

PROF. DR. IUR. MARTIN SCHWAB

Danziger Straße 45b, 33605 Bielefeld

Tel. 01577/4684535

martin.schwab.law@protonmail.com

An das
Bundesverwaltungsgericht
Simsonplatz 1
04107 Leipzig

Bielefeld, den 3.6.2022

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

Im oben genannten Wehrbeschwerdeverfahren nehme ich zum Vortrag der Beschwerdegegnerin in der mündlichen Verhandlung sowie zum seitherigen schriftsätzlichen Vorbringen der Beschwerdegegnerin wie folgt Stellung:

I. Mündliche Verhandlung vom 2.5.2022

Die Eindrücke aus dem mündlichen Vorbringen der Beschwerdegegnerin lassen sich in einem Satz zusammenfassen: Die Beschwerdegegnerin mauert bei den Daten und verstrickt sich in Widersprüche!

1. Zweck der verpflichtenden COVID-Injektionen

Nach § 17a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 Soldatengesetz hat ein Soldat ärztliche Maßnahmen zu dulden, wenn sie der Verhütung oder Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dienen. Wie bereits mit Schriftsatz vom 14.4.2022 vorgetragen wurde, handelt es sich bei den COVID-Injektionen nicht um „ärztliche Maßnahmen“, und diese „dienen“ darüber hinaus auch gar nicht dem soeben beschriebenen Zweck, solange nicht bei jedem einzelnen Soldaten individuell festgestellt wird, in welchem Umfang er bereits über eine Immunität verfügt.

Als wir das in der mündlichen Verhandlung wiederholten, erwiderte ein Vertreter des Bundesverteidigungsministeriums (Oberst Bullwinkel), das Impfschema diene insgesamt (!), also ohne COVID-19 eigens hervorzuheben, der Gesunderhaltung. Damit wick das Bundesverteidigungsministerium unserem Einwand aus: Streitgegenstand ist doch gerade, ob speziell die Aufnahme der COVID-Injektionen diesem Zweck dient!

2. Gefährlichkeit von COVID-19

Als das Gericht die Frage thematisierte, wie gefährlich die Krankheit COVID-19 wirklich ist, trugen wir vor, diese Erkrankung treffe ganz überwiegend ältere und vorerkrankte Menschen. Oberstarzt Prof. Dr. Kehe erwiderte, ihm sei jedes Menschenleben wichtig.

Das provoziert die Frage, ob Herrn Kehe auch das Leben jener Soldaten wichtig ist, die potentiell an der Impfung sterben werden. Aufschlussreich war hierzu – zu einem deutlich späteren Zeitpunkt in der Verhandlung –, was Herr Kehe zu den Impfnebenwirkungen ausführte: Bei 360.000 verabreichten Spritzen will die Bundeswehr lediglich 47 Fälle als Impfnebenwirkung gemeldet haben, darunter einen Todesfall: Vorhofflimmern nach Moderna-Injektion. Der schriftsätzliche Vortrag der Beschwerdegegnerin lautet mittlerweile: 54 gemeldete Fälle von Impfnebenwirkungen bei 480.000 verabreichten Spritzen. Die Frage, ob der verstorbene Soldat obduziert worden sei, wurde von Herrn Kehe in der mündlichen Verhandlung verneint.

Ein glaubhaftes Interesse an der Todesursache stelle ich mir definitiv anders vor. So furchtbar wichtig scheint Herrn Kehe das Leben der Soldaten dann doch nicht zu sein.

3. Monitoring von Impfnebenwirkungen

Dieses Desinteresse des Bundesverteidigungsministeriums zeigt sich auch an anderer Stelle: Ein weiterer Vertreter des Bundesverteidigungsministeriums, Oberstarzt Prof. Dr. Steinestel, führte aus, dass Thrombosen eine bekannte Impfnebenwirkung seien und dass es hierzu bei der Bundeswehr ein Monitoring gebe.

Ich frage hiermit die Beschwerdegegnerin, wie dieses Monitoring aussieht: Werden bei jedem Soldaten unmittelbar vor und 4-7 Tage nach der Injektion die Blutgerinnungswerte (D-Dimere) gemessen? Und dokumentiert? Und die Ergebnisse zentral erfasst?

4. Feststellung von Infektion, Krankheit und Todesursachen

Das Bundesverteidigungsministerium legte Zahlen vor. Insgesamt sind (Stand 29.4.2022) nach Auskunft von Prof. Dr. Kehe, seit COVID-19 als Krankheit bekannt ist, 59.529 Soldaten hieran erkrankt; aktuell werden 6.590 Fälle gezählt. Die Diagnose werde durch RT-PCR gestellt. Die Bundeswehr verfüge über ein eigenes Labor, das in der Lage sei, die Viren anzuzüchten. Es liege also eine Infektion vor, und zwar durch SARS CoV-2.

Das hörte sich zunächst so an, als wäre in allen bei der Bundeswehr dokumentierten Fällen vermehrungsfähiges Virus festgestellt worden. Diese Auskünfte forderten das Verlangen nach Präzisierung heraus. Die Beschwerdegegnerin blieb auch hier jeglichen schlüssigen Vortrag schuldig:

a) Verstorben an oder mit Corona?

An späterer Stelle führte nämlich Oberstarzt Prof. Dr. Steinestel aus, er behandle selbst COVID-Patienten, und 84% der Verstorbenen seien AN Corona gestorben. Diese Angabe steht im Widerspruch zu Medienberichten, die belegen, dass ein großer Prozentsatz jener, die nach positivem PCR-Test als Corona-Patienten geführt werden, in Wirklichkeit aus ganz anderen Gründen um eine stationäre Behandlung in einer Klinik nachgesucht haben; die WELT berichtete hierzu z.B. am 18.3.2022: <https://www.welt.de/debatte/kommentare/plus237618105/Corona-Politik-Deutschlands-post-faktischer-Umgang-mit-dem-Virus.html> und am 24.3.2022: <https://www.welt.de/vermishtes/plus237758181/Helios-Kliniken-Grossteil-der-Covid-Patienten-nicht-wegen-Covid-hospitalisiert.html>.

1. Häufung der positiven Fälle im Winter 2021/2022?

Auffällig erscheint, dass die Corona-Krise jetzt immerhin schon über zwei Jahre andauert und die aktuellen 6.590 Fälle immerhin 11% der insgesamt – seit Ausbruch der Corona-Krise – erfassten 59.529 Fälle ausmachen.

Ich frage hiermit die Beschwerdegegnerin, wie viele dieser 6.590 Fälle symptomatisch erkrankt, wie viele nur positiv getestet und wie viele lediglich als Kontaktpersonen in Quarantäne gesetzt wurden.

Wenn die 6.590 Soldaten, die aktuell wegen Corona ausfallen, tatsächlich alle an COVID-19 erkrankt sind und nicht nur gesund in Quarantäne geschickt wurden, fragt sich, wie ausgerechnet jetzt, da die Truppe zu 94% durchgeimpft ist, eine so hohe Inzidenz erklärt werden kann. Bereits in der mündlichen Verhandlung hatte ich die Frage gestellt, ob mehr oder weniger als 6.196 Soldaten (das sind 94% von 6.590) diese Injektion bekommen haben. Darauf bekam ich nur zur Antwort, da ja die meisten Soldaten insgesamt geimpft seien, werde auch die Zahl der geimpften Soldaten bei den aktuell Erkrankten überwiegen.

Genauere Zahlen wurden nicht genannt. Das ist zu bedauern. Denn immerhin hätten belastbare Daten ein Indiz für eine positive oder negative Impfeffektivität liefern können. Wenn unter den aktuell Erkrankten mehr als 94% geimpft sein sollten, würde dies darauf hindeuten, dass die Impfkampagne in der Bundeswehr nicht nur nichts gebracht, sondern sogar mehr geschadet als genutzt hat. Interessiert sich die Bundeswehr nicht für die Wirksamkeit der COVID-Injektionen?

Daher frage ich mich auch, woher Oberstarzt Dr. Steinestel seine Aussage nimmt, dass seit den Impfungen die Inzidenz innerhalb der Bundeswehr um 50% gesunken sei. Eben dies äußerte er in der mündlichen Verhandlung. Warum sind dann gerade jetzt so viele Soldaten COVID-krank? Und wie kommt es, dass bis zum 15.10.2021 gerade mal insgesamt 9.000 Fälle dokumentiert sind (Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 22.5.2022, S. 13), es also anderthalb Jahre wenige Fälle gegeben hat, diese Zahl dann aber bis zum 29.4.2022 sprunghaft auf 59.529 Fälle

angestiegen ist? Kann das wirklich für den angeblich so hohen Immunisierungseffekt der COVID-Injektionen innerhalb der Bundeswehr sprechen? Wie passt das mündliche Statement von Herrn Steinestel zu den Inzidenzahlen, die im Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 22.5.2022 auf S. 7 aufgelistet sind?

Ich frage hiermit die Beschwerdegegnerin erneut, ein wie hoher Anteil der aktuell an COVID-19 erkrankten Soldaten der Bundeswehr gegen COVID-19 geimpft ist (bitte aufschlüsseln: wie viele haben eine Impfdosis, wie viele zwei Impfdosen, wie viele drei Impfdosen, wie viele vier oder mehr Impfdosen erhalten?). Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, es gebe keine Aufschlüsselung zwischen geimpften und nicht geimpften Soldaten, da diese Zahlen nicht erfasst würden (Schriftsatz vom 22.5.2022, S. 17), erscheint kaum glaubhaft: Muss die Bundeswehr nicht daran interessiert sein, diese Zahlen in beiden Kohorten getrennt zu erfassen, um die Impfeffektivität in der Truppe zu überwachen?

Im Schriftsatz vom 11.5.2022, S. 23 legt die Beschwerdegegnerin die Annahme zugrunde, dass alle Soldaten, die sich der COVID-Injektion unterzogen haben, bislang insgesamt drei Impfdosen empfangen haben. Angesichts der Tatsache, dass viele Soldaten die Injektion zunächst ablehnten und mit disziplinarischen Mitteln zur Spritze gezwungen wurden, erscheint diese Darstellung nicht ohne weiteres glaubhaft.

2. Risikofaktoren

Prof. Dr. Susanne Wagner, die auf unseren Wunsch als Expertin gehört wurde, erläuterte, dass für einen schweren Verlauf vor allem die Risikofaktoren Fettleibigkeit und Angststörungen eine Rolle spielten. Oberstarzt Prof. Dr. Roman Wölfel, erwiderte, er kenne auch COVID-Patienten, bei denen diese Risikofaktoren nicht vorlägen.

