

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

RA Wilfried Schmitz, Mitglied der RA-Kammer Köln

An das

Bundesverwaltungsgericht
Geschäftsstelle 1. Wehrdienstsenat

04107 Leipzig

Zustellung über das beA

Büro in 52538 Selfkant:

De-Plevitz-Str. 2

Telefon: 02456-5085590

Telefax: 02456-5085591

Mobil: 01578-7035614

Mobile Festnetz-Nr.:

02456-9539054

Email:

ra.wschmitz@gmail.com

Homepage abrufbar unter:

Rechtsanwalt-Wilfried-Schmitz.de

beA:

Schmitz, Wilfried (52538 Selfkant)

Steuernummer: 210/5145/1944

USt.-IdNr.: DE268254583

<u>Bei Zahlungen bitte stets angeben:</u>
Rechn.-Nr.:
<u>Bei Antworten bitte stets angeben:</u>
Aktenzeichen: 37 + 58 / 2022

Selfkant, den 22.6.2022

In den Wehrbeschwerdeverfahren

des Herrn ...

und

des Herrn ...

bedanken sich die Beschwerdeführer zunächst dafür, dass sie im Rahmen der nächsten Sitzung Gelegenheit haben werden, weitere Vertreter des PEI zu Fragen der Statistik und der Chargen-Qