratungsgesprächen von meinen Mandanten gehört. Diese Fehlvorstellung bekundeten auch noch im Jahre 2023 mehrere Zeugen im Rahmen der Beweisaufnahme vor dem Landgericht Bochum im Strafverfahren gegen den Arzt Heinrich Habig.

Durch § 20 a IfSG ist aber nie ein direkter Covid-19-Injektionszwang eingeführt worden. Gegenteilige Behauptungen von Arbeitgebern waren also schlicht eine Lüge

6. Beispiel:

Bundessozialgericht (BSG)

Aber auch das Bundessozialgericht wollte offenbar nicht außen vorstehen, wenn es darum geht, massiven Druck auf ungeimpfte Arbeitnehmer auszuüben.

Aerzteblatt.de zitierte den Präsidenten des BSG am 8.2.2022 wie folgt (**Zitat**):

„Kassel – Der Präsident des Bundessozialgerichts (BSG), Rainer Schlegel, hält es für möglich, Menschen, die nicht gegen SARS-CoV-2 geimpft sind und schwer an COVID-19 erkranken, an den Kosten der Behandlung zu beteiligen. Das sagte er heute vor Journalisten beim BSG-Jahrespressegespräch.

„Zweifellos müssen natürlich auch Nichtgeimpfte Anspruch auf das volle Programm der gesetzlichen Krankenversicherung haben“, betonte Schlegel. Es wäre aber seiner Auffassung nach wohl zulässig, Ungeimpfte mit schwerem Verlauf je nach Einkommen und Vermögen „maßvoll an den Kosten solch einer Behandlung zu beteiligen“.“ (**Zitat Ende, Unterstreichungen hinzugefügt**)

<https://www.aerzteblatt.de/news/bsg-praesident-beteiligung-ungeimpfter-an-behandlungskosten-zulaessig-1da42962-d9fc-4079-b03e-0809504f4cc5>

Aber auch gegenüber jenen, die eine Covid-19-Injektionen erhalten haben, ist die Sozialgerichtsbarkeit dann nicht sehr viel sozialer verfahren, jedenfalls wenn diese von ihren Krankenkassen die Übernahme von Kosten für den Off-Label-Use von Medikamenten – wie Maraviroc – verlangen, die ihnen ihrer Erfahrung nach nachweislich sehr geholfen haben.

Dann gab und gibt es für die „Sozial“-Gerichte offenbar kein soziales „Maß(voll)“ mehr, denn solche Kosten dürfen die Geschädigten, die auf Grund ihrer Gesundheitsschäden nicht selten erwerbsunfähig und dann auch mittellos geworden sind, nach dem Willen der Sozialgerichte gleich vollständig selbst tragen.

Die Anforderungen an die Durchsetzung einer Kostenübernahme sind dann so hoch, dass kaum Geschädigter sie jemals schlüssig vortragen und nachweisen kann.

Dazu folgendes Beispiel:

Landessozialgericht NRW, Beschluss vom 27.11.2023 – L 10 KR 762/23 B ER

In diesem Beschluss heißt es (**Zitat**):

„Ein Anspruch auf Versorgung mit Maraviroc ergibt sich weder nach allgemeinen Grundsätzen der Krankenbehandlung (dazu a) noch nach den Grundsätzen des Off-Label-Use (dazu b) oder des Seltenheitsfalls (dazu c). Auch eine Versorgung nach § 2 Abs. 1a SGB V kommt nicht in Betracht (dazu d).

a) Die Z. kann von der Ag die Behandlung mit Maraviroc als Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 Fall 1 i.V.m. § 31 Abs. 1 S. 1 SGB V) mangels indikationsbezogener Zulassung nicht beanspruchen. Nach § 27 Abs. 1 S. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die

Krankenbehandlung umfasst u.a. die Versorgung mit Arzneimitteln (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 Fall 1 SGB V). Versicherte können die Versorgung mit einem verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) grundsätzlich nur beanspruchen, wenn eine arzneimittelrechtliche Zulassung für das Indikationsgebiet besteht, in dem es angewendet werden soll. Fertigarzneimittel sind mangels Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (§ 2 Abs. 1 S. 3, § 12 Abs. 1 SGB V) dagegen nicht von der Leistungspflicht der GKV nach § 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 und 3, § 31 Abs. 1 S. 1 SGB V umfasst, wenn ihnen die erforderliche (§ 21 Abs. 1 Arzneimittelgesetz) arzneimittelrechtliche Zulassung fehlt (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2018 - [B 1 KR 4/17 R](#) - Rn. 11m.w.N.). Das begehrte Medikament ist zulassungspflichtig. Es hat aber unstreitig weder in Deutschland noch EU-weit die erforderliche Arzneimittelzulassung für die Therapie einer (an dieser Stelle als gesicherte Diagnose unterstellten) Endotheliitis. Vielmehr liegt seit dem 18.09.2007 eine EU-Zulassung für Maraviroc - worauf die Ag zutreffend hingewiesen hat - lediglich zur Therapie vorbehandelter Erwachsener, Jugendlicher und Kinder ab einem Alter von zwei Jahren und einem Körpergewicht von mindestens 10 kg, bei denen ausschließlich CCR5-trope HI-Viren Typ-1 (HIV-1) nachgewiesen wurden, vor.

b) Die Z. kann eine Versorgung mit Maraviroc auch im Rahmen eines Off-Label-Use auf Kosten der GKV weder nach § 35c SGB V, der die zulassungsbeschränkten Anwendung von Arzneimitteln aufgrund von Empfehlungen des G-BA und im Falle von klinischen Studien regelt (dazu aa), noch nach allgemeinen Grundsätzen der Rechtsprechung beanspruchen (dazu bb).

aa) Der G-BA hat eine Maraviroc-Therapie zur Behandlung der Endotheliitis nicht empfohlen. Nach § 92 Abs. 1 S. 1, S. 2 Nr. 6 SGB V beschließt der G-BA die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln. Gemäß § 91 Abs. 6 SGB V sind die Beschlüsse des G-BA mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach § 136d SGB V für die Träger i.S. des § 91 Abs. 1 S. 1 SGB V, deren Mitglieder und Mitgliedskassen sowie für die Versicherten und die Leistungserbringer verbindlich. Gestützt auf § 35c Abs. 1 SGB V enthalten Abschnitt K und Anl. VI der Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Arzneimittel-Richtlinie - AM-RL) Einzelheiten über die "Verordnungsfähigkeit von zugelassenen Arzneimitteln in nicht zugelassenen Anwendungsgebieten" und führen Wirkstoffe als verordnungsfähig (Anl. VI Teil A) bzw. als nicht verordnungsfähig (Anl. VI Teil B) auf. Es ist weder ersichtlich noch vorgetragen, dass eine Empfehlung des G-BA zur zulassungsüberschreitenden Anwendung der Therapie mit Maraviroc vorliegt, sodass eine solche nach § 35c Abs. 1 SGB V ausscheidet.

Auch die Voraussetzung des § 35c Abs. 2 SGB V sind nicht erfüllt, da die Z. die Versorgung nicht im Rahmen einer klinischen Studie beansprucht.

bb) Die Voraussetzungen der allgemeinen Grundsätze für einen Off-Label-Use zu Lasten der GKV sind ebenfalls nicht erfüllt. Ein Off-Label-Use kommt nur in Betracht, wenn es 1. um die Behandlung einer schwerwiegenden (lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigenden) Erkrankung geht, 2. keine andere Therapie verfügbar ist und 3. aufgrund der Datenlage die begründete Aussicht besteht, dass mit dem betreffenden Präparat ein Behandlungserfolg (kurativ oder palliativ) erzielt werden kann. Abzustellen ist dabei auf die im jeweiligen Zeitpunkt der Behandlung vorliegenden Erkenntnisse (vgl. BSG, a.a.O. Rn. 15 m.w.N.).

An einer aufgrund der Datenlage begründeten Erfolgsaussicht fehlt es. Von hinreichenden Erfolgsaussichten ist nur dann auszugehen, wenn Forschungsergebnisse vorliegen, die erwarten lassen, dass das betroffene Arzneimittel für die relevante Indikation zugelassen

werden kann. Es müssen also Erkenntnisse in der Qualität einer kontrollierten klinischen Prüfung der Phase III (gegenüber Standard oder Placebo) veröffentlicht sein und einen klinisch relevanten Nutzen bei vertretbaren Risiken belegen oder außerhalb eines Zulassungsverfahrens gewonnene Erkenntnisse von gleicher Qualität veröffentlicht sein (vgl. BSG a.a.O. Rn. 16 m.w.N.).

Derartige Erkenntnisse mit Relevanz für die behauptete Erkrankung der Z. bestehen bislang nicht. Für die Behandlung der Endotheliitis mit Maraviroc ist weder ein Zulassungsverfahren anhängig noch können Wirksamkeit, Verträglichkeit und Sicherheit von Maraviroc bei dieser Erkrankung ausreichend beurteilt werden. Dies hat der ZBDS in den im Laufe des Verwaltungsverfahrens eingeholten und im Rahmen des Urkundsbeweises verwertbaren Stellungnahmen vom 10.02.2023 und 03.03.2023 nachvollziehbar dargelegt. Danach handelt es sich bei dem Einsatz von Maraviroc zur Therapie bei sogenannten "microclots" und endothelialer Dysfunktion durchweg um pragmatische, sogenannte individuelle Heilexperimente an Menschen ohne ausreichende wissenschaftliche Evidenz. Soweit die Z. auf eine Studie von Patterson et al. (Patterson, Yogendra et al., 2022) verweist, hat der ZBDS zutreffend dargelegt, dass es sich insofern lediglich um eine Fallserie mit 18 Teilnehmern handelt, bei denen sich eine signifikante klinische Verbesserung in (lediglich) subjektiv berichteten neurologischen, vegetativen, respiratorischen, kardialen und Erschöpfungssymptomen zeigten. Die durch den behandelnden "Facharzt für Impfschäden" M. geltend gemachten Erkenntnisse entsprechen damit in keiner Weise der Qualität einer Phase III-Studie. Zudem stand diese Studie - worauf der ZBDS ebenfalls zutreffend hingewiesen hat - nicht im Zusammenhang mit Corona-Impfschäden, wie sie die Z. geltend macht, sondern im Zusammenhang mit der Behandlung von Long-Covid-Syndromen (vgl. zu den Ergebnissen der "Case series" zuletzt <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36844201/>), sodass eine Übertragung der in dieser Fallserie gewonnenen Erkenntnisse auch unter diesem Gesichtspunkt ausscheidet.