Das mag ja alles sein – aber es widerlegt die Aussage von Susanne Wagner nicht! Auch hier wären belastbare Daten hilfreich.

Ich frage daher die Beschwerdegegnerin: Welche Anamnese veranlasst die Bundeswehr bei COVID-Patienten? Gibt es bestimmte körperliche Vorbedingungen, die bei den Soldaten der Bundeswehr eine COVID-19-Erkrankung statistisch begünstigen?

Diese Frage stellt sich umso drängender, als die Beschwerdegegnerin auf S. 21 ihres Schriftsatzes vom 11.5.2022 die Daten von Prof. Dr. Arne Burkhardt mit der Begründung kritisiert, für die Bewertung dieser Daten sei eine Anamnese auf eine Vielzahl von Vorerkrankungen hilfreich, die von der Beschwerdegegnerin im Einzelnen aufgelistet werden. Wie genau nimmt die Beschwerdegegnerin das Erfordernis einer Anamnese bei ihren eigenen Soldaten?

3. Schwere COVID-19-Verläufe

Auf gerichtliche Nachfrage zum Thema schwere COVID-Verläufe konnte die Beschwerdegegnerin keine Daten vorlegen! Oberstarzt Prof. Dr. Steinestel führte an späterer Stelle aus, die Zahl der Long-COVID-Patienten sei durch die Impfung signifikant gesunken. Er erhoffe sich von der Impfung auch die Verminderung der Anzahl schwerer Verläufe. In diesem Kontext räumte er allerdings ein, dass die Datenbasis bei der Bundeswehr nicht gut sei.

Das provozierte die Frage, warum dann aber Oberstarzt Prof. Dr. Kehe im Brustton der Überzeugung beteuerte, die Impfnebenwirkungen seien von der Bundeswehr vollständig erfasst worden: Woher schöpft das Bundesverteidigungsministerium diese Zuversicht? Antwort von Herrn Kehe: Anders als bei einem schweren Verlauf sei ein Soldat bei einem Impfschaden verpflichtet, dies bei seiner Dienststelle zu melden, und er habe an einer solchen Meldung auch ein eigenes Interesse. Schließlich könne er auf Versorgungsleistungen wegen Wehrdienstbeschädigung hoffen.

Diese Antwort kann nicht überzeugen. Wie kann es sein, dass die Beschwerdegegnerin es nicht mitbekommt, wenn ein Soldat wegen einer COVID-19-bedingten Lungenentzündung stationär behandelt wird und längere Zeit ausfällt? Selbst wenn der Soldat in einem zivilen Krankenhaus behandelt wird: Fragt da bei der Bundeswehr nicht irgendwann mal jemand nach? Und wie kann die Führung der Bundeswehr eine COVID-Injektion für duldungspflichtig erklären, wenn sie nicht weiß, wie groß das Risiko eines schweren Verlaufs ist?

4. Vom subjektiven Empfinden einer Impfreaktion zum gemeldeten Verdachtsfall

Wenn die Bundeswehr tatsächlich nur 47 (bzw. aktuell 54) Fälle von Impfnebenwirkungen gemeldet hat, stellt sich die Frage, wie viele Soldaten bei ihren Truppenärzten insgesamt mit dem subjektiven Gefühl vorstellig wurden, sie könnten einen Impfschaden erlitten haben.

Ich frage hiermit die Beschwerdegegnerin: Wie viele Soldaten, die sich nach der Impfung über das übliche Maß hinaus körperlich beeinträchtigt fühlten, wurden *nicht* als Verdachtsfälle gemeldet?

Diese Frage ist essentiell. Denn es häufen sich Medienberichte, wonach Patienten mit Beschwerden, die sie auf die COVID-Injektionen zurückführen, von den Ärzten nicht ernst genommen werden. In meinem Schriftsatz vom 14.4.2022 hatte ich bereits einige dieser Medienberichte genannt. Ergänzend verweise ich auf SWR vom 10.5.2022, <https://www.swr.de/swr2/wissen/verdraengte-corona-impfschaeden-schwere-einzelfaelle-wenig-forschung-swr2-wissen-2022-05-11-100.html>; Bayerischer Rundfunk vom 18.5.2022, <https://www.br.de/nachrichten/wissen/corona-impfung-mit-den-nebenwirkungen-alleingelassen,T6AzlmY>. Die Beschwerdegegnerin hat hierzu bisher keine Zahlen präsentiert.

II. Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 11.5.2022

Die Passage zur angeblichen Widerlegung der Ausführungen von Prof. Dr. Sucharit Bhakdi im Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 11.5.2022 stammt, wie sich aus der Überschrift S. 1 ergibt, von Oberstarzt Prof. Dr. Roman Wölfel.

1. Kernelemente der Pandemie-Erzählung

Herr Wölfel hat sich in der mündlichen Verhandlung vom 2.5.2022 zu einigen Kernelementen der Pandemie-Erzählung geäußert. Dies festzuhalten ist hier deshalb bedeutsam, weil es für die Beurteilung der Glaubwürdigkeit von Herrn Wölfel als Experten und für die Bewertung der Sachaussagen im Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 11.5.2022 von Bedeutung ist. Im Einzelnen äußerte Herr Wölfel Folgendes:

- SARS CoV-2 könne auch durch jemanden übertragen werden, der keine Symptome habe.
- Bei SARS CoV-2 gebe es keine Kreuzimmunität. Das zeige sich daran, dass Milliarden Menschen auf der Welt an COVID-19 erkrankt seien. Die massenhaften positiven PCR-Tests, die auf der ganzen Welt durchgeführt wurden, setzt Herr Wölfel also offenbar mit Erkrankungen gleich.

Dem ist – bevor auf die Einlassungen von Herrn Wölfel zu Herrn Bhakdi im Einzelnen eingegangen werden kann – Folgendes entgegenzuhalten:

a) Symptomlose Ansteckung?

Als angeblich erster COVID-19-Fall in Deutschland wurde in einem Brief an die Herausgeberschaft des New England Journal of Medicine eine chinesische Geschäftsfrau präsentiert, die – angeblich symptomlos – an einem Meeting in einem Münchener Unternehmen teilgenommen und dabei die anderen Teilnehmer des Meetings angesteckt habe; erst nach ihrer Rückkehr nach China sei die COVID-19-Diagnose gestellt worden. An diesem Brief, der am 30.1.2020 als Preprint vorgestellt wurde und am 5.3.2020 im New England Journal of Medicine erschien, waren Herr Wölfel und außerdem Prof. Dr. Christian Drosten beteiligt.

Beweis: Rothe et al., Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32003551/>
DOI: 10.1056/NEJMc2001468.

Bereits am 3.2.2020, also über einen Monat, bevor dieser Brief im New England Journal of Medicine erschien, war indes bekannt geworden, dass die chinesische Geschäftsfrau sehr wohl Symptome hatte und ein fiebersenkendes Medikament einnahm, um überhaupt an dem Meeting teilnehmen zu können. Herausgekommen war dies, nachdem das RKI entsprechende Ermittlungen angestellt hatte.

Beweis: Kai Kupferschmidt in einem Beitrag vom 3.2.2020 auf <https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong>.

Diese Erkenntnis veranlassten das Autorenteam – und damit auch die Herren Wölfel und Drosten – indes keineswegs, den Brief zurückzuziehen. Sie ließen es vielmehr zu, dass der Brief gleichwohl abgedruckt wurde, obwohl sich der angebliche Erkenntnis-Mehrwert, nämlich der angebliche Beweis einer symptomlosen Übertragbarkeit von SARS CoV-2, endgültig zerschlagen hatte. In einer Folgestudie, an der die Herren Wölfel und Drosten ebenfalls beteiligt waren, erfuhr der Leser sodann, dass die chinesische Geschäftsfrau kurz vor ihrem Abflug nach Deutschland noch Kontakt zu ihren COVID-19-kranken Eltern in Wuhan gehabt hatte – eine Information, die durchaus schon im Brief im New England Journal of Medicine von Interesse gewesen wäre.

Beweis: Böhmer et al., Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30314-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30314-5).

Damit ist zunächst der Nachweis erbracht, dass Oberstarzt Prof. Dr. Roman Wölfel ein wesentliches Kernelement der Pandemie-Erzählung, nämlich die These von der angeblichen symptomlosen Ansteckungsfähigkeit von SARS CoV-2, mit Hilfe von eklatantem wissenschaftlichem Fehlverhalten in die Welt gesetzt hat. Das Fehlverhalten besteht darin, dass Herr Wölfel zusammen mit den anderen Autoren als Beweis der angeblichen symptomlosen Ansteckungsfähigkeit wissentlich einen Fall präsentierte, der zum Beleg dieser These offensichtlich nicht geeignet war.

Diese Erkenntnis erschüttert ganz massiv die Glaubhaftigkeit des Vortrags der Beschwerdegegnerin in ihrem Schriftsatz vom 11.5.2022, soweit dieser die Auseinandersetzung von Herrn Wölfel mit Herrn Bhakdi betrifft. Herr Wölfel nimmt es offensichtlich mit der wissenschaftlichen Redlichkeit nicht so genau.

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:

- 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.
- 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).
- 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.
- d) Es ist möglich, dass Abstrich-Proben, die (insbesondere durch Blut) kontaminiert und daher für die Diagnostik unverwertbar sind, gleichwohl aber verwertet werden.
- 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, 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.

2. Roman Wölfel vs. Sucharit Bhakdi

Im Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 11.5.2022 setzt sich Herr Wölfel mit dem Vortrag von Herrn Bhakdi in der mündlichen Verhandlung vom 2.5.2022 auseinander – und verstrickt sich dabei selbst in Widersprüche.

So wird es in besagtem Schriftsatz auf S. 6 unten als Mangel der Studie Marking et al. angesehen, dass aus hohen RNA-Werten bei einer RT-qPCR indirekt auf eine hohe Infektiosität der Personen geschlossen werde, die in die Studie einbezogen worden seien. Eigene Messungen zur Infektiosität der nachgewiesenen Viren seien aber nicht durchgeführt worden.

Damit gibt Herr Wölfel zu, dass ein PCR-Test keine Infektion nachweist. Das steht im Widerspruch zu seiner Aussage in der mündlichen Verhandlung vom 2.5.2022, es seien Milliarden Menschen an COVID-19 erkrankt. Denn mit „erkrankt“ kann Herr Wölfel bei dieser Größenordnung nur gemeint haben „positiv getestet.“ Ein Widerspruch ergibt sich außerdem zu dem Vortrag auf S. 17 des Schriftsatzes der Beschwerdegegnerin vom 22.5.2022, wo ein positiver Test ungeniert mit einer (ggf. symptomlosen) Krankheit gleichgesetzt wird.

Auf S. 8 des Schriftsatzes vom 11.5.2022 versucht Herr Wölfel die Bedenken von Herrn Bhakdi wegen der Lipid-Nanopartikel als Schutzhülle für die mRNA zu relativieren. Die Autoren der Studie Ndeupen et al. hätten selbst darauf hingewiesen, dass die bei Nagetieren verabreichten Impfstoffdosen und -volumina viel höher seien als beim Menschen (warum eigentlich?) und dass daher detaillierte Studien zur Dosis-/Volumen-Reaktion erforderlich seien.

Wenn das stimmt, fragt man sich mit allem Nachdruck, warum dann aber die mRNA-Injektionen schon auf breiter Fläche als Impfstoff gespritzt werden, *ohne* dass diese detaillierten Studien bislang durchgeführt worden sind. Herr Wölfel bestätigt damit den Vortrag in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022, dass die Hersteller der COVID-Injektionen derzeit eine Dosisfindungsstudie an der gesamten Menschheit ausführen und dass daher alle, die sich diese Injektion verabreichen lassen bzw. denen sie zwangsweise verabreicht wird – also auch die Soldaten der Bundeswehr – an einem globalen Impffexperiment teilnehmen, ohne jemals danach gefragt worden zu sein, ob sie als Probanden für eine experimentelle wissenschaftliche Studie zur Verfügung stehen.

3. Konrad Steinestel vs. Sucharit Bhakdi und Arne Burkhardt

a) Nutzen-Risiko-Verhältnis

Auf S. 8 unten im Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 11.5.2022 tritt Herr Steinestel der These von Herrn Bhakdi entgegen, das Nutzen-Risiko-Verhältnis der COVID-Injektionen sei Null und das Risiko-Nutzen-Verhältnis sei unendlich. Um diese These zu widerlegen, führt Herr Steinestel die Studie Barda et al., Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting, DOI: 10.1056/NEJMoa2110475 ins Feld, wo sich an einer Studienpopulation von 885.000 Personen gezeigt habe, dass das Risiko zahlreicher Nebenwirkungen, die Herr Steinestel im Einzelnen auflistet, nach einer COVID-19-Infektion deutlich höher sei als nach einer COVID-Injektion mit dem BioNTech-Wirkstoff.

Diese Studie wurde mit Hilfe von Drittmitteln gefördert. Drittmittelgeber ist die Ivan and Francesca Berkowitz Family Living Laboratory Collaboration. Deren Ziele werden im Internet (<https://www.berkowitzlivinglaboratory.org/about>) wie folgt beschrieben (Hervorhebungen nicht im Original):

*“As early as the 19th century, Sir William Osler, one of the founders of modern medicine, cautioned that while the good physician treats the disease, the great physician treats the patient with the disease. **New insights into human biology, genetics, genomics, big-data science, clinical medicine, and computation** have given Osler’s words new meaning and brought precision medicine ever closer to reality.*

*Untangling the precise factors that underlie modern medical mysteries can illuminate individualized treatments based on a person’s **genetic predispositions**, immune profile, health history, and lifestyle. Such insights can propel the science and practice of precision medicine forward and have a profound effect on human health.*

*Made possible by a generous philanthropic gift by Ivan and Francesca Berkowitz and Family, the Ivan and Francesca Berkowitz Family Living Laboratory Collaboration is a collaboration between Harvard Medical School and Clalit Research Institute. These two institutions are uniquely positioned to **accelerate the generation of valuable biomedical knowledge** that will have the power to inform better treatments, care, and prevention, and improving the health and wellbeing of generations to come. Together, we will create an unparalleled Living Laboratory environment in which world-class biomedical researchers, clinicians, and data scientists will investigate important questions in the fields of precision medicine and predictive health.*

The research mission of this collaboration is to leverage this unparalleled living laboratory environment to investigate important biomedical questions in precision medicine and predictive health.

The educational mission of this collaboration is to train the next generation of leaders in translational biomedical informatics, computational biology, and precision medicine research and practice.

As a separate clinical effort, Clalit Health Services will establish The Ivan and Francesca Berkowitz Family Precision Medicine Clinic, also funded by a philanthropic gift by Ivan and Francesca Berkowitz and Family.”

Deutsche Übersetzung (mit www.DeepL.com/Translator):

*"Bereits im 19. Jahrhundert mahnte Sir William Osler, einer der Begründer der modernen Medizin, dass der gute Arzt zwar die Krankheit behandelt, der großartige Arzt aber den Patienten mit der Krankheit behandelt. **Neue Erkenntnisse in der Humanbiologie, der Genetik, der Genomik, der Big-Data-Wissenschaft, der klinischen Medizin und der Computertechnik** haben Oslers Worten eine neue Bedeutung verliehen und die Präzisionsmedizin immer näher an die Realität gebracht.*

*Die Entschlüsselung der genauen Faktoren, die den modernen medizinischen Rätseln zugrunde liegen, kann individualisierte Behandlungen ermöglichen, die auf den **genetischen Veranlagungen**, dem Immunprofil, der Gesundheitsgeschichte und dem Lebensstil einer Person basieren. Solche Erkenntnisse können die Wissenschaft und Praxis der Präzisionsmedizin vorantreiben und sich tiefgreifend auf die menschliche Gesundheit auswirken.*

*Die Ivan and Francesca Berkowitz Family Living Laboratory Collaboration wird durch eine großzügige Spende von Ivan und Francesca Berkowitz und Familie ermöglicht und ist eine Zusammenarbeit zwischen der Harvard Medical School und dem Clalit Research Institute. Diese beiden Institutionen sind einzigartig positioniert, um **die Gewinnung wertvoller biomedizinischer Erkenntnisse zu beschleunigen**, die die Grundlage für bessere Behandlungen, Pflege und Prävention bilden und die Gesundheit und das Wohlergehen künftiger Generationen verbessern. Gemeinsam werden wir ein einzigartiges Umfeld für ein Lebendes Labor schaffen, in dem biomedizinische Forscher, Kliniker und Datenwissenschaftler von Weltrang wichtige Fragen in den Bereichen Präzisionsmedizin und prädiktive Gesundheit untersuchen werden.*

Der Forschungsauftrag dieser Zusammenarbeit besteht darin, diese einzigartige lebende Laborumgebung zu nutzen, um wichtige biomedizinische Fragen der Präzisionsmedizin und der prädiktiven Gesundheit zu erforschen.

Der Bildungsauftrag dieser Zusammenarbeit besteht darin, die nächste Generation von Führungskräften in der translationalen biomedizinischen

Informatik, der Computerbiologie und der Forschung und Praxis der Präzisionsmedizin auszubilden.

Als separates klinisches Projekt wird Clalit Health Services die Ivan and Francesca Berkowitz Family Precision Medicine Clinic einrichten, die ebenfalls durch eine philanthropische Spende von Ivan und Francesca Berkowitz und Familie finanziert wird."

Diese Selbstwahrnehmung des Drittmittelgebers vermittelt nicht den Eindruck, als ob man dort über Forschungsergebnisse begeistert wäre, die den Gen-Spritzen, die derzeit als Impfstoffe verabreicht werden, Misserfolg bescheinigen.

Die Autoren der Studie sehen sich, wie sie ausdrücklich einräumen, aus Gründen des Datenschutzes nicht in der Lage, die Rohdaten der Studie offenzulegen. Die Studie ist daher nicht intersubjektiv nachprüfbar. Die geimpfte Kohorte wurde 21 Tage im Anschluss an die erste und 21 Tage im Anschluss an die zweite Impfdosis beobachtet. Die nicht geimpfte Kohorte wurde 42 Tage im Anschluss an die Diagnose beobachtet. In die Studie eingeschlossen wurden ausschließlich Personen, die zuvor noch nie mit SARS CoV-2 infiziert waren. Auf dieser Grundlage errechnen die Autoren zwar (z.B.) ein erhöhtes Myokarditis-Risiko nach Impfung, aber ein noch deutlich mehr erhöhtes Myokarditis-Risiko nach Infektion.

Indes: Daraus den Schluss zu ziehen, die COVID-Injektionen wiesen ein positives Nutzen-Risiko-Verhältnis auf, beruht auf mehreren Denkfehlern:

- Die Studie war so konzipiert, dass die einbezogenen Personen *entweder* infiziert *oder* geimpft wurden. Wir wissen heute indes – und zwar nicht zuletzt aus den SARS CoV-2-Wochenberichten des RKI, namentlich aus jenem vom 28.4.2022 – dass Infektion und Impfung in der Praxis keine sich gegenseitig ausschließenden Alternativen sind: *Man kann beides haben, Impfung und nachfolgende Infektion*, und viele Personen haben sich offensichtlich nach COVID-Impfung mit SARS CoV-2 infiziert!
- Wer sich die mRNA-Injektionen verabreichen lässt, ist *ganz sicher* dem – auch in der Studie ermittelten – erhöhten Risiko von Impfnebenwirkungen ausgesetzt, und zwar selbst dann, wenn er nicht danach auch noch eine (Durchbruchs-)Infektion durchmacht. Wer sich dem gegenüber die mRNA-Spritze *nicht* verabreichen lässt, ist dem erhöhten Risiko, das angeblich aus der COVID-19-Infektion resultieren soll, nicht automatisch ausgesetzt, sondern nur dann, wenn er sich infiziert. *Wer sagt nun aber, dass alle Menschen, die sich nicht impfen lassen, sich automatisch infizieren werden?* Und wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass man sich überhaupt infiziert?

Um die zweite Frage speziell für die Bundeswehr zu beantworten, lege ich die Zahlen zugrunde, die seitens der Beschwerdegegnerin am 2.5.2022 in der mündlichen Verhandlung vorgetragen wurden. Unter 180.000 Soldaten waren zum 29.4.2022 59.529 Fälle registriert worden. Wie diese Fälle genau beschaffen sind, ist mir nicht

bekannt (deshalb habe ich oben danach gefragt); die wahrscheinlichste Version ist aber die, dass es sich um 59.529 positive PCR-Tests handelt. So verstehe ich auch die Angaben auf S. 17 des Schriftsatzes der Beschwerdegegnerin vom 22.5.2022, wo für Stand 17.5.2022 64.878 Patienten angegeben werden (was allerdings bedeuten würde, dass seit dem 29.4.2022, also innerhalb von nicht einmal drei Wochen, noch über 5.000 Patienten hinzugekommen sein müssten – kann das wirklich sein?).