Zudem hat der ZBDS - auch insofern zutreffend - in seinen o.g. Stellungnahmen darauf hingewiesen, dass eine aus Sicht der Z. und ihres behandelnden Arztes vorliegende behandlungsbedürftige Endotheliitis bislang nicht eindeutig nachgewiesen wurde. Ausweislich des Ambulanzberichts der Abteilung für Innere Medizin/Rheumapathologie des D. Hospitals J. vom 15.12.2022 sollten noch diverse weitere differenzialdiagnostische Untersuchungen insbesondere zum Ausschluss einer Großgefäßvasculitis, einer bakteriellen Manifestation im Bereich des Abdomens einschließlich ggf. einer erneuten explorativen Laparoskopie sowie eine Umsteuerung der Basistherapie auf Tocilizumab durchgeführt werden. Es ist nicht ersichtlich, dass diese differenzialdiagnostischen Untersuchungen stattgefunden hätten. Dies ist auch nicht vorgetragen worden. Auch aus dem Bericht des Pathologielabors A. vom 27.07.2023 ergibt sich der dringende Verdacht auf eine Vasculitis im Rahmen einer bekannten Kollagenose, nicht aber der auf eine Endotheliitis. Ist aber die Ursache der Beschwerden der Z. noch nicht abschließend diagnostisch geklärt, ist bereits aus diesem Grunde eine zielgerichtete Behandlung mit dem beantragten Arzneimittel Maraviroc nicht durchführbar. Auch insofern wird ersichtlich, dass es sich im vorliegenden Fall lediglich um ein individuelles Heilexperiment handelt.

c) Auch nach den Grundsätzen eines Seltenheitsfalles kann der Z. die geltend gemachte Versorgung mit Maraviroc nicht beanspruchen. Ein Seltenheitsfall erfordert, dass das festgestellte Krankheitsbild aufgrund seiner Singularität medizinisch nicht erforschbar ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 20/10 R](#)). Hierfür bestehen jedoch keine hinreichenden Anhaltspunkte. Auch die Z. hat hierzu nicht vorgetragen. Zudem wäre zur Annahme eines Seltenheitsfalles zunächst einmal eine gesicherte Diagnose erforderlich. Eine abschließende Diagnostik ist nach o.g. aber - nicht zuletzt mangelnder Bereitschaft der Z. hierzu geschuldet - nicht durchgeführt worden.

d) Die Voraussetzungen für einen Anspruch nach § 2 Abs. 1a S. 1 SGB V sind ebenfalls nicht glaubhaft gemacht. Danach können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Auch in diesem Zusammenhang steht dem Anspruch bereits entgegen, dass das Erkrankungsbild der Z. nicht hinreichend befundet und diagnostiziert ist. Ob eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, bleibt insoweit angesichts der Weigerung der Z. schulmedizinische und ggf. stationäre Behandlung in Anspruch zu nehmen, zweifelhaft.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung setzt das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Erkrankung zudem voraus, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit nach den konkreten Umständen des Falles verwirklichen wird. Die Einbeziehung wertungsmäßig vergleichbarer Erkrankungen bezieht sich allein auf Schwere und das Ausmaß der aus der Erkrankung folgenden Beeinträchtigung, indem der Gefahr des Todes der nicht kompensierbare Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gleichgestellt wird. Sie ermöglicht dagegen keine Reduzierung der Anforderungen an den die individuelle Notlage kennzeichnenden erheblichen Zeitdruck für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf (BSG, Beschluss vom 12.01.2022 - [B 1 KR 18/21 B](#)-, juris Rn. 10, .m.w.N.). Eine Ausweitung der Ansprüche der Versicherten der GKV auf Arzneimittel, die den arzneimittelrechtlichen Zulassungsstandards nicht genügen, muss auf eng umgrenzte Sachverhalte mit notstandsähnlichem Charakter begrenzt bleiben (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 24.01.2023 - [B 1 KR 7/22 R](#) -, Rn. 42).

Nach dem Vortrag der Z. und dem Inhalt der Bescheinigungen ihres behandelnden Arztes M. bestehen keine dem Maßstab des Eilverfahrens genügenden Anhaltspunkte für eine bei ihr vorliegende notstandsähnliche Situation und insbesondere nicht für einen diese prägenden Zeitdruck...“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://openjur.de/u/2482125.html>

7.

Gibt es nur noch in den unteren Instanzen mutige Richter?

Es waren ausschließlich einige erstinstanzliche Richter, die sich in der Zeit ab März 2020 bewährt haben.

Den Anfang machte das Urteil des **AG Weimar** vom **11.1.2021 zu AZ. 6 Owi – 523 Js 202518/20**, das deutlich zum Ausdruck brachte, dass die Anti-Corona-Maßnahmen nur noch als verfassungswidrig und krasse politische Fehlentscheidung gewertet werden können, siehe:

<https://openjur.de/u/2316798.html>

Noch umfangreicher ausgearbeitet ist das (freisprechende) Urteil des Amtsgerichts Weimar in der **OWi-Sache zu AZ. 6 Owi 583 Js 200030/21** vom **15.3.2021**.

<https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/NJRE001463578>

Besonders hervorzuheben ist auch hier der Beschluss des Familiengerichts Weimar vom 8.4.2021 zu AZ. 9 F 148/21, das in einem Kinderschutzverfahren gem. § 1666 Abs. 1 und 4 BGB ergangen ist, in dem u.a. bestimmt wurde, dass es zwei Weimarer Schulen mit sofortiger Wirkung verboten ist, den Schülerinnen und Schülern vorzu-schreiben, Mund-Nasen-Bedeckungen aller Art (insbesondere qualifizierte Masken wie FFP2-Masken) zu tragen, eine Teilnahme an Schnelltests und die Abstandsgebote anzuordnen.

<https://openjur.de/u/2334639.html>

Richter Christian Dettmar stellte hier fest (Zitat):

“Die Kinder werden physisch, psychisch und pädagogisch geschädigt und in ihren Rechten verletzt, ohne dass dem ein Nutzen für die Kinder selbst oder Dritte gegenübersteht.”

Ein vollständiger Ausdruck des vorgenannten Beschlusses des Familiengerichts Weimar vom 8.4.2021 muss sicherlich nicht übermittelt werden.

Zur Vermeidung von Wiederholungen wird der gesamte Inhalt der vorgenannten richterlichen Entscheidungen mit allen Beweisergebnissen vollumfänglich in Bezug genommen und zum Vortrag dieser Antragsbegründung erhoben.

Auf Grund der Dichte der Beweisführung und der unbestreitbaren hohen Qualifikation der Gutachter, die das Familiengericht Weimar zu Rate gezogen hat, dürften weitere Ausführungen oder gar eine weitere Beweisaufnahme zu den hier entscheidungserheblichen Beweisfragen gar nicht mehr geboten sein.

Wie gesagt: Es gereicht dem Richter Christian Dettmar bloß zur Ehre, wenn er für diesen Beschluss, mit dem er sich schützend vor Schulkinder gestellt hat, aus dem Dienst entfernt worden ist, obschon die Richtigkeit seiner Feststellungen nie widerlegt wurde.

Ehrenwert ist auch die Entscheidung des **Familiengerichts Weilheim vom 13.4.2021 zu AZ. 2 F 192/21**, die im Hinblick auf die Maskenpflicht in einer Realschule eine vergleichbare Anordnung getroffen hat wie das AG Weimar.

Quelle:

<https://openjur.de/u/2335169.html>

Auch das Truppendienstgericht Süd München hat dem Recht und der Menschlichkeit mit seinem Beschluss vom 29.9.2022 – S 5 BLc 11/22 Priorität eingeräumt. Dessen Leitsätze stehen für sich (**Zitat**):

„1. Die Duldung der COVID-19-Impfung könne wegen möglicher erheblicher Gesundheitsgefahren für den zu impfenden Soldaten durch Impfnebenwirkungen unzumutbar sein. (Rn. 16) (redaktioneller Leitsatz)
2. Der Soldat muss sich nicht in ein „Experimentierfeld“ mit für ihn nicht einigermaßen kalkulierbaren Ausgang begeben, wenn dadurch nicht tatsächlich, also nachweisbar, überragende Gemeinschaftsgüter geschützt werden. (Rn. 17) (redaktioneller Leitsatz)
3. Unter Missachtung der im Beschlusszeitpunkt bereits bekannt gemachten Entscheidungen des Bundesverwaltungsgerichts vom 7.7.2022 BeckRS 2022, 15743 und BeckRS 2022, 35783, bezweifelt das Gericht die Verpflichtung von Soldaten, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen, und setzt die Vollstreckung einer wegen Verletzung dieser Pflicht verhängten Disziplinarmaßnahme aus. (Rn. 20) (redaktioneller Leitsatz)“ (Zitat Ende).

Quelle:

<https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/Y-300-Z-BECKRS-B-2022-N-26825?hl=true>

Mut zum Recht bewies dann auch noch das Amtsgericht Halle (Saale) in seinem Urteil vom 14.12.2023 zu AZ. **98 C 2116/21**:

<https://www.landesrecht.sachsen-anhalt.de/bsst/document/NJRE001561701>

Beitrag hierzu:

<https://corona-blog.net/2023/12/28/masken-und-testpflicht-2021-in-sachsen-anhalt-ag-halle-liest-privatschule-die-leviten/>

Was den Stand der gesicherten Erkenntnisse und der rechtlichen Bewertung der ganzen unsäglichen „Anti-Corona-Maßnahmen“ **schon von Ende Dezember 2020** angeht, so möchte ich auf die sehr gut begründete **190-seitige Verfassungsbeschwerde (VB) des Richters Pieter Schleiter** vom Landgericht Berlin von Ende Dezember 2020 verweisen, die jedermann im Web unter dem Link

<https://2020news.de/deutscher-richter-erhebt-verfassungsbeschwerde-in-sachen-corona/>

kostenlos herunterladen kann.