Unterstellt man jetzt, dass diese positiven Tests auf 59.529 bzw. 64.878 verschiedene Personen entfallen, dass also jede dieser Personen nur ein einziges Mal positiv getestet wurden, waren am 29.4.2022, also nach über 2 Jahren Corona-Krise, ziemlich genau 33% der Truppe irgendwann einmal positiv getestet worden. Mit den Zahlen vom 17.5..2022 wären es 36%.

Das heißt aber eben noch nicht, dass auch 33% (Stand 29.4.2022) bzw. 36% (Stand 17.5.2022) der Soldaten mit SARS CoV-2 infiziert waren. Vielmehr kommen jetzt die bereits wiedergegebenen Einsichten aus dem Epidemiologischen Bulletin Nr. 39/2020 zum Tragen: Nur 1% bis 10% der positiv getesteten Abstrich-Proben enthalten infektiöses Virus. Im – aus der Sicht der Beschwerdegegnerin betrachtet – „günstigsten“ Fall hatten sich also in den letzten über zwei Jahren 3,3% bzw. 3,6% der Truppe mit SARS CoV-2 infiziert. Und in diese Zahl sind die ganzen anderen Fehlerquellen, die der Bewertung eines positiven PCR-Tests als COVID-19-Infektion im Wege stehen können, noch gar nicht mit einkalkuliert.

Mindestens 96,7% bzw. 96,4% der Truppe hatten also entweder noch nie Kontakt mit SARS CoV-2 oder aber (und viel wahrscheinlicher) sie haben auf den Kontakt so reagiert, wie es ein Mensch mit einem intakten Immunsystem eben tut: Das Virus ist gar nicht erst in die Körperzellen eingedrungen und hat sich daher auch gar nicht im Körper vermehren können, weil es schon an den Immunzellen und Antikörpern in den Schleimhäuten des Nasen-Rachenraums gescheitert ist. Genau so stelle ich mir das Immunsystem in einer Truppe vor, die aus körperlich überdurchschnittlich leistungsfähigen Männern und Frauen besteht. Auf die Bedeutung der Schleimhäute für das menschliche Immunsystem habe ich schon in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022 hingewiesen. Diese 96,7% sind offenbar *überhaupt nicht* gefährdet, eine Myokarditis, eine Lungenembolie oder einen Herzinfarkt nach COVID-Infektion zu erleiden. Für sie ist das Nutzen-Risiko-Verhältnis Null und das Risiko-Nutzen-Verhältnis unendlich – genauso wie es Herr Bhakdi ausgeführt hat.

b) Fallbericht Sawatari et al.

Herr Steinestel relativiert die Bedeutung des Fallberichts Sawatari et al., worin eine tiefe Venenthrombose und eine Lungenarterienembolie nach Impfung beschrieben wurden. Aufschlussreich sind die Worte, die Herr Steinestel dabei wählt: Es handle sich um eine bekannte und potentiell lebensbedrohliche Komplikation nach COVID-Infektion und nach mRNA-Impfung. Die Daten seien bekannt und flößen in die Risikobewertung ein.

Das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen: Die Beschwerdegegnerin *weiß*, dass man an der COVID-Impfung lebensbedrohlich erkranken kann. Das hält sie indes nicht davon ab, die COVID-Spritze für duldungspflichtig zu erklären. Dass vergleichbare Beschwerden, wie Herr Steinestel behauptet, nach Infektion statistisch signifikant häufiger auftreten, nach Impfung aber nicht, reicht (selbst wenn es zutreffen sollte, was hiermit bestritten wird) entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin nicht aus, um der Duldungspflicht ihre rechtliche Unbedenklichkeit zu bescheinigen. Denn abermals stellt sich die Frage, wie groß das Risiko ist, dass man sich überhaupt mit SARS CoV-2 infiziert.

c) Fallbericht Maung et al.

Herr Steinestel relativiert die Bedeutung des Fallberichts Maung et al., worin eine Leberentzündung nach Impfung beschrieben wird. Auch hier seien die Daten bekannt und fließen in die Risikobewertung ein. Abermals weiß also die Beschwerdegegnerin, dass sie mittels der Duldungspflicht möglicherweise ihren Soldaten eine Leberentzündung (Autoimmunhepatitis) zufügt, schreckt aber gleichwohl von der Duldungspflicht nicht zurück.

Herr Steinestel führt außerdem ins Feld, dass im Rahmen regelmäßiger Tauglichkeitsuntersuchungen ohnehin Blutentnahmen mit Bestimmung der Leberwerte stattfänden; es gebe also für Hepatitiden nach Impfung ein Monitoring. Dieser Vortrag kann nicht auch nur ansatzweise überzeugen. Ein Monitoring, das diesen Namen verdient, begnügt sich nicht mit einer turnusmäßigen Messung der Leberwerte, sondern strebt eine Messung unmittelbar vor und eine gewisse Zeit nach der Injektion an – wobei der Zeitraum, der nach der Injektion abgewartet werden muss, sich daran zu orientieren hat, in welchem Zeitfenster sich die betreffende Nebenwirkung voraussichtlich einstellen wird.

Ich frage die Beschwerdegegnerin, welche Leberwerte sie regelmäßig messen lässt, ob dies vor und nach der COVID-Impfung geschieht (und wenn ja, wie lange vor und wie lange nach der Impfung) und wenn nein, warum die Beschwerdegegnerin die turnusmäßige Messung von Leberwerten für ausreichend hält, um Hepatitiden im Anschluss an die Impfung zuverlässig nachgehen zu können. Welche Diagnostik wendet die Beschwerdegegnerin an, um das Vorliegen einer Autoimmunhepatitis zu ermitteln?

Der stereotype Vortrag der Beschwerdegegnerin „Die Daten sind bekannt und fließen in die Risikobewertung mit ein“ (der noch öfter wiederholt wird, siehe im Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 11.5.2022 S. 11 zu Karlstad et al., S. 12 zu Roncati et al. und Boettler et al.) fordert darüber hinaus grundsätzliche Kritik heraus. Die Daten *können* der Beschwerdegegnerin gar nicht bekannt sein, weil wir von einer massiven Untererfassung von Impfnebenwirkungen ausgehen müssen; dazu haben wir schriftsätzlich umfänglichen Vortrag gehalten. Im Übrigen läuft die soeben wiedergegebene Argumentation der Beschwerdegegnerin auf folgenden Satz hinaus: „Lieber Soldat, wir wissen, dass Du durch die Impfung eine Hepatitis oder eine

Lungenembolie bekommen kannst. Wir wissen es. Aber wir verpflichten Dich trotzdem, die Spritze zu nehmen. Denn andernfalls stirbst Du *vielleicht* infolge einer Infektion an einer Lungenembolie oder erleidest *vielleicht* infolge einer Infektion eine Hepatitis.“ Damit beruft sich die Beschwerdegegnerin auf einen hypothetischen Kausalverlauf, also eine Reserveursache. Mit diesem Einwand wird indes die Beschwerdegegnerin nach den anerkannten Grundsätzen der Erfolgszurechnung im Strafrecht und im bürgerlichen Deliktsrecht nicht gehört. Wir müssen also festhalten: Die Beschwerdegegnerin nimmt billigend in Kauf, einen Kausalverlauf in Gang zu setzen, der, wenn der für möglich gehaltene Verletzungs- oder Todeserfolg als Folge der Impfung eintritt, den Tatbestand einer vorsätzlichen vollendeten Körperverletzung bzw. eines vorsätzlichen vollendeten Totschlags erfüllt.

d) Studie Aldén et al.

Nach der Studie Aldén et al können die COVID-Injektionen dazu führen, dass die mRNA aus jenen Injektionen sich durch sog. Reverse Transkription in menschliche DNA verwandelt und auf diese Weise in das menschliche Genom integriert wird. Herr Steinestel attestiert dieser Studie methodische Fehler und wundert sich darüber, dass die Limitationen der Studie Herrn Bhakdi nicht bekannt gewesen seien. Am Ende meint Herr Steinestel, die Studie zeige lediglich, dass ein Eiweiß, das in Leberkrebszellen häufig vorkomme und unselektiv mRNA in DNA umwandeln könne, dies auch mit der Impf-mRNA tue. Sie zeige aber keinen Einfluss auf das menschliche Genom.

Unterstellt man, dass die Einwände von Herrn Steinestel stichhaltig sind, so ist damit indes lediglich gesagt, dass die Integration der Impf-mRNA in das menschliche Erbgut nicht *bewiesen* ist. Damit ist indes noch nicht gesagt, dass eine solche Integration *ausgeschlossen* ist. Wenn die Beschwerdegegnerin glaubt, sie könne bei einem *non liquet* über die Genotoxizität der COVID-Injektionen als Siegerin aus dem hiesigen Verfahren hervorgehen, irrt sie indes.

Wie nämlich die Prozessbevollmächtigte Brigitte Röhrig, auf deren gesamten schriftsätzlichen Vortrag ich hiermit vollumfänglich Bezug nehme, bereits mit Schriftsatz vom 28.3.2022 ausgeführt und überzeugend nachgewiesen hat, haben die Hersteller Pfizer/BioNTech und Moderna keinerlei Studien zur Genotoxizität der von ihnen vertriebenen COVID-Injektionen durchgeführt, und die EMA hat derartige Studien auch nicht verlangt. *Wir wissen schlicht und ergreifend nicht, ob die COVID-Injektionen das menschliche Genom verändern.* Es kann aber sehr gut sein, dass sie es tun; der niederländische Forscher und Mikrobiologe Dr. Peter Borger hat dies in einem Video (Ab Minute 18:20 beginnt sein fachlich fundierter Vortrag.) sehr anschaulich erklärt.

Beweis: Video Peter Borger vom 15.1.2022,
<https://www.youtube.com/watch?v=046UL8FEI1g>.

Auf dieses Video wird unten IV. noch näher eingegangen. Aber schon jetzt ist die Feststellung gerechtfertigt, dass die Beschwerdegegnerin es sich viel zu einfach

macht, wenn sie sich auf den Standpunkt zurückzieht, die Einwirkung der Impf-mRNA auf das menschliche Genom sei nicht bewiesen. *Die Beschwerdegegnerin hat kein Recht, an ihren Soldaten ein Impffexperiment zu exekutieren!* Wenn die Beschwerdegegnerin die Duldung der Injektion eines Wirkstoffs für verpflichtend erklären will, dessen Hersteller von der Notwendigkeit bestimmter Prüfungen dispensiert worden ist, *hat sie diese Prüfungen gefälligst selbst vorzunehmen*, bevor sie ihre Soldaten zwingt, die COVID-Injektionen an sich vornehmen zu lassen.

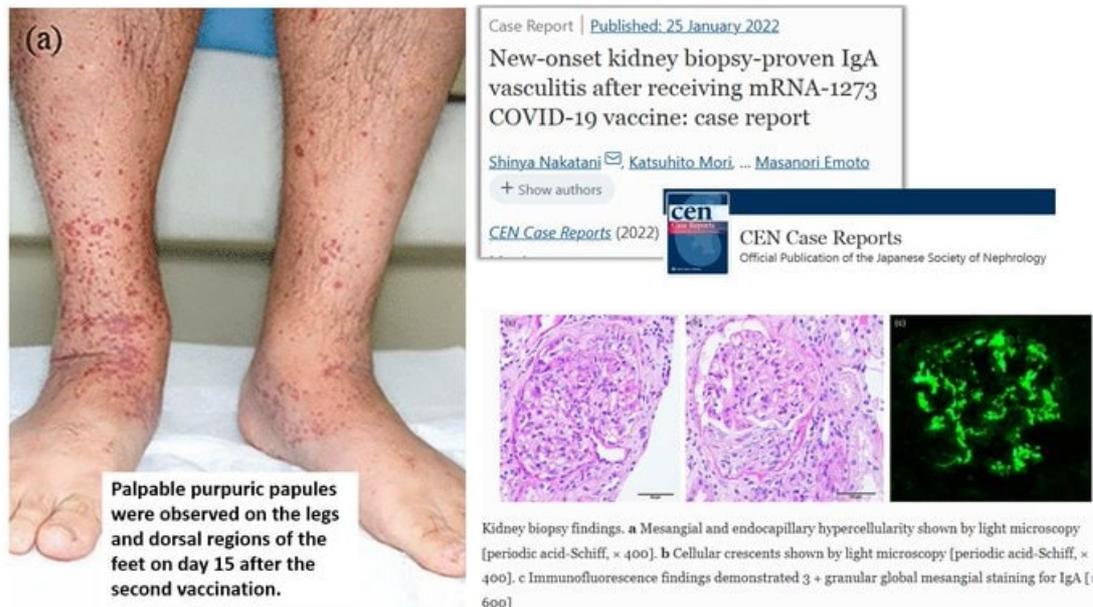
e) Fallstudie Roncati et al.

Herr Steinestel führt aus, dass Blutgerinnsel als seltene Impfkomplication bekannt seien; dies fließe in die Risikobewertung mit ein. Indes kann Herr Steinestel gar nicht wissen, wie selten solche Gerinnsel vorkommen, wenn nicht systematisch unmittelbar vor und 4-7 Tage nach der COVID-Injektion die Blutgerinnungswerte (insbesondere D-Dimere) gemessen werden. Umso wichtiger ist, dass die Beschwerdegegnerin mir die oben bereits gestellte, hierauf bezogene Frage beantwortet.

f) Anekdotischer Charakter von Fallberichten

Im Zusammenhang mit den Fallberichten Sawatari et al. und Maung et al. weist die Beschwerdegegnerin darauf hin, dass aus anekdotischen Fallberichten keine weitergehenden Schlüsse gezogen werden könnten und die Ergebnisse solcher Berichte daher nicht unkritisch in die klinische Praxis übernommen werden könnten. Das veranlasst mich, noch einige weitere „Anekdoten“ zu erzählen – allesamt nach Peer Review in einschlägigen Fachzeitschriften veröffentlicht. Was jetzt folgt, ist eine Auswahl aus einer reichen Fülle von ähnlichen Berichten. Bei dieser Auswahl habe ich mich auf die mRNA-Injektionen beschränkt, da die in der EU zugelassenen Vektor-Impfstoffe, wenn ich die Beschwerdegegnerin richtig verstanden habe, ohnehin keine Rolle mehr spielen.

- (1) Bei einem 47 Jahre alten Mann wurde nach Verabreichung der ersten Moderna-Injektion eine Vaskulitis (Gefäßentzündung) diagnostiziert, die zwar zunächst abklang, aber nach der zweiten Spritze zurückkehrte. Die äußerlichen Merkmale dieser Entzündung sind unverkennbar:



Beweis: Nakatani et al., New-onset kidney biopsy-proven IgA vasculitis after receiving mRNA-1273 COVID-19 vaccine: case report, <https://doi.org/10.1007/s13730-021-00677-9>.

(2) Ein 27jähriger Mann präsentierte sich 24 Stunden nach der ersten BioNTech-Dosis mit schmerzhaften Schwellungen, die dramatische Ausmaße annahmen:

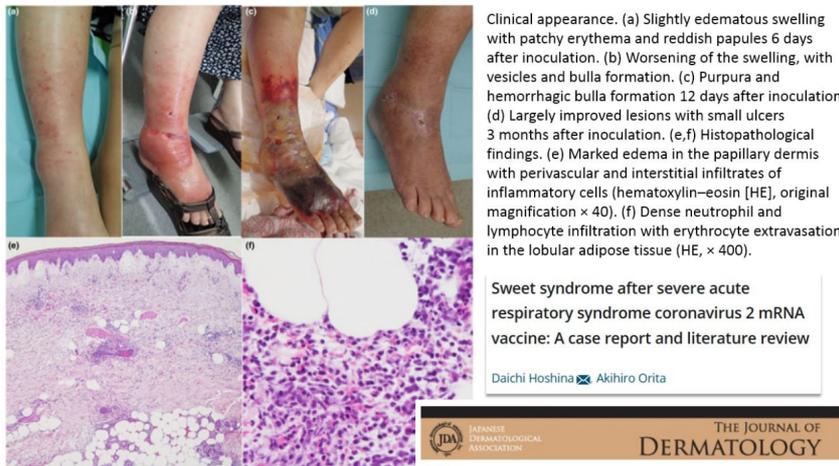


Die Autoren dieser Studie beschränken sich übrigens nicht darauf, den anekdotischen Charakter solch gruseliger Impfschäden hervorzuheben. Vielmehr heißt es unter „Conclusions“:

“With the increasing uptake of mRNA-based vaccines, clinicians should be aware of the diversity of adverse events that may be encountered, including unusual skin manifestations.”

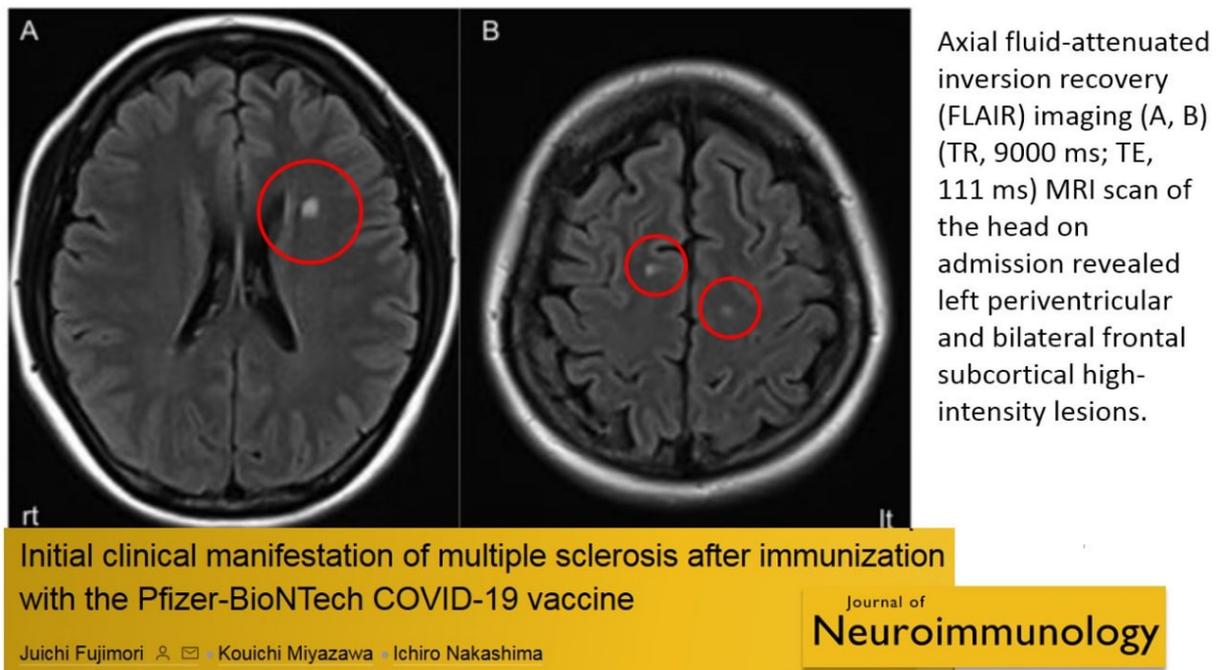
Beweis: Barry et al., Pyoderma Gangrenosum Induced by BNT162b2 COVID-19 Vaccine in a Healthy Adult, <https://doi.org/10.3390/vaccines10010087>.

- (3) Eine 87 Jahre alte Frau präsentierte sich nach der ersten BioNTech-Spritze (von einer zweiten nahm sie dann zum Glück Abstand) mit folgenden Beschwerden, deren Abklingen ganze 8 Wochen in Anspruch nahm:



Beweis: Hoshina/Orita, Sweet syndrome after severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 mRNA vaccine: A case report and literature review, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35037288/> , DOI: 10.1111/1346-8138.16309.

- (4) Eine 40 Jahre alte Frau präsentierte sich nach einer BioNTech-Injektion mit Beschwerden, die sich nach Differentialdiagnose als impfinduzierte Multiple Sklerose herausstellte:



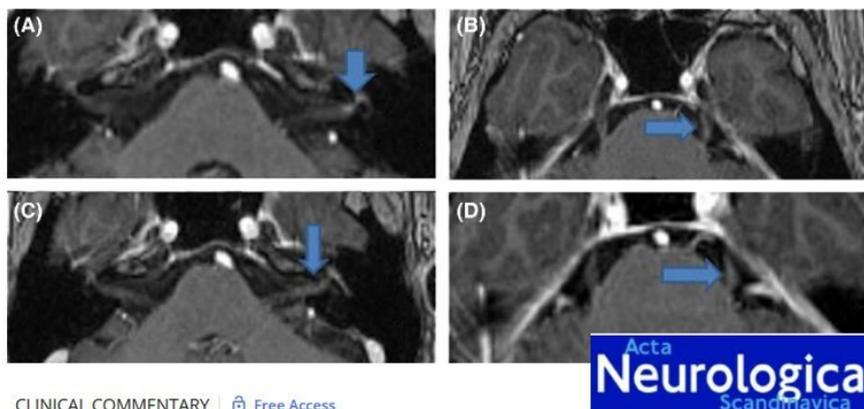
Beweis: Fujimori et al., Initial clinical manifestation of multiple sclerosis after immunization with the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine, <https://doi.org/10.1016/j.jneuroim.2021.577755>.