E) Vorbehaltene Beweisanträge zu Übersterblichkeit und Biowaffen

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, wie vor

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, das 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.

Aber keine Panik!! Experten wie Prof. Dr. Ulrike Kämmerer haben immer wieder klargestellt (Zitat):

„Es gibt kein wirklich gefährliches Laborvirus, das hat zum Glück bisher noch nie funktioniert.“

<https://www.alexander-wallasch.de/gesellschaft/drosten-muss-als-einer-der-ersten-vom-laborursprung-gewusst-haben>

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:

Dr. Steve Martin, Kontaktdaten werden nachgereicht, sobald hierzu ein Beweisantrag gestellt wird.

2.3

In dem Artikel „**Die C-19-Impfung ist eine Militäroperation**“ der Rechtsanwältin Viviane Fischer, der am **1.10.2022** auf der Webseite 2020NEWS veröffentlicht worden ist, siehe:

<https://2020news.de/die-c-19-impfung-ist-eine-militaeroperation/>

werden einige Aussagen zusammengefasst, die Frau Sasha Latypova im Rahmen eines Interviews am 30.9.2022 gemacht hat. Dort heißt es u.a. (Zitat):

„Die Pharma-Insiderin und gebürtige Ukrainerin Sasha Latypova [erläuterte am 30. September 2022 im Corona-Ausschuss](#), warum sie davon ausgeht, dass die „COVID-19-Impfung“ eine Militäroperation ist. Es gäbe ein unheilvolles Zusammenwirken und problematische Absprachen zwischen den Herstellern, den weltweiten Aufsichtsbehörden und dem US-Verteidigungsministerium, was zu einer Aushebelung etablierter Kontrollmechanismen zum Schutz der Bevölkerung vor fehlerhaften Produkten geführt und zugleich die Hersteller von der Haftung freigestellt habe. ...

Das US-Verteidigungsministerium hat seit mindestens dem Jahr 2012 Kapazitäten, geradezu Überkapazitäten für die Produktion von Impfstoffen aufgebaut: Millionen Quadratmeter Produktionskapazität (z.B. bei den Firmen Emergent Biosolutions und Ology, letztere nun firmierend unter „Resilience“), Personal, Rohstoffe, Tests, Kits, Produktionsausrüstung, etc.

Das US-Verteidigungsministerium hat zudem Verträge für COVID-19-Injektionen mit der Pharma-Industrie geschlossen, die jeden vorgängigen Pharma-Vertrag in den Schatten stellen. Der erste Vertrag mit Pfizer belief sich auf circa US\$ 10 Milliarden. Nur die vom US-Verteidigungsministerium eingesetzten Auftragnehmer waren durch die Jahre zuvor aufgebauten Kapazitäten überhaupt in der Lage, die bestellten Volumina zu liefern.

Das US-Verteidigungsministerium war und ist bis in die Details in die Herstellungsprozesse, die klinischen und regulatorischen Aspekte bei den Produzenten miteingebunden.

Die Produktfläschchen seien nicht serialisiert, würden an das US-Verteidigungsministerium (nicht an den Pharmahändler) geliefert und seien bis zur Injektion sogar „Eigentum der US-Regierung“.

Die „COVID-19-Impfstoffe“ seien dabei ausdrücklich als zum Einsatz für die „zivile und militärische Anwendung“ beschrieben.

Die Hersteller unterlägen keiner Rechenschaftspflicht außer „angemessenen Anstrengungen“.

Erst diese Absprachen zwischen der US-Regierung und der Pharmaindustrie, so Latypova, ermöglichte die Verletzung aller geltenden Vorschriften und Sicherheitsvorkehrungen.

Da das US-Verteidigungsministerium weltweit die Rahmenbedingungen der Verträge zwischen der Pharma-Industrie und den ausländischen Staaten vorgebe, seien die Kontrollmechanismen innerhalb der betreffenden Nationen ausgehebelt. Ein zentrales Element ist sei dabei die Haftungsfreistellung der Hersteller. Flankiert werde dies von einem Verbot von Chargen- oder Fläschchentests für importierte Produkte, was einer Aufhebung der nationalen Souveränität in diesen wichtigen gesundheitlichen Fragen gleichkomme.

Die Regierungspolitik stelle sich, so Latypova, weltweit als gegen die Interessen der Bevölkerung gerichtet dar mit bemerkenswert vielen Falschbehauptungen, Vertuschungsbemühungen und einem gezielt wirkenden Verwirrspiel mit Blick auf die Impfwilligen und Geschädigten.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://2020news.de/die-c-19-impfung-ist-eine-militaeroperation/>

Soweit ersichtlich, ist die Ukrainerin Sasha Latypova wirklich eine „Pharma-Insiderin“, und solange ihre Behauptungen, soweit sie den angeblichen Einfluss des US-Verteidigungsministeriums in die weltweite Covid-19-„Impf“-Kampagne betreffen, nicht widerlegt sind, können und müssen sie als zutreffend gewertet werden.

In einem Beitrag des Portals „**manova.news**“ vom 27.7.2023 mit dem Titel „**Das unrechtmäßige Gesetz**“ findet sich eine auszugsweise Übersetzung des Vortrags von Sasha Latypova von Januar 2023.

Diesen Artikel – dessen Quelle ich nachfolgend angebe - sollte jeder vollständig lesen, denn eigentlich sollte der Inhalt solcher Artikel sofort bei allen Staatsanwaltschaften aller Länder dieser Welt, in denen Covid-19-Injektionen verabreicht worden sind, strafrechtliche Ermittlungen auslösen:

Dort heißt es u.a. (**Zitat**):

„Unsere Zusammenarbeit fokussiert sich darauf, die pseudolegale Struktur dieses kriminellen Kartells aus Regierung, Pharmaindustrie und Militär aufzudecken — eine Struktur, die illegal ist und nur auf dem Papier existiert. Dieses Kartell ist weltweit tätig, wenngleich wir hier nur über die Struktur in den USA sprechen. In den USA bedienten sie sich der Notfallzulassung, eines Gesetzes, das 1997 eingeführt wurde und das sie pervertierten. Damals war das Gesetz streng beschränkt auf sehr schwerwiegende Erkrankungen, für die es keine Alternativbehandlungen gab. Dann begannen sie aber, es viel breiter anzuwenden und bis heute erhielten hunderte von Produkten diese Notfallzulassung, ohne jeden Beweis eines tatsächlichen Notfalls (im Video Minute 8:32). Sie behaupten einfach: „Oh nein, das ist ein Notfall, wir können es zulassen und es bedarf keiner Überprüfung der Sicherheit oder Wirksamkeit.“ Hinzu kommt — und das versteht kaum jemand —, dass das US-Verteidigungsministerium all diese Covid-Produkte bestellt hat. Hierzu gehören neben Impfungen auch Therapeutika, monoklonale Antikörper, Diagnostika und sogar Masken und Personal. So wird also massenweise Geld ausgegeben für diese sogenannten Covid-Gegenmaßnahmen, und

zwar im Rahmen der sogenannten Other Transaction Authority, die von der NASA in den Sechzigerjahren eingeführt wurde und heute von 11 Bundesbehörden genutzt wird (im Video Minute 9:13).

Das Verteidigungsministerium nutzt diese Methode der Vertragsvergabe besonders gern, weil sie ihm ermöglicht, Verträge ohne Einhaltung von Beschaffungsregeln und -vorschriften des Bundes und unter Geheimhaltung abzuschließen — und es kann gezielt Produkte aus ansonsten reglementierten Industrien wie der Pharmaindustrie bestellen, ohne jegliche Vorschriften zu befolgen und ohne geistiges Eigentum / Antragsverfahren („AP“ steht als Abkürzung für mehrere Begriffe; Anmerkung der Übersetzerin) und dergleichen offenzulegen. Da geschieht viel im Geheimen und normalerweise wird dieser Vertragsrahmen genutzt, um bei Rüstungsunternehmen Waffen zu bestellen, nun jedoch wird es dafür eingesetzt, etwas zu bestellen, von dem sie behaupten, es sei ein pharmazeutisches Produkt.

Und schließlich fügen sich alle Puzzleteilchen zusammen, wenn der Gesundheitsminister oder das Gesundheitsministerium („Ministerium für Gesundheitspflege und Soziale Dienste“) in den USA eine Pandemie oder einen Gesundheitsnotstand ausrufen. Und natürlich wurde dieser unmittelbar nach der Ausrufung durch die WHO erklärt — basierend auf 40 Fällen in einer Weltbevölkerung von 8 Milliarden. Sie entschieden also einfach, dass es nun an der Zeit sei, eine Pandemie zu erklären, und in den USA wurde der Gesundheitsnotstand ausgerufen (im Video Minute 10:36).

Wenn all dies zusammenkommt, gibt es in den USA dieses interessante Gesetz, das besagt, dass der Einsatz von im Notfall genehmigten Gegenmaßnahmen nicht als klinische Prüfung im Rahmen eines Gesundheitsnotstandes zu betrachten ist (im Video Minute 11:16). Deswegen müssen sie den Gesundheitsnotstand auf unbegrenzte Dauer verlängern, erlaubt er ihnen doch dieses Verbrechen.

Wenn die Gegenmaßnahme kein Produkt einer klinischen Überprüfung ist, bedeutet dies auch, dass diese Produkte keiner pharmazeutischen Regulierung unterliegen. Dies ist also die Lüge, die unsere Regierung uns und der Welt erzählte und die Regierungen weltweit ihren Bürgern erzählt haben.