Neurologische Schäden im Anschluss an die COVID-Injektionen werden in der Literatur mit zunehmender Sorge zur Kenntnis genommen. So heisst es in einer Studie:

“In conclusion, safety concerns against SARS-CoV-2 vaccines are backed by an increasing number of studies reporting neurological side effects. The most frequent of them are headache, GBS, VST, and transverse myelitis. Healthcare professionals, particularly neurologists involved in the management of patients having undergone SARS-CoV-2 vaccinations, should be aware of these side effects and should stay vigilant to recognize them early and treat them adequately.”

Beweis: Finsterer, Neurological side effects of SARS-CoV-2 vaccinations, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ane.13550>, DOI: 10.1111/ane.13550.

(5) Es kann daher kaum überraschen, dass auch Gesichtslähmungen berichtet werden. Dieser Fallbericht betrifft einen 29 Jahre alten, ansonsten zuvor kerngesunden Mann.



Images were acquired by use of T1-weighted, contrast-enhanced MPRAGE TRA ISO sequences, in the axial plane. (A) Gadolinium enhancement in the intracanalicular and labyrinthine segments of the left facial nerve (blue arrow). (B) Contrast enhancement in the intracisternal length of the trigeminal nerve (blue arrow). (C) The contrast enhancement of the facial nerve persists upon repeated examination a month later (blue arrow). (D) The contrast enhancement of the trigeminal nerve persists upon repeated examination a month later (blue arrow)

CLINICAL COMMENTARY | [Free Access](#)

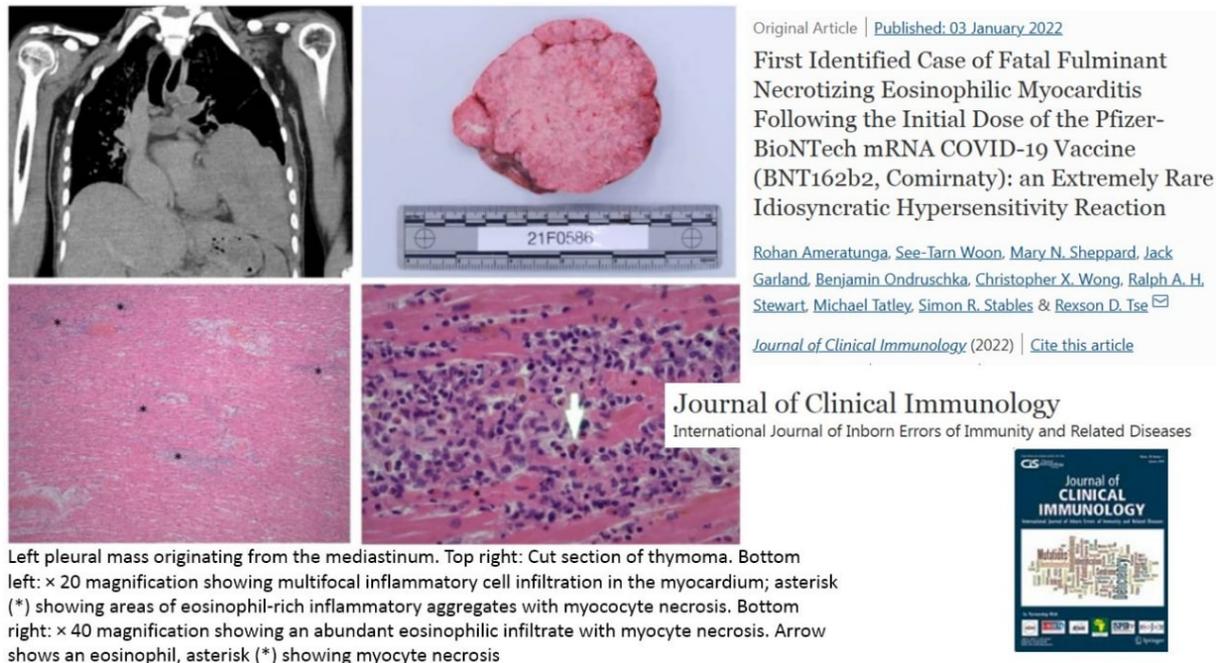
Multiple cranial nerve palsies following COVID-19 vaccination—Case report

Maria Mirabela Manea , Dorin Dragoş, Iulia Enache, Adrian George Sirbu, Sorin Tuta

First published: 02 November 2021 | <https://doi.org/10.1111/ane.13548>

Beweis: Manea et al., Multiple cranial nerve palsies following COVID-19 vaccination—Case report, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34725821/> DOI: 10.1111/ane.13548.

(6) Oftmals ist zu lesen, Herzmuskelentzündungen nach Verabreichung einer COVID-Injektion verliefen meistens mild. Bei dieser 57 Jahre alten Patientin ging es schief. Sie starb nach der ersten BioNTech-Spritze.



Beweis: Ameratunga et al, First Identified Case of Fatal Fulminant Necrotizing Eosinophilic Myocarditis Following the Initial Dose of the Pfizer-BioNTech mRNA COVID-19 Vaccine (BNT162b2, Comirnaty): an Extremely Rare Idiosyncratic Hypersensitivity Reaction, <https://doi.org/10.1007/s10875-021-01187-0>.

Solche Fälle mögen selten sein. Aber wer garantiert einem zur Duldung der COVID-Injektion gezwungenen Soldaten, dass nicht ausgerechnet er der nächste bedauerliche und höchst seltene Einzelfall ist?

Irreversibel kann einer aktuellen Studie zufolge eine impf-induzierte Herzmuskelentzündung werden, wenn der Patient vor der Impfung schon einmal mit SARS CoV-2 infiziert war.

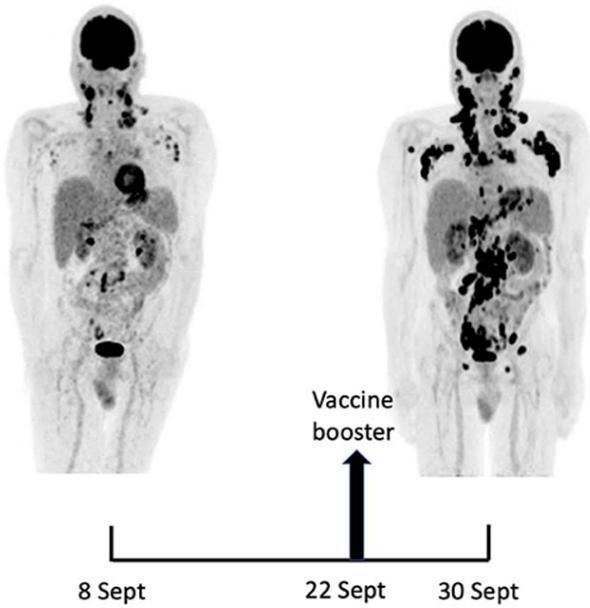
Beweis: Khan et al., COVID-19 Vaccination-Induced Cardiomyopathy Requiring Permanent Left Ventricular Assist Device, <https://www.cureus.com/articles/93217-covid-19-vaccination-induced-cardiomyopathy-requiring-permanent-left-ventricular-assist-device>, DOI: 10.7759/cureus.24477.

Das erhärtet die Berechtigung der schon in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022 erhobenen Forderung, dass bei jedem einzelnen Soldaten der Immunitätsstatus festgestellt werden muss, bevor überhaupt über eine Duldungspflicht diskutiert werden kann.

(7) Krebserkrankungen können ebenfalls eine Konsequenz aus den COVID-Injektionen sein. Einen bemerkenswerten Fall – verabreicht worden war eine BioNTech-Injektion – beschreibt diese Studie:

Before the booster shot

After the booster shot



Rapid Progression of Angioimmunoblastic T Cell Lymphoma Following BNT162b2 mRNA Vaccine Booster Shot: A Case Report

Serge Goldman¹, Dominique Bron², Thomas Tousseyn³, Irina Vierasu¹, Laurent Dewispelaere¹, Pierre Heimann¹, Elie Cogan² and Michel Goldman^{1*}



Maximum-intensity-projection images of ¹⁸F-FDG PET/CT at baseline (8 Sept) and 22 days later (30 Sept), 8 days after BNT162b2 mRNA vaccine injection in right deltoid. 8 Sept: hypermetabolic lymph nodes mainly in the supra-clavicular, cervical, and left axillary regions; restricted gastro-intestinal hypermetabolic lesions. 30 Sept: Dramatic increase in nodal and gastro-intestinal hypermetabolic lesions. Asymmetrical metabolic progression in the cervical, supra-clavicular and axillary area, more pronounced on the right side.

Beweis: Goldman et al., Rapid Progression of Angioimmunoblastic T Cell Lymphoma Following BNT162b2 mRNA Vaccine Booster Shot: A Case Report, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34901098/>, DOI: 10.3389/fmed.2021.798095.

(8) Bereits in meinem Schriftsatz vom 14.4.2022 habe ich unter Beweisantritt vorgetragen, dass die COVID-Injektionen dem natürlichen menschlichen Immunsystem schaden. Ist das Immunsystem einmal unterdrückt, kann dies die Aktivität von Herpes-Viren anregen, die zuvor bei stabiler Immunität im menschlichen Körper ruhten. Bei einem 74 Jahre alten männlichen Patienten ging eine Herpes-Zoster-Infektion nach BioN-Tech-Injektion buchstäblich ins Auge:

Photographs of herpes zoster ophthalmicus. Initial photograph showing erythematous grouped vesicle and crust on the left side of the face in 74-year-old man. The figures are published under agreement of the patient.

A Case Report of Herpes Zoster Ophthalmicus and Meningitis After COVID-19 Vaccination

In-Cheon You , Min Ahn and Nam-Chun Cho

Department of Ophthalmology, Jeonbuk National University Medical School, Research Institute of Clinical Medicine of Jeonbuk National University-Biomedical Research Institute of Jeonbuk National University Hospital, Jeonju, Korea.

Anterior segment photography of the patient at one month. Neurotrophic ulcer showing central corneal smooth, oval with heaped-up epithelium at border.

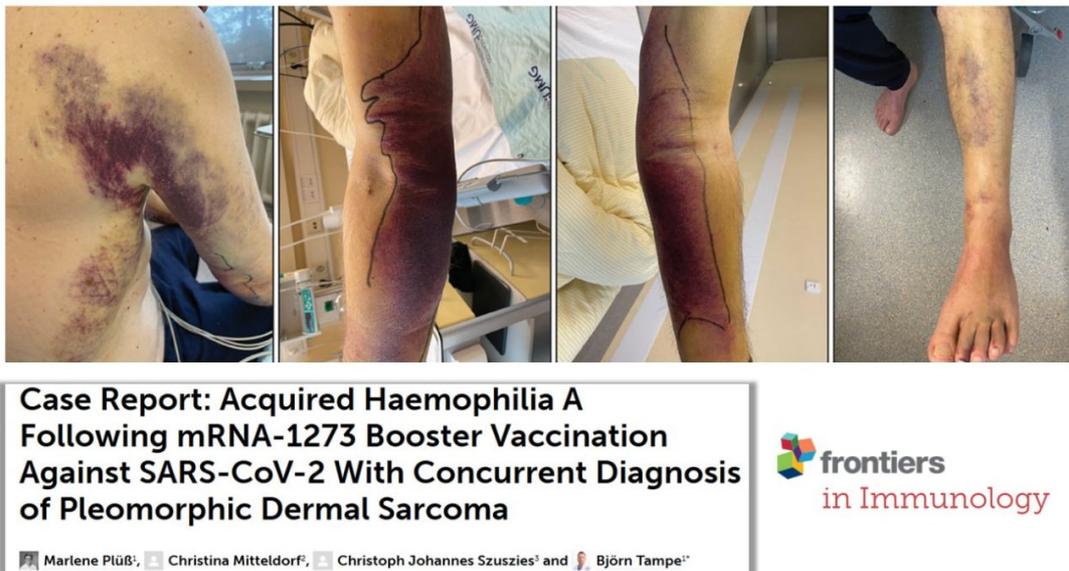
Beweis: You et al., A Case Report of Herpes Zoster Ophthalmicus and Meningitis After COVID-19 Vaccination, <https://doi.org/10.3346/jkms.2022.37.e165>.

(9) Bereits oben war von Gefäßerkrankungen nach mRNA-Impfungen die Rede. Besonders schlimm erwischte es eine 32 Jahre alte Frau nach der zweiten Moderna-Injektion:



Beweis: Godbe et al., Case Report: Idiopathic Subcutaneous Thrombotic Vasculopathy, <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.843793>.

(10) Die Moderna-Spritze war auch für diese Hautveränderung verantwortlich:



Beweis: Plüß et al., Case Report: Acquired Haemophilia A Following mRNA-1273 Booster Vaccination Against SARS-CoV-2 With Concurrent Diagnosis of Pleomorphic Dermal Sarcoma, <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.868133>.

Einen Menschen, der noch einen letzten Rest von Empathie besitzt, können diese Berichte, die nur ein Auszug aus den vielen Fallbeschreibungen sind, nicht unbeeindruckt lassen. *Wie viele „Anekdoten“ dieser Art benötigen die Herren, die uns am 2.5.2022 gegenüber saßen und am 7./8.6.2022 erneut gegenüber sitzen werden, denn noch, bis sie ihren moralischen Kompass wiederfinden?*

Vor dem Hintergrund dieser Fallberichte mutet die Einlassung der Beschwerdegegnerin auf den Vortrag von Prof. Dr. Arne Burkhardt nachgerade zynisch an. Die Beschwerdegegnerin beschränkt sich in ihrer seitenlangen Replik letztlich darauf, zu betonen, warum die von Herrn Burkhardt gefundenen Ergebnisse angeblich wissenschaftlich nicht valide seien. Und wenn die Verstorbenen an Vorerkrankungen litten, haben natürlich diese und nicht die Impfung den Tod herbeigeführt (NB: würden wir über COVID-19-Tote sprechen, so wären der Beschwerdegegnerin die Vorerkrankungen vermutlich herzlich egal!).

Bei alledem wird die Beweislast verkannt: Es muss nicht etwa der duldpflichtige Soldat die Unbedenklichkeit der Substanz, die ihm zwangsweise verabreicht worden ist, widerlegen. Vielmehr muss die Beschwerdegegnerin die Unbedenklichkeit *beweisen* – genauso wie sie im Zulassungsverfahren der Hersteller beweisen muss. Das gilt jedenfalls dann, wenn ein Wirkstoff duldpflichtig gestellt werden soll, der i. S. des Art. 22 Richtlinie 2001/83/EG nur bedingt zugelassen wurde und bei dessen Zulassung von wesentlichen Anforderungen an die Prüfung der Unbedenklichkeit dispensiert wurde.

Was die Frage nach einer Aorten-Dissektion oder auch -Ruptur im Anschluss an eine mRNA-Injektion anbelangt, so ist Folgendes auszuführen: Die Aorta ist die Hauptschlagader. Ein daumendickes Hochdruck-Blutgefäß. Wenn es hier zu einer Dissektion (auch: Ruptur oder auch schlicht Abriss) kommt, entsteht eine lebensbedrohliche Situation, weil es zu massiven inneren Blutungen kommt. Der Tod kann binnen Minuten, wenn nicht gar Sekunden eintreten. In einem solchen Fall ist es mehr als verständlich, wenn die an der Betreuung des Notfalls Beteiligten in erster Linie nicht die wissenschaftliche Verwertung des Falles, sondern die Rettung menschlichen Lebens im Blick haben. Dies mag erklären, warum Ein- oder Abrisse der Aorta im Anschluss an eine COVID-Infektion oder -Injektion in der wissenschaftlichen Fachliteratur bislang insgesamt nur wenig beleuchtet sind. Da die Symptome differentialdiagnostisch auch z.B. einem Herzinfarkt oder einer Lungenembolie zuzusprechen wären, ist davon auszugehen, dass wenn höchst selten ein solcher Todesfall obduziert und auf die Möglichkeit einer Impfnebenwirkung analysiert wird.

Die Beschwerdegegnerin möge sich daher anschicken, für sämtliche von Herrn Burkhardt beschriebenen Fälle einen Zusammenhang mit der Impfung

auszuschließen. Das hat sie bisher nicht auch nur in Ansätzen geleistet, namentlich nicht in ihrem Schriftsatz vom 11.5.2022.

III. Schriftsatz der Beschwerdegegnerin vom 22.5.2022

Die angebliche Wirksamkeit der COVID-Injektionen stützt die Beschwerdegegnerin unter anderem auf Daten aus England. Das verwundert; denn gerade aus England werden Daten gemeldet, die in keiner Weise für die Wirksamkeit der Injektionen sprechen. So ergaben die Daten aus dem März 2022, dass 92% aller COVID-19-Toten geimpft waren – deutlich mehr als die Impfquote in der Gesamtbevölkerung.

Beweis: Waldo Holz in tkp.at vom 24.3.2022, <https://tkp.at/2022/03/24/uk-desaster-92-prozent-der-covid-toten-geimpft/>.

Die ebenfalls von der Beschwerdegegnerin herangezogene dänische Studie (Lyngse et al., Transmission of SARS-CoV-2 Omicron VOC subvariants BA.1 and BA.2: Evidence from Danish Households, <https://doi.org/10.1101/2022.01.28.22270044>) leidet an dem methodischen Mangel, dass die Ansteckungsfähigkeit ausschließlich anhand von PCR- und Antigen-Test-Ergebnissen festgestellt wurde, die indes für diesen Zweck völlig ungeeignet sind, weil sie nicht in der Lage sind, die Vermehrungsfähigkeit des Erregers festzustellen. Aus der Studie Andrews et al., COVID-19 Vaccine effectiveness against the Omicron (B.1.1.529) Variant, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2119451>, DOI: 10.1056/NEJMoa2119451, lässt sich vor allem entnehmen, dass die Wirkung der COVID-Injektionen bereits nach einem halben Jahr so gut wie Null ist. Man muss sich ernsthaft die Frage stellen, was von einer „Impfung“ zu halten ist, die in einem so rasanten Tempo ihre Wirkung verliert. Die Studie arbeitet übrigens mit Daten aus England – wo, wie gezeigt, die COVID-Injektionen offensichtlich nicht in der Lage sind, das Sterbegeschehen zu reduzieren, eher im Gegenteil.

Die Studie Sheikh et al., Severity of omicron variant of concern and effectiveness of vaccine boosters against symptomatic disease in Scotland (EAVE II): a national cohort study with nested test-negative design, [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00141-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00141-4), die in der schottischen Gesamtbevölkerung eine positive Wirkung der Auffrischungsimpfung festgestellt haben will, kontrastiert mit Medienberichten, die gerade der schottischen Impfkampagne ein vernichtendes Zeugnis ausstellen (siehe The Blaze vom 21.1.2022, https://www.theblaze.com/op-ed/horowitz-the-very-concerning-data-from-scotland?utm_source=revcontent; siehe ferner Corona Transition vom 30.11.2021, <https://corona-transition.org/in-schottland-waren-89-prozent-der-covid-19-toten-geimpft> sowie The Exposé vom 25.11.2021, <https://dailyexpose.uk/2021/11/25/pandemic-of-fully-vaccinated-89-percent-covid-deaths-vaccinated/>: 89% der COVID-19-Toten in Schottland vollständig geimpft).

Aus der Studie Madewell et al., Household Secondary Attack Rates of SARS-CoV-2 by Variant and Vaccination Status, <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2791601>,

DOI:10.1001/jamanetworkopen.2022.9317, kann man vor allem schließen, dass die Wirksamkeit der COVID-Injektionen, wenn sie denn jemals gegeben war, jedenfalls bei der Omikron-Variante dramatisch abnimmt. Die Autoren empfehlen die Entwicklung von Impfstoffen im Gleichschritt mit der Evolution des Virus.

IV. Weitere Bemerkungen

1. Verteilung von Lipid-Nanopartikeln im menschlichen Körper

Beharrlich wird von Herstellern, Politikern und Medien behauptet, die mRNA in einer COVID-Injektion verbleibe an der Einstichstelle. Diese Behauptung ist mittlerweile widerlegt.