Sie behaupteten, es handele sich um ein Gesundheitsereignis. Sie behaupteten, sie produzierten pharmazeutische Produkte entsprechend der guten Herstellungs-praktiken, obwohl sie doch genau wussten, und ich versichere Ihnen, es war ihnen bewusst, dass für diese Gegenmaßnahmen, keine pharmazeutischen Vorschriften galten. Das Wort „Gegenmaßnahmen“ ist ein sehr interessantes Wort. Es ist sehr schwammig definiert. Wenn mich jemand angreift und ich einen Stein nehme und ihn nach ihm werfe, ist das eine Gegenmaßnahme. Alles kann also eine Gegenmaßnahme sein. Aber sobald sie etwas als solches definieren, dann handelt es sich um keine Pharmazeutika mehr. In den USA hat uns die

Regierung auch darüber belogen, dass es sich hier zunächst um ein Gesundheitsereignis handelt. Als man uns erzählte, es sei eine globale Pandemie, es sei ein Virus, ein Virus von einem Straßenmarkt, haben sie die Reaktion darauf so organisiert, als handle es sich um einen Krieg. In den USA wurde also der Nationale Sicherheitsrat (National Security Council) mit der Bekämpfung der Covid-Pandemie beauftragt. Der Nationale Sicherheitsrat ist ein beratendes Gremium des US-Präsidenten und besteht hauptsächlich aus Vertretern der Verteidigung und der Geheimdienste. Es gibt dort keine Vertreter aus dem Gesundheitswesen (im Video Minute 13:15).

Und doch wurde (der Nationale Sicherheitsrat) mit einem sogenannten Gesundheitsereignis betraut...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://www.manova.news/artikel/das-unrechtmassige-gesetz>

Link zum „Covid-Dossier“, das Sasha Latypova und Debbie Lermann zusammengestellt haben:

<https://brownstone.org/articles/the-covid-dossier/>

Ein deutschsprachiger Artikel gibt die Quintessenz der Schlussfolgerungen wieder **(Zitat)**:

„Covid war eine weltweit koordinierte Reaktion auf der Grundlage von rechtlichen Rahmenbedingungen, die für Situationen der biologischen Verteidigung/Biokriegsführung gedacht sind. Der Angriff, der die globale Covid-Reaktion auslöste, könnte real, vermeintlich oder erfunden gewesen sein – unabhängig vom Auslöser stammt das Paradigma „Einsperren bis zur Impfung“ aus dem Biodefense-Drehbuch von Militär und Geheimdiensten und nicht aus einem wissenschaftlich fundierten oder epidemiologisch fundierten Plan für die öffentliche Gesundheit. [\[Quelle\]](#)

Das bedeutet, dass nichts an der Reaktion – Maskierung, Distanzierung, Abriegelung, Impfstoffe – Teil eines Plans des öffentlichen Gesundheitswesens zur Reaktion auf einen Krankheitsausbruch war. Vielmehr war jeder Aspekt der Reaktion darauf ausgerichtet, die Öffentlichkeit in Panik zu versetzen, um die Zustimmung zu biologischen Abwehrmaßnahmen zu erlangen, was in der Injektion von unregulierten mRNA-Produkten, die rechtlich als militärische Gegenmaßnahmen zur biologischen Abwehr (MCM) behandelt wurden, in Milliarden von Menschen gipfelte...“ **(Zitat Ende)**

Quelle:

<https://tkp.at/2025/02/11/das-covid-dossier-die-sogenannte-pandemie-als-globale-militaeroperation/>

Am 29.10.2024 schließlich konnte tkp.at in einem Artikel mit der Überschrift **„Niederlande: NATO herrscht im Gesundheitsministerium“** berichten **(Zitat)**:

„Mit offenen Worten erklärte die neue Gesundheitsministerin, dass sie Befehle der NATO und des Militärs auszuführen hat.

Seit einigen Monaten ist der Regierungswechsel in den Niederlanden vollzogen. Die PVV, die Partei von Gert Wilders, regiert nun erstmals in einer Koalition. Die Gesundheitsministerin legte nun ein heftiges Geständnis ab, die das Paradigma der „Gesundheitssicherheit“ entlarvt. **Sie habe als Ministerin der NATO zu folgen. So sei auch die Covid-Politik von der NATO und dem „nationalen Koordinator für Terrorismusbekämpfung und Sicherheit“ (NCTV) gekommen...**“ (Zitat Ende, Fettdruck teilweise hinzugefügt).

Quelle:

<https://tkp.at/2024/10/29/niederlande-nato-herrscht-im-gesundheitsministerium/>

Dieses Geständnis bestätigt die Tatsache, dass das Militär in vielen Ländern von allem Anfang ferderführend in das gesamte „Management“ der Corona-„Pandemie“ eingebunden war.

Dr. Sabine Stebel hat hierzu in ihrem Substack vom 29.10.2024 mit dem Titel „**War COVID eine weltweite Militäroperation unter Befehl der USA/BARDA?**“ einen guten Überblick veröffentlicht, siehe:

<https://drbine.substack.com/p/war-covid-eine-weltweite-militaroperation>

Generalarzt Hans-Ulrich Holtherm übernahm hierzulande bekanntlich ab dem 1.3.2020 (!) die Leitung der neu geschaffenen Abteilung 6 „Gesundheitsschutz, Gesundheitssicherheit, Nachhaltigkeit“ im BMG und damit zugleich faktisch die Fachaufsicht über das RKI, siehe hierzu u.a.:

<https://wehrmed.de/fuehrung-organisation/eine-enorm-fordernde-aufgabe.html>

Dabei ist ein solcher Einsatz der Bundeswehr im Inneren mit derart weitreichenden Befugnissen evident mit dem Grundgesetz unvereinbar, siehe

<https://tkp.at/2024/08/03/rki-files-belegen-den-verfassungswidrigen-einsatz-der-bundeswehr-im-inneren/>

so dass mehrere Beobachter in diesem Kontext auch von einem regelrechten Staatsstreich sprechen, so u.a.:

<https://tkp.at/2024/04/09/der-geheime-staatsstreich-wie-die-corona-putschisten-die-macht-uebernahmen/>

Wurden also militärische Strukturen genutzt, um gegen die eigene Bevölkerung einen weltweit koordinierten Biowaffenangriff ausführen zu können?

Angesichts der o.g. dargelegten Fakten zieht auch sciencefiles.org in einem Beitrag vom 23.10.2024 mit dem Titel „**Fast, als wäre ein Plan zur Bevölkerungsreduktion dahinter: Zeitverlaufsstudie der erheblichen Nebenwirkungen von COVID-19 Shots**“ das Fazit (Zitat):

„Wenn Sie die Anzahl einer Bevölkerung ohne Krieg reduzieren wollten, dann bestünde ein Weg sicher darin, ein medizinisches Produkt gegen ein vermeintlich schweres Leiden auf den Markt zu bringen, das einer großen Zahl der Bevölkerung verabreicht wird, nicht hilft, aber auf lange Sicht schadet, und zwar dadurch,

- dass es die Krankheiten, an denen viele Menschen in westlichen Gesellschaften sterben, die so genannten Wohlstandskrankheiten, Herz-Kreislauf-Leiden und Krebs aller Art befördert, denn in der Klasse dieser häufigen Todesursachen lässt sich die eigentliche Ursache des Zuwachses leicht verstecken und mit anderen, zu Herztod oder Krebs führenden Verhaltensweisen oder Lebensstilen erklären;
- dass es die Fähigkeit der Bevölkerung, sich fortzupflanzen, schädigt, um die Bevölkerung über weniger Nachwuchs zu reduzieren...“

Quelle

<https://sciencefiles.org/2024/10/23/fast-als-waere-ein-plan-zur-bevoelkerungsreduktion-dahinter-zeitverlaufsstudie-der-erheblichen-nebenwirkungen-von-covid-19-shots/>

Wenn eine Studie in 125 Ländern insgesamt **30,9 Millionen Todesfälle** infolge der sog. Anti-Corona-Maßnahmen und der Covid-19-Injektionskampagne (Anteil: 17 Millionen) detektiert, siehe:

<https://tkp.at/2024/07/21/studie-309-millionen-zusaetzliche-todesfaelle-durch-corona-massnahmen-und-impfkampagne/>

dann ist eine weltweite Aufarbeitung der Ursachen und Feststellung der Verantwortlichen höchstes Gebot der Stunde. Zum Vergleich: Die Zahl der Toten des 1. Weltkrieges wird auf 17 Millionen geschätzt.

Eine solche Aufarbeitung kann ein solches Klageverfahren nicht leisten, sie muss daher parlamentarischen Gremien vorbehalten bleiben, die insbesondere auch die Rolle des Militärs in Corona-„Krisenmanagement“ aufzuarbeiten.

Das gilt umso mehr, seitdem es konkrete Anhaltspunkte dafür gibt, dass Todeschargen planmäßig bundesweit verteilt wurden, damit ihre Gefährlichkeit nicht auffällt, siehe:

<https://www.alexander-wallasch.de/impfgeschichten/todeschargen-geplant-wenn-das-stimmt-hat-die-bundesregierung-ein-ernsthaftes-problem-2>

Schon am 13.6.2024 berichtete legitim.ch „**PAUKENSCHLAG: Der Verfasser des US-Biowaffen & Antiterrorgesetzes von 1989 gibt eidesstattliche Erklärung ab: COVID-„Impfstoffe“ erfüllen die Kriterien von biologischen Massenvernichtungswaffen!**“

Quelle:

<https://legitim.ch/paukensschlag-der-verfasser-des-us-biowaffen-antiterrorgesetzes-von-1989-gibt-eidesstattliche-erklaerung-ab-covid-impfstoffe-erfuellen-die-kriterien-von-biologischen-massenver/>

F) Sind WHO, WEF und UN Terrororganisationen?

Wer die obigen Quellen verarbeitet hat, dass es mittlerweile auch Bestrebungen mit bemerkenswerten Begründungen gibt, um die WHO, den WEF und die UN als terroristische Organisationen zu qualifizieren und von jeder weiteren politischen Einflussnahme auszuschließen, siehe u.a. tkp.at-Artikel vom 4.6.2024 mit dem Titel „**In Florida: Republikaner ernennen WEF und UNO zur Terrororganisation**“.