Mittlerweile hat die Durchsicht der Pfizer-Zulassungsunterlagen, deren Veröffentlichung in den USA gerichtlich erzwungen wurde, ergeben, dass sich die Lipid-Nanopartikel im Tierversuch überall im Körper der eingesetzten Versuchstiere verbreitet haben, namentlich in der Leber:

Beweis:

- Bericht von Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2022/04/23/pruefung-der-kuerzlich-veroeffentlichten-pfizer-dokumente-durch-anwaltsteam/>.
- Daily Clout vom 13.3.2022, <https://dailyclout.io/internal-pfizer-documents-prove-knowledge-that-lipid-nanoparticles-in-mice-subjects-do-not-remain-in-muscle-but-were-shown-to-be-rapidly-distributed-in-the-blood-to-the-liver/>.
- Pfizer-Dokument "Summary of Pharmacokinetic Study"; auf dieses Dokument gelangt man in der soeben zitierten Daily Clout-Quelle, wenn man auf „Continue Reading“ klickt.

Die Lipid-Nanopartikel verpacken die mRNA. Wo sie zu finden sind, ist folglich auch die mRNA nicht weit. Somit fördert die Einsicht in die Ergebnisse der Tierversuche eine ganz andere Frage zutage: Warum wurde das Zulassungsverfahren nicht spätestens nach Durchsicht dieser Studie abgebrochen? War nicht spätestens jetzt absehbar, dass die Lipid-Nanopartikel sich auch im menschlichen Körper verteilen würden – mit völlig unabsehbaren Konsequenzen?

Bereits oben unter III.4. habe ich auf ein Video des niederländischen Forschers Dr. Peter Borger vom 15.1.2022 (<https://www.youtube.com/watch?v=046UL8FE11g>) aufmerksam gemacht. Dr. Peter Borger macht in diesem Video deutlich, dass die Verteilung von Nano-Lipiden, die mittels Injektion in den menschlichen Körper eingebracht werden, um als Träger für die Wirkstoffe von Medikamenten zu fungieren, schon seit Längerem erforscht ist. Bereits in einer Studie aus dem Jahr 2013 wird beschrieben, dass sich die Nano-Lipide überall im Körper der damals eingesetzten Versuchstiere (Mäuse) verteilen, vor allem in der Leber und in den Ovarien, in

geringeren Mengen aber auch in den Muskeln, im Herzen, im Gehirn und in der Bauchspeicheldrüse.

Beweis: Mérian et al., Synthetic Lipid Nanoparticles Targeting Steroid Organs, DOI: 10.2967/jnumed.113.121657, <https://jnm.snmjournals.org/content/54/11/1996>.

Auch andernorts wurden Nanopartikel in den Ovarien von Versuchstieren gefunden.

Beweis: Schädlich et al., Accumulation of nanocarriers in the ovary: A neglected toxicity risk?, <https://doi.org/10.1016/j.jconrel.2012.02.012>.

Die Nano-Lipide wandern also überallhin. Mit großer Wahrscheinlichkeit auch im menschlichen Körper. Und dann wandert auch die Impf-mRNA überallhin. *Dann aber wäre es Aufgabe der Hersteller gewesen, zu erforschen, wohin der Wirkstoff wandert und welche Schäden er dort anrichten kann.*

Die Beschwerdegegnerin kann sich also nicht auf den Standpunkt zurückziehen, es gebe zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Hinweise auf eine Integration der Impf-mRNA in die humane DNA. Wenn den Herstellern der mRNA-Injektionen die Prüfung der Genotoxizität und die Untersuchung von Langzeitfolgen im Zulassungsverfahren erlassen wurden, darf die Beschwerdegegnerin die Impfung nicht für verpflichtend erklären, ohne diese Prüfungen selbst durchgeführt zu haben. Solange Pharmakokinetik und Genotoxizität nicht umfassend geprüft sind, *wissen wir schlicht und ergreifend nicht*, ob die Impf-mRNA nicht doch irgendwann im menschlichen Zellkern landet und das menschliche Erbgut verändert.

Ganz allgemein darf die Beschwerdegegnerin sich nicht auf den Standpunkt zurückziehen, für bestimmte Impfwirkungen gebe es gegenwärtig keine Hinweise oder keine Evidenz. Vielmehr *liegt die Beweislast bei der Beschwerdegegnerin*: Sie muss in der Lage sein, *auszuschließen*, dass die mRNA sich in die humane DNA integriert. Solange ihr das nicht gelingt, scheidet die Duldungspflicht der Soldaten spätestens an § 17a Abs. 4 SG, nach hier vertretener Ansicht aber schon daran, dass der Tatbestand des § 17a Abs. 2 SG nicht erfüllt ist: Solange die Impfstoffe sich im experimentellen Stadium befinden, handelt es sich nicht um „ärztliche Maßnahmen“.

Bei intramuskulärer Injektion in den Delta-Muskel des Oberarms verteilt sich der Wirkstoff in jedem Fall sofort im Blutkreislauf. Das gilt mindestens für jene Injektionen, die *ohne vorherige Aspiration* intramuskulär verabreicht wurden, jene Injektionen also, bei denen derjenige, der sie vorgenommen hat, noch nicht einmal den Ehrgeiz hatte, an den Blutbahnen vorbei zu spritzen. Denn genau das wird mithilfe der Aspiration angestrebt: Es soll ausgeschlossen werden, dass die gespritzte Substanz in die Blutbahnen gelangt. Allerdings wird sich eben dies auch mit Aspiration häufig nicht vermeiden lassen: Der Delta-Muskel ist extrem gut durchblutet, vor allem bei sportlichen und körperlich in hohem Maße leistungsfähigen Soldaten.

Die These, die Lipid-Nanopartikel und die Impf-mRNA verblieben an der Einstichstelle, ist wissenschaftlich haltlos. Und was wir über die Verteilung dieser Substanzen im Körper von Versuchstieren wissen, lässt für die Verteilung im menschlichen Körper Schlimmstes befürchten.

2. Fehlreaktionen des Immunsystems

Bereits mit Schriftsatz vom 14.4.2022 hatte ich vorgetragen, dass die COVID-Injektionen zu Fehlreaktionen des Immunsystems führen. Zu diesem Befund passt, dass sich SARS CoV-2 bei Menschen, welche die COVID-Injektionen empfangen haben und gleichwohl (oder gerade deshalb?) verstorben sind, bei einer Autopsie in zahlreichen Körperregionen feststellen ließ, also nicht auf die Atemwege beschränkt war. Dieses Phänomen kommt bei nicht geimpften COVID-19-Verstorbenen deutlich seltener vor.

Beweis:

- Hirschbühl et al., High viral loads: what drives fatal cases of COVID-19 in vaccinees? – an autopsy study, <https://doi.org/10.1038/s41379-022-01069-9>.
- Analyse hierzu bei Science Files vom 7.5.2022, <https://sciencefiles.org/2022/05/07/statt-schutz-vor-tod-durch-covid-19-autopsien-zeigen-kausalkaet-zwischen-impfung-und-tod/>.

Ebenso passt in dieses Bild, dass mRNA-Spike-Proteine im Blutkreislauf von Menschen mit mRNA-Injektion nachgewiesen werden konnten.

Beweis:

- Bansal et al., Cutting Edge: Circulating Exosomes with COVID Spike Protein Are Induced by BNT162b2 (Pfizer_BioNTech) Vaccination prior to Development of Antibodies: A Novel Mechanism for Immune Activation by mRNA Vaccines, www.jimmunol.org/cgi/doi/10.4049/jimmunol.2100637.
- Ogata et al., Circulating Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARSCoV-2) Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients, <https://doi.org/10.1093/cid/ciab465>.
- Analyse zu diesen beiden Studien bei Science Files vom 25.4.2022, <https://sciencefiles.org/2022/04/25/vier-belegte-wege-auf-denen-covid-19-mrna-impfstoffe-erhebliche-gesundheitliche-schaeden-anrichten/>.

Bereits bei früheren Versuchen, mRNA-Impfstoffe gegen Influenza-Viren zu entwickeln, wurde beobachtet, dass die mRNA, die den Versuchstieren zunächst teils intradermal, teils intramuskulär injiziert worden war, die Lymphknoten erreichte und mittels der Lymphe in andere Körperteile transportiert wurde; im gegebenen Fall hatte sich die mRNA in der Milz angereichert.

Beweis: Bahl et al., Preclinical and Clinical Demonstration of Immunogenicity by mRNA Vaccines against H10N8 and H7N9 Influenza Viruses, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ymthe.2017.03.035>.

Interessant ist, dass an dieser Studie insgesamt sieben Personen mitgewirkt haben, die bei Moderna, dem Hersteller des COVID-Wirkstoffs Spikevax (mRNA-1273), forschend tätig sind. Die Studie preist die hohe Fähigkeit des in dieser Studie untersuchten Influenza-Impfstoffs, seinen Empfänger zu immunisieren. Und trotzdem musste das Autoren-Team einräumen, dass die mRNA im Tierversuch nicht an der Injektionsstelle verbleibt, sondern andere Körperregionen erreicht. Umso mehr verwundert, dass die Hersteller der COVID-mRNA-Injektionen bis heute beharrlich an ihrer Behauptung festhalten, die mRNA verlasse die Injektionsstelle nicht.

Im April 2022 wurde als Preprint eine Studie vorgestellt, die belegt, dass Menschen ohne COVID-Injektion auf eine Infektion mit SARS CoV-2 die deutlich effektivere Immunantwort hervorbringen als jene, die eine COVID-Spritze empfangen haben.

Beweis:

- Follmann et al., Anti-nucleocapsid antibodies following SARS-CoV-2 infection in the blinded phase of the mRNA-1273 Covid-19 vaccine efficacy clinical trial, <https://doi.org/10.1101/2022.04.18.22271936>.
- Analyse hierzu durch David Rosenberg in Israel National News vom 24.5.2022, <https://www.israelnationalnews.com/news/328102>.
- Analyse hierzu durch Alex Berenson/Robert Malone in The International Chronicles vom 26.5.2022, <http://www.theinternationalchronicles.com/2022/05/26/do-mrna-vaccines-hurt-long-term-immunity/>. Robert Malone ist bekanntlich der Erfinder der mRNA-Technologie, hat sie aber nicht für den Einsatz in Impfstoffen konzipiert.
- Analyse hierzu bei report24 vom 28.5.2022, https://report24.news/studie-covid-mrna-impfung-behindert-bildung-von-antikoerpern-und-beeintraechtigt-immunsystem/?feed_id=16727.

Es ist nach alledem daran festzuhalten, dass sich eine Pflicht der Soldaten, die COVID-Injektionen zu dulden, weder rechtlich noch medizinisch begründen lässt.