Quelle:

<https://tkp.at/2024/06/04/in-florida-republikaner-ernennen-wef-und-uno-zur-terrororganisation/>

Es ist ja nicht so, dass Mitglieder des WEF aus ihren Zielen ein Geheimnis machen würden. Alles wird offen ausgesprochen:

„Yogi Sadhguru, einer der [Agenda Beiträger](#) des WEF, forderte, dass ein großer „Dekarbonisierungs“-Plan umgesetzt wird, um „die Anzahl der Füße“ auf der Erde zu reduzieren. Er sagte: *„Sie stellten mir eine brillante Frage: ‚Wie kann man den menschlichen Fußabdruck reduzieren? Ich sagte: ‚Ihr müsst die Anzahl der Füße reduzieren.‘“*

„Solange man den menschlichen Fußabdruck auf dem Planeten nicht verringert, gibt es keine Lösung für irgendetwas,“, warnte Sadhguru.

Mit einem ähnlichen Aufruf wurde Dennis Meadows bekannt, einem der Hauptautoren des Buches „[Die Grenzen des Wachstums](#)“ des Club of Rome von 1972. Meadows gilt als Architekt der WEF-Agenda, und seine Theorien über die Bevölkerungszahlen sind von zentraler Bedeutung für die menschenfeindlichen Vorhaben der Organisation.

Meadows argumentiert, dass der Großteil der Weltbevölkerung ausgelöscht werden muss, damit die Überlebenden „Freiheit“ und einen „hohen Lebensstandard“ haben können. In einem Interview von 2017 behauptete Meadows, dass der Völkermord an 86 % der Weltbevölkerung „unvermeidlich“ sei.

Kürzlich hat ein anderes WEF-Mitglied den Einsatz erhöht, indem es eine Reduzierung der Menschen um mehr als 90 Prozent forderte. Die englische Primatologin und Anthropologin Jane Goodall, die das WEF als eine seiner [Agenda-Beitragenden](#)“ aufführt, machte einen schockierenden Vorschlag, um die „Netto-Null“-Ziele der globalistischen Organisation zu erreichen.

Goodhall will „den Planeten“ vor der „globalen Erwärmung“ retten, wenn die Erdbevölkerung um mehr als 90 Prozent kleiner wäre als sie heute ist. Goodall argumentiert, dass alle „Probleme“ des WEF gelöst wären, wenn weniger Menschen auf der Erde leben würden.“ (**Zitat Ende**)

Quelle:

<https://tkp.at/2024/03/23/wef-fordert-weniger-seelen-auf-dem-planeten/>

Was glauben Sie denn? Wie würden Sie denn eine Vereinigung bezeichnen, die sich das Ziel setzen würde, die Weltbevölkerung um mehr als 90% zu reduzieren, und damit auch Ihr Leben und das Ihrer Familie zur Disposition stellt?

Damit kommen wir zurück zu der oben gestellten Frage, welche Agenda wohl hinter Bill Gates und seinem „Impfaktivismus“ stehen könnte.

Dieser Frage sind schon zahlreiche Artikel auf den Grund gegangen. So auch bereits ein Artikel auf dem Portal multipolar-magazin.de vom **16.4.2020** (!) mit der Überschrift **„Der Impfaktivismus der Gates-Stiftung“** (**Zitat**), in dem schlüssig dargelegt wird, dass „Impfungen“ nach den eigenen Worten von Bill Gates der Bevölkerungskontrolle dienen.

In diesem Artikel heißt es u.a. (**Zitat**):

„...Wozu der Impfaktivismus?

Zur Frage nach dem Ziel des Gates'schen Impfaktivismus lohnt es sich, Gates selbst zuzuhören. Bei einem TED-Talk sagte er 2010 bezüglich der CO2-Problematik und eines möglichen Teils ihrer Lösung:

„Auf der Welt leben heute 6,8 Milliarden Menschen. Das steigt auf etwa 9 Milliarden an. Wenn wir nun bei den neuen Impfstoffen, der Gesundheitsfürsorge und der Familienplanung wirklich gute Arbeit leisten, könnten wir diese Zahl vielleicht um 10 oder 15 Prozent senken.“

Er sagt damit, dass Impfungen und Gesundheitsdienstleistungen bezüglich der menschlichen Fortpflanzung zu einer Reduktion der Bevölkerung beitragen können, die wiederum das Klimaproblem, wenn auch nur in geringem Maße, lösen helfe. Nun gibt es zu dieser Aussage wohl verschiedene Standpunkte, die hier nicht weiter diskutiert werden sollen. Allerdings könnte man sich darauf einigen, dass solche Schritte nur in Zusammenarbeit mit den beteiligten Menschen sowie mit deren ausdrücklicher Zustimmung erfolgen sollten. Dazu gehört vor allem auch die vollständige Aufklärung hinsichtlich der Folgen und Risiken solcher Eingriffe. Dass dies bei den Projekten der BMGF und der durch sie finanzierten Institutionen nicht so ist, zeigt der folgende Fall.

Impfmissbrauch in Kenia

Im Oktober 2014 erhob die Katholische Gesundheitskommission Kenias Vorwürfe im Rahmen der von der WHO und UNICEF durchgeführten Tetanusimpfungen. Dies geschah, da sich im Vergleich zu früheren Impfkampagnen Veränderungen ergaben, die den Verantwortlichen merkwürdig erschienen. So wurde die katholische Kirche als Trägerorganisation zahlreicher medizinischer Einrichtungen in die Kampagne nicht eingebunden und Öffentlichkeitsarbeit fand im Gegensatz zu den vorangegangenen Polioimpfungen nur in sehr begrenztem Maße statt. Weiterhin wurden die Tetanusimpfungen ohne besondere gesundheitliche Notwendigkeit und nur an Frauen im Alter von 14 bis 49 Jahren verabreicht, was dem Verdacht Raum gab, dass es sich hier um verdeckte Impfungen zur Geburtenkontrolle handeln könnte. Diese stehen in Zusammenhang mit humanem Choriongonadotropin (hCG), welches als Hormon für Beginn und Erhalt der Schwangerschaft verantwortlich ist.

Im Februar 2015 veröffentlichte der Gynäkologe und Entbindungsarzt Dr. Wahome Ngare im Namen der Kenianischen Katholischen Ärztevereinigung einen Beitrag in der Fachzeitschrift „Catholic Medical Quarterly“ der katholischen medizinischen Gesellschaft Großbritanniens, in dem er die Vorwürfe ausführte. Laut seinem Artikel wurde der Impfstoff gezielt importiert und hatte eine andere Anspruchsnummer zur Bezeichnung als übliche Tetanusimpfstoffe. Außerdem waren fünf Impfrunden mit Abständen von jeweils sechs Monaten geplant, die bei Tetanus unüblich, jedoch bei hCG-Impfstoffen zur Verhinderung von Schwangerschaften normal sind.

Darüber hinaus verwies er auf solche „versteckten“ und methodisch ähnlichen Sterilisierungsmaßnahmen in Mexiko 1993 sowie in Nicaragua und auf den Philippinen 1994, bei denen Mädchen und Frauen unwissentlich sterilisiert worden waren. Er beschrieb, dass sich die katholische Kirche nach Bekanntwerden der Vorwürfe beim kenianischen Gesundheitsministerium beschwerte und einen Test des Impfstoffs verlangte, der allerdings abgelehnt wurde. Im weiteren Verlauf gelang es den katholischen Vertretern dann, sich Zugang zu einigen Impfdosen zu verschaffen und diese von unabhängiger Seite testen zu lassen.

Laut Ngare enthielt der Impfstoff das vermutete Schwangerschaftshormon, was aus seiner Sicht die leitende Rolle der WHO in absichtlichen Massensterilisierungen zur Geburtenkontrolle belegt. Vor dem Bekanntwerden der heimlichen Impfstoffanalysen zeigte sich die Weltgesundheitsorganisation über die "Falschinformation" der katholischen Kirche, für die es keine Nachweise gebe, "tief beunruhigt". Nach der Veröffentlichung der Ergebnisse willigte sie ein, den Impfstoff einer gemeinsamen Kommission zur erneuten Analyse vorzulegen.

Bestätigung durch wissenschaftliche Arbeit

Eine im Oktober 2017 erschienene wissenschaftliche Arbeit der Universitäten von Louisiana (USA) und British Columbia (Kanada), zusammen mit Dr. Wahome Ngare bestätigte die erhobenen Vorwürfe. Die geplanten fünf Impfungen anstelle des üblichen Ablaufs bei Tetanus waren identisch zu denen zur Bevölkerungskontrolle und die ausschließliche Zusammensetzung der Zielgruppe aus Mädchen und Frauen im gebärfähigen Alter konnte nicht überzeugend begründet werden.

Darüber hinaus wurde die Kampagne unüblicherweise nicht von einer medizinischen Einrichtung, sondern von einem Hotel aus koordiniert und die Anlieferung und Abholung des Impfstoffs erfolgte unter Polizeischutz. Die Arbeit der Krankenschwestern wurde ebenfalls durch WHO und Polizei überwacht. In den heimlich getesteten Impfdosen konnten Schwangerschaftshormone festgestellt werden, während die später durch die WHO angelieferten Impfdosen durchweg negativ getestet wurden, so die Wissenschaftler. Der Verdacht einer versuchten Manipulation durch einen Tausch des Impfstoffs liegt also nahe und würde auch die umfangreichen und ungewöhnlichen Sicherheitsmaßnahmen beim Umgang mit dem ursprünglichen Impfstoff erklären. Die wesentliche Rolle der WHO in verdeckten Maßnahmen zur Zwangssterilisation und damit Bevölkerungskontrolle konnten für Kenia also nachgewiesen werden.

Planungen zur Bevölkerungskontrolle in der WHO seit 1972

Die Wissenschaftler setzten sich in diesem Zusammenhang auch mit der Geschichte von Maßnahmen zur Bevölkerungskontrolle innerhalb der WHO auseinander, die seit der Gründung der Organisation 1945 unter dem euphemistischen Namen „Familienplanung“ firmieren. **Das WHO-Forschungsprogramm der Impfstoffentwicklung zur Bevölkerungskontrolle startete 1972**, eine Studie dazu wurde 1976 veröffentlicht. Die WHO-„Dienstleistungen“ der Sterilisation ohne Zustimmung der Betroffenen sind laut den Wissenschaftlern seit den 1970er Jahren bekannt, während die von Dr. Ngare genannten Fälle in Mexiko, Nicaragua und auf den Philippinen in den 1990er Jahren ebenfalls für Empörung sorgten.

Die Gates-Stiftung, ursprünglich 1994 von Gates' Vater William Gates Sr. gegründet, finanziert Maßnahmen zur Familienplanung noch heute. Wie bereits erwähnt, erhielt die

Johns Hopkins University in den letzten zehn Jahren mehr als 200 Millionen Dollar zu diesem Zweck. Darüber hinaus finanziert die BMGF auch die Organisation „**Planned Parenthood**“ („**Geplante Elternschaft**“), die in Bill Gates Jugendzeit bereits von dessen Vater geleitet worden war, und die ursprünglich aus der „**American Birth Control League**“ („**Amerikanische Liga für Geburtenkontrolle**“) hervorging. Die Finanzierung der WHO und der Impfkativismus der Gates-Stiftung, auch im Namen der Bevölkerungskontrolle, scheinen die Fortsetzung einer Familientradition zu sein...“ (**Zitat Ende, Fettdruck und Unterstreichungen hinzugefügt**)

Quelle:

<https://multipolar-magazin.de/artikel/der-impfaktivismus-der-gates-stiftung>

Allen für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen und allen Medienschaffenden musste also schon vor dem Jahr 2020 vollkommen klar sein, wer Gates ist und dass man Personen wie ihm niemals einen Einfluss in der Gesundheitspolitik zugestehen darf.

Rein wirtschaftlich gesehen gehörte Gates zu den großen „Gewinnern“ der Covid-19-Injektionsagenda:

<https://tkp.at/2023/09/19/wie-gates-via-biontech-aktien-milliarden-an-der-impfkampagne-verdient-hat/>

Es gibt unzählige Webbeiträge und auch mehrere umfangreiche Sachbücher, die sich kritisch mit Bill Gates und seinen vermeintlich wohltätigen Stiftungen und Projekten auseinandersetzen, so u.a. „**Gates of Hell: Why Bill Gates ist the Most Dangerous Man in the World**“ von Daniel Jupp (Stand: September 2023) und „**Das Bill Gates Problem – Der Mythos vom wohltätigen Milliardär**“ von Tim Schwab (Stand: November 2023).

Kurzgefasst: Jeder sollte alles kritisch hinterfragen, ob all' die guten Taten, die Gates bewirkt haben soll, wirklich mit den – auch hier dargelegten - Fakten korrespondieren. Meines Erachtens ist alles, was angeblich für seine Philanthropie spricht, nur gekaufte Presse. Die Realität sieht ganz anders aus.

Und wer Politiker der EU und Deutschlands dafür kritisiert, dass sie die Covid-19-Injektionen – den Fakten zuwider – als sicher und wirksam gepriesen haben, der sollte nicht vergessen, dass sich Trump bis zuletzt nicht von diesen Erklärungen distanziert hat, so auch ein Artikel auf tkp.at vom 20.1.2023 (**Zitat**):

„Trump ist weiter ein Verfechter der mRNA-Behandlung gegen Covid. Diese habe „100 Millionen Leben gerettet“ und wäre sicher. Für ihn bleibt die „Operation Warp Speed“ ein großer Erfolg.

Es war Donald Trump, der mit der „Operation Warp Speed“ die schnellste Impfstoffzulassung in der Geschichte ermöglichte. Im Mai 2020 verkündete der damalige US-Präsident die privat-öffentliche Partnerschaft zwischen Pharma und Staat zur Entwicklung eines Impfstoffes. Am 11. Dezember 2020 erhielt Pfizer/Biontech die Notfallzulassung für seine mRNA-Behandlung. Diese hat völlig versagt, weder ist der Stoff „sicher“, noch ist er „wirksam“. Donald Trump besteht aber weiterhin auf den großen Erfolg seiner „Operation“...“ (**Zitat Ende**)

<https://tkp.at/2023/01/20/impfung-fuer-trump-weiter-sicher-und-wirksam/>

G) Was müsste (sofort) verändert werden?

Die Frage, welche Strukturen hierzulande – aber auch in der EU und weltweit – reformiert oder vollständig neu aufgebaut werden, führt über das Thema dieses Buches weit hinaus.

Aber für jeden kritischen Menschen muss längst offensichtlich geworden sein, dass das gesamte Gesundheitswesen komplett reformiert werden muss, solche Reformen aber nur möglich sind, wenn alle Strukturen aufgelöst werden, die nicht dem Interesse der Menschen, sondern nur der totalen Kontrolle und zudem der Gewinnmaximierung von Lobbyisten und Vermögensverwaltern dienen.

Deutschland müsste in jedem Falle sofort

die Pharma-NGO mit Namen WHO verlassen,

alle Formen von direktem (so wie Mitte 2024 in der Bundeswehr oder aktuell noch durch die Masernschutz-Nachweispflicht in Schulen) und indirektem (so wie vormals im Gesundheitswesen durch § 20 a IfSG) und alle Formen der Nötigung zu Impfungen und Geninjektionen untersagt werden,

Behörden wie das RKI und PEI komplett neu aufbauen,

die Besetzung von Ämtern im Gesundheitswesen durch (vormalige) Pharma-Lobbyisten untersagt werden,

die für die Katastrophe der Covid-19-Injektionen Verantwortlichen strafrechtlich verfolgen, also insbesondere auch soweit sich der Tatverdacht auf Personen des Bundesgesundheitsministeriums einschließlich PEI und RKI, der EU, der EMA, der WHO und von NGOs wie der Bill and Melinda Gates Foundation bezieht,

fortan jede externe Einmischung die eigene Gesundheitspolitik durch Pharma- und sonstige Lobby-Verbände ablehnen und alle Bündnisse in Frage stellen, die eine solche Einmischung vorsehen,

die gesamte Arzneimittelforschung und -versorgung verstaatlichen, denn wo exorbitante Gewinne möglich sind, dort wartet das Verbrechen immer nur auf eine Gelegenheit,

alle Impfstoffe und Gentechniken untersagen, zu denen kein Nutzen und auch keine Sicherheit nachgewiesen worden ist, auch dann, wenn es alle Impfstoffe und Gentechniken betrifft,

untersagen, dass Pharmahersteller selbst die Zulassungsstudien zu ihren Arzneimitteln durchführen und überwachen und auf deren Ergebnis Einfluss ausüben dürfen,

eine umfassende zivil- und strafrechtliche Verantwortlichkeit und Haftung im Gesundheitswesen gewährleisten, gerade auch der Pharmahersteller und der Verantwortlichen in den Gesundheitsbehörden.

Zudem müsste jegliche Form von Gain-of-Function-Forschung, deren Ziel darin besteht, Erreger für Viren für Menschen noch schadhafter zu machen, nationale und weltweit sofort untersagt und in allen nationalen Gesetzgebungen strengstens bestraft werden.

Schließlich müssten alle Formen der Notfallzulassung von Arzneimitteln weltweit abgeschafft werden, da sie in der Praxis ohnehin nur noch missbraucht werden und faktisch zur Abschaffung aller grundlegenden Sicherheitsstandards geführt werden.

Das wäre immerhin mal ein Anfang, um die übelsten Fehlentwicklungen auszuschalten.

Sonst bleibt es so, wie es der Journalist Ben Bartee ausgedrückt hat:

„Jeder, der auch nur einen Funken gesunden Menschenverstand hat, versteht inzwischen – nachdem sich der Public Health™-Apparat in den letzten vier Jahren als die korrupte, menschenfeindliche Tötungs- und Profitmaschine entlarvt hat, die er ist -, dass die herrschenden Behörden, die den Durchschnittsmenschen hassen, die ihn schwach, isoliert, verängstigt und krank haben wollen, um sie sozial zu kontrollieren, während sie über das medizinische System alles herausholen, was vom Wohlstand der Mittelschicht übrig ist....“

Quelle:

<https://tkp.at/2024/11/06/make-america-healthy-again/>

Das Fazit fällt eindeutig aus: Mit „Zufall“ ist nicht zu erklären, was hierzulande seit März 2020 geschehen ist. Die Menschen wurden:

mit Fake-News schockgefroren,

jahrelang mit sinnlosen Maßnahmen schikaniert, isoliert und gequält,

massenmedial beleidigt und aufgehetzt,

mit 3G, 2G und 1G-Regelungen zu hochexperimentellen Genspritzen genötigt, obschon es dafür nie eine mit den Grundrechten vereinbare Rechtsgrundlage gab und die katastrophalen Folgen den Verantwortlichen allerspätestens seit Februar/März 2021 positiv bekannt waren,

wobei die Politik unter Spahn ausgerechnet für diese vollkommen neuen und unausgereiften Gentechniken (zu deren sicherheitsrelevanten Aspekten keine Langzeitdaten bekannt waren) zentrale Schutzvorschriften des Arzneimittelrechts suspendiert hat,

während Lauterbach die ganze Öffentlichkeit mit Aussagen wie „nebenwirkungsfrei“ bis in den Juni 2022 hinein beharrlich belogen hat,

das PEI jede ernstzunehmende Chargenkontrolle unterlassen, alle Warnsignale ignoriert, den Vertrieb nie gestoppt und Sicherheitsberichte massiv manipuliert und „geschönt“ hat,

das RKI die Öffentlichkeit systematisch getäuscht und desinformiert hat,

die Generalstaatsanwaltschaften nicht ermittelt und zudem Obduktionen von Menschen, die unmittelbar nach Erhalt einer Covid-19-Injektion verstorben sind, unterbunden haben, so auch der Generalstaatsanwalt von Stuttgart, siehe:

https://web.archive.org/web/20210226232400/2020news.de/wp-content/uploads/2021/02/GenStA-Stuttgart-keine-Obduktion-bei-Toten-nach-Impfung_online.pdf

Behördenvertreter sogar in Gerichtsverfahren (wie dem Wehrbeschwerdeverfahren vor dem o.g. BVerwG in 2022) gelogen haben,

und das alles unter maßgeblicher Beteiligung der Bundeswehr,

mit dem Segen der Gerichte, die – der eindeutigen Faktenlage zuwider – sogar Daten des PEI pauschal als „valide“ erklärt und jede Aufarbeitung verhindert haben, damit Willkür und Grausamkeit den Anschein der Rechtsstaatlichkeit erhalten, und

Versorgungsämter, Krankenkassen und viele Ärzte den Geschädigten schließlich den Rest geben, indem sie ihnen jede Anerkennung und Unterstützung verweigern....

Und soviel Grausamkeit und Rechtsentzug soll nun dem „Gesundheitsschutz“ dienen?

Mit Gewissheit nicht. So wurde und wird eine gesamte Bevölkerung in den innersten Kreis der Hölle gestoßen, die von Lobbyisten der Pharmaindustrie konstruiert wurde.

Vor sehr vielen Jahren sagte mir mal jemand, dass man die letzten Tage daran erkennt, dass die (ich gebrauche eine sehr viel höflichere Umschreibung) „Allerunwürdigsten“ in den „Palästen“ sitzen.

Wenn man sich z.B. die aktuellen Debatten im Bundestag ansieht und beobachten muss, dass einige der Hauptverantwortlichen der Verbrechen der Jahre 2020 bis 2024 allem Anschein nur noch lachen und feixen können, wenn sie an die katastrophalen Folgen ihrer "Gesundheits"-„Politik“ erinnert werden, dann habe ich persönlich keinen Zweifel, dass diese letzten Tage da sind. Denn böartiger, niederträchtiger und hinterhältiger geht es gar nicht mehr.

Wer so mit Menschen umgeht, der hat keine Empathie und keine Menschlichkeit mehr in sich. Der kann die Menschen nicht nur verachten, nein, der muss sie regelrecht hassen.

Wer aber die Menschen hasst, jedenfalls so behandelt, dass er sie nur zutiefst verachten kann und über seine Pflicht, dem Volk zu dienen, offenbar nur lachen kann, der darf niemals ein öffentliches Amt bekleiden.

Es ist höchste Zeit, dass die Menschheit darüber nachdenkt, was zu dieser Entwicklung beigetragen haben könnte.

Zum vertieften Einstieg in diese Frage empfehle ich u.a.:

http://michaelhesemann.ibk.me/13_18.html

<https://www.kath.net/news/60059>

Die Skandale der Pharmaindustrie sind auch schon längst Stoff für Streaming-Dienste wie z.B.:

1.

Netflix, siehe:

“Painkiller”

https://www.youtube.com/results?search_query=netflix+purdue+pharma

2.

Amazon Prime, siehe:

a)

Anwaltsserie **“Goliath”**, 4. Staffel (auch in Deutsch):

https://www.youtube.com/watch?v=_FKhws-3jXw

b)

Utopia (2020) – 1 Staffel (auch in Deutsch):

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

c)

Utopia (2013) – 2 Staffeln (auch in Deutsch):

Gibt es aktuell wohl nur noch auf DVD und BluRay.

Haben die Pharmaskandale der letzten Jahre in Deutschland strafrechtliche Folgen ausgelöst?

Ich kann zuverlässig beantworten: Bis heute jedenfalls nicht. Dafür haben wir halt solche netten Serien bekommen. Welch ein Trost...

Die Ausstrahlung solcher – handwerklich wirklich gut gemachter - Serien, die teilweise bis ins Detail auch die Ereignisse der Jahre 2020 – 2023 angekündigt bzw. vorweggenommen haben (so wie die Serie Utopia aus dem Jahre 2013), dient also offenbar nur dem „Priming“, d.h. der Konditionierung der Menschen, damit die sich unter vergleichbaren Bedingungen in der realen Welt dann so (passiv) verhalten, wie es den Herrschenden gefällt: eben Fernsehen guckend und auf Politiker von Parteien etc. hoffend.

Die Menschheit darf aber nie vergessen, dass der Mensch ohne Zugang zum Recht kein Mensch ist.

Und nichts in einer Gesellschaft darf mächtiger sein als die Kraft, die den Zugang aller Menschen zum Recht und damit die Grundlagen jeglicher menschlichen Gesellschaft schützt.

Ein Land ohne effektive Kontrolle jeglicher Machtausübung „im Namen des Volkes“ wäre kein Rechtsstaat, sondern bloß die Beute von Betrügnern und Räufern.

H) Off-Label-Therapien von Covid-19-Injektionsgeschädigten – Wer zahlt?

I.

Dazu habe ich kürzlich folgende Korrespondenz mit dem Düsseldorfer Arzt Ralf Tillenburg geführt, der eine Schwerpunktpraxis für Post-Vac-Geschädigte betreibt:

„Lieber Herr Tillenburg, noch ein sehr wichtiger Aspekt. Ihr Kollege Jörg-Heiner Möller schreibt in seinem Buch (u.a.) auf Seite 137 (Zitat): "...wir wissen ja noch nicht, ob, wenn ja und in welchem Zeitraum Post-Vac - und analog Post-Covid- tödlich sind."

Wie sehen Sie das? Nach allem, was ich gelesen habe, kann man mittlerweile doch auf jeden Fall zumindest in schweren Post-Vac-Fällen (also Fällen mit schweren Gesundheitsschäden mitsamt einer schweren Schädigung des Immunsystems) zuverlässig behaupten, dass Post-Vac tödlich ist. Wenn der Körper noch jahrelang nach der Injektion immer wieder Spikes produziert, dann müsste das doch in jedem Falle als potentiell lebensgefährlich bezeichnet werden können. Denn wer kann sagen, dass der ohnehin geschwächte Körper des Geschädigten solche stets neuen Angriffe auf sein Immunsystem immer wieder überstehen kann? Die Frage, in welchem Zeitraum Post-Vac dann schließlich tödlich endet, mag zwar niemand generell beantworten können. Aber die Frage des "Ob" sollte meines Erachtens eindeutig beantwortet werden können, zumal ja auch so viele Menschen an diesen Schäden versterben.

Diese Frage ist von zentraler Bedeutung für die Frage, ob die Krankenkassen den Geschädigten - im Einklang mit dem sog. Nikolaus-Beschluss des BVerfGs vom 6.12.2005 - für bestimmte Off-Label-Therapien eine Deckungszusage erteilen müssen.“

Die Antwort von Ralf Tillenburg:

„Das sehe ich ähnlich. Eine sichere Aussage ist nicht möglich. Ob sie tödlich sind, ist unklar, dass sie "potenziell" tödlich sind, kann man aber sicher sagen.

Sicher werden einige Menschen nach meiner Einschätzung noch an den Folgen von PostVac sterben.

Ich kenne aber auch schwere Fälle, denen es irgendwann doch wieder besser geht und die sich (zumindest vorübergehend) erholen.“

Damit liegen alle Voraussetzungen vor, die von den Krankenkassen gem. dem sog. Nikolaus-Beschluss des BVerfGs vom 6.12.2005 - 1 BvR 347/98 verlangt werden, siehe https://www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs20051206_1bvr034798.html

In Kurzform:

1.

Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor.

Var. 1 kann eindeutig bejaht werden.

2.

Eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung steht nicht zur Verfügung.

Das ergibt sich schon daraus, dass das PEI und die Schulmedizin überhaupt kein Behandlungskonzept für Post-Vac entwickelt haben. Vielmehr wird die Existenz von Post-Vac sogar regelrecht vertuscht.

3.

Es besteht eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Das kann nach den Erfahrungswerten von Ralf Tillenburg also ebenfalls eindeutig bejaht werden.

II.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich besonders auf folgende **Klarstellung des Arztes Ralf Tillenburg zur Abrechnung von PostVac bzw. Long-Covid vom 18.1.2025 hinweisen (Zitat):**

„In vielen Telegrambeiträgen wird behauptet, dass man als Arzt dann, wenn man Long-Covid in der Abrechnung gegenüber der KV kodiert, Sonderzuschläge über die Abrechnungsziffern 37800 und folgende abrechnen darf. Dies seien immerhin über 250 Euro pro Fall und Jahr.

Weiter wird behauptet, dass damit die Diagnose PostVac durch die Diagnose Long-Covid ersetzt werden muss und somit PostVac aus der Abrechnungsstatistik verschwinden und damit verschleiert wird.

Ich halte diese Behauptung jedoch für falsch.

Wenn man sich die Long-Covid-Richtlinie einmal durchliest, dann steht da unter anderem unter §2 Definition der Patientengruppe:

"In diesem Sinne werden von der Richtlinie auch Patientinnen und Patienten erfasst, die
1. infolge einer Infektion mit SARS-CoV-2 den Verdacht oder die Diagnose einer Myalgischen Enzephalomyelitis/eines Chronic Fatigue Syndromes (ME/CFS) aufweisen oder

2. die nachfolgend einer Impfung zur Prophylaxe einer COVID-19-Erkrankung Long-COVID-ähnliche Symptome aufweisen.

Und es gibt ja nicht nur den Code für Long-Covid U09.9, sondern auch den Abrechnungscode für Post-Vac, nämlich U12.9.

Diese sind gemäß §2 (siehe oben) ausdrücklich Post-Vac-Betroffene mit in diese Richtlinie einbezogen. Das heißt für mich:

Auch dann, wenn man U12.9 (Post-Vac) in der Abrechnung kodiert, kann man diese Zusatzziffern abrechnen. Und genauso werde ich das auch weiterhin tun. Dass ich jetzt für meine Arbeit ein wenig mehr Geld bekomme, ist natürlich schön.

Übrigens hat zuerst der Telegram Kanal ScienceFiles in seinem Artikel

<https://t.me/RealScienceFiles/10859>

darauf hingewiesen.

Ich finde es nicht gut, dass hier viele Telegramkanäle (auch Ärztekanäle!) einfach kritiklos behaupten, das man jetzt Post-Vac als Long-Covid kodieren muss, um diese Sonderziffern abrechnen zu können. Viele Ärzte werden das einfach glauben, und damit genau das tun.

Besser wäre es gewesen, wenn alle Kanäle, die diese Falschbehauptung verbreiten, darauf hingewiesen hätten, dass diese Ziffern gemäß Text der Richtlinie auch für die Diagnose PostVac (U12.9) abgerechnet werden dürfen. Und man hätte gleichzeitig alle Ärzte ermuntern können, doch bitte Long-Covid durch Post-Vac zu ersetzen, wenn die Betroffenen geimpft sind (was meiner Meinung nach eine Tatsache ist).

So wurde jedoch genau der Effekt erreicht, den auch Lauterbach will. Und Schuld ist nicht die Richtlinie, sondern die kritiklose Verbreitung von Falschbehauptungen dazu!“

Quelle: <https://t.me/coronawissenschaft/290>

I) Überflüssige Debatten, die vor Gericht nur schaden

Abschließend noch ein Ratschlag dazu, welche Fragen man vor Behörden und Gerichten – jedenfalls aktuell – überhaupt nicht thematisieren sollte.

„Sein oder Nichtsein, das ist hier die Frage“ („To be, or not to be, that is the question“)
– aus Shakespeare, Hamlet, 3. Aufzug, 1. Szene

Nein, in Bezug auf die Existenz von Viren ist das vor Gericht nicht die Frage die Sie weiterbringt!!

Sie werden vor Gericht wohl sicherlich nicht mit dem Vortrag gehört werden, dass es keine Viren und auch keine Masern-Viren gäbe, da dies der ganz herrschenden Meinung der Wissenschaft entspricht.

Wer was anderes behauptet ist ein Tagträumer und kennt die Praxis der Gerichte nicht.

Man kann freilich alles in Frage stellen, sollte aber auch in diesem Kontext die gegenwärtigen Realitäten akzeptieren. Kein Richter wird derzeit an der Doktrin der Viren-Existenz rütteln wollen.

Kritische Experten wie Dr. Michael Palmer, der für seine Ablehnung der Covid-19-Injektionen große persönliche Nachteile in Kauf genommen hat und den ich persönlich sehr schätze, haben aber auch gewichtige Argumente angeführt, die die Gegenargumente derer, die die Existenz von Viren dementieren, doch nachdrücklich entkräftet haben, so u.a. in dem am 20.6.2024 veröffentlichten Beitrag **„Der Irrweg der „No-Virus“-Doktrin“**, siehe:

<https://www.mwgfd.org/2024/06/der-irrweg-der-no-virus-doktrin/>

Dieser Beitrag vom 20.6.24 war eine Antwort auf eine Kritik, die zuvor an diesem Beitrag geübt worden ist, bei dem Dr. Palmer der Co-Autor war:

<https://www.mwgfd.org/2024/05/gibt-es-viren-ueberhaupt/>

Schließlich hat sich auch die Expertin Dr. Sabine C. Stebel zu dieser Frage geäußert:

<https://drbine.substack.com/p/gibt-es-viren-oder-nicht>

Es wird Ihnen also in einem Gerichtsverfahren mit hoher Gewissheit keine Vorteile verschaffen, wenn Sie diese Viren-Existenzfrage dort aufwerfen oder sogar zum Schwerpunkt Ihres Vortrags machen.

Diese Debatte ist in einem Gerichtsverfahren auch nicht erforderlich, da es zahlreiche andere – sehr gute – Sachargumente gegen eine Masern-Impfpflicht gibt.

J) Ansätze die das Immunsystem unterstützen

Es ist nicht Thema dieses Buchs, auf die zahlreichen Optionen einzugehen, die das Immunsystem eines Menschen stärken können. Aber nach so vielen unerfreulichen Nachrichten, die dieses Buch offenbart hat, möchte ich es doch gerne mit einer positiven Botschaft beenden.

Ich persönlich schätze die folgenden Ansätze, um die Abwehrkräfte des Körpers zu stärken und die Gesundheit wieder herzustellen und zu erhalten:

Heilfasten – siehe u.a.: <https://www.youtube.com/watch?v=gLK8VK7m86M>

(Überwiegend) Rohköstliche Ernährung – siehe u.a. die Bücher und YouTube-Videos von und mit Dr. Karl Probst

Ayurvedische Ernährungslehre und Pancha-Karma-Kur – siehe u.a. die Bücher von Dr. Hans H. Rhyner

Link zu seinen Büchern:

<https://www.ayurveda-rhyner-kundenshop.eu/ayurveda-fachbücher/>

Kontaktdaten mit mehr Informationen zu seiner Person und Arbeit abrufbar unter:

<https://www.ayurveda-rhyner.com/ayurveda-kuren/>

Weitere Bücher von mir

1.

Zur Masern-Impfpflicht in Schulen

Musterklage gegen die Festsetzung und Androhung eines (zweiten) Zwangsgeldes wegen Verweigerung der Masernimpfung / Vorlage eines Masern-Impfnachweises

Variante 1:

Sofort downloadbare PDF für 8,00 €:

<https://rawilfriedschmitz.tentary.com/p/TxLHOc>

Variante 2:

Gebundenes Buch (Softcover):

https://shop.tredition.com/booktitle/Rechtsschutz_gegen_Masern-Impfpflicht_in_Schulen/W-108-585-485

2.

„Musterklage für zivilrechtliche Klage gegen Moderna“

Unter dem folgenden Link kann es in der jeweils aktuellen Fassung bestellt und auch (teilweise) Probe gelesen werden:

https://shop.tredition.com/booktitle/Mustervorlage_f%3fr_eine_zivilrechtliche_Klage_gegen_Moderna/W-275-728-925

3.

„Medienkritik“

Am 11.1.2025 ist bei Tradition das Upgrade der 3. (und letzten) Auflage meines Buchs „Medienkritik“ erschienen, in dem meine grundsätzlichen materiell-rechtlichen Einwendungen gegen die öffentlich-rechtliche, zwangsgebührenfinanzierte, regelmäßig einseitige und verzerrende „Berichterstattung“ ausgeführt werden.

Im Grunde ist zu diesem Thema schon längst alles gesagt. Es gibt täglich, ja stündlich nur noch mehr Beispiele für Propaganda, die stets aus den gleichen Gründen und mit den gleichen Methoden gemacht wird.

Unter dem folgenden Link kann es bestellt und auch Probe gelesen werden:

https://shop.tredition.com/booktitle/Medienkritik_-_Argumente_gegen_zwangsfinanzierte_Propaganda/W-894-093-420

Hier das Skript (Stand 11.1.2025: 125 Seiten)

als sofort downloadbare PDF ab sofort für nur 15,00 €:

<https://rawilfriedschmitz.tentary.com/p/wDR8pM>

4.

„Ist Deutschland souverän?“

Dieses Skript gibt es als

sofort downloadbare PDF

<https://rawilfriedschmitz.tentary.com/p/ZrsVBI>

und

als Softbook bei tredition:

https://shop.tredition.com/booktitle/Ist_Deutschland_souver%3fn/W-467-462-737

Zum guten Schluss noch eine Anmerkung, um Ihnen Mut zu machen.

Dieses Buch enthält einige furchtbare Wahrheiten, aber das soll Sie aber gewiss nicht entmutigen.

Vielmehr ist es die Absicht dieses Buchs Sie zu befähigen, Lüge von Wahrheit und Unrecht von Recht zu unterscheiden, damit Sie dem Unrecht widersprechen können und sich nicht auch noch – aus Unwissenheit – zum Botschafter der Lüge und des Unrechts machen lassen.

Ich bin fest davon überzeugt:

Jeder kann etwas tun, auch der, der keine finanziellen Mittel hat, solange er nur die Kraft zum Gebet hat. Vielleicht müssen viele erst ihre Prioritäten ändern.

Niemand ist unbedeutend. In dunklen Zeiten zählt jedes Licht der Menschlichkeit. Und jeder, der sich eben nicht aktiv an der Verbreitung und Durchsetzung von Willkür und Unrecht beteiligt, macht die Welt alleine schon dadurch zu einem besseren Ort.

Was sollte der Mensch zuallererst suchen?

„Sucht aber zuerst sein Reich und seine Gerechtigkeit; dann wird euch alles andere dazugegeben“. (Mt 6,33)

Und wie nur kann diese Suche zum Erfolg führen?

„... Du sollst den Herrn, deinen Gott, lieben mit ganzem Herzen, mit ganzer Seele und mit deinem ganzen Denken.³⁸ Das ist das wichtigste und erste Gebot. ³⁹Ebenso wichtig ist das zweite: Du sollst deinen Nächsten lieben wie dich selbst. ⁴⁰An diesen beiden Geboten hängt das ganze Gesetz und die Propheten.“ (Mt 22, 37 – 40)

Und was kann der Mensch erwarten, wenn er zu Gott gefunden hat?

„Der gute Hirte

1Ein Psalm Davids. Der HERR ist mein Hirt, nichts wird mir fehlen. 2 Er lässt mich lagern auf grünen Auen und führt mich zum Ruheplatz am Wasser. 3 Meine Lebenskraft bringt er zurück. / Er führt mich auf Pfaden der Gerechtigkeit, getreu seinem Namen. 4 Auch wenn ich gehe im finsternen Tal, ich fürchte kein Unheil; denn du bist bei mir, dein Stock und dein Stab, sie trösten mich. 5 Du deckst mir den Tisch vor den Augen meiner Feinde. Du hast mein Haupt mit Öl gesalbt, übergewollt ist mein Becher. 6 Ja, Güte und Huld werden mir folgen mein Leben lang / und heimkehren werde ich ins Haus des HERRN für lange Zeiten.“ (Psalm 23)

In diesem Sinne: Gott schütze Sie und Ihre Familie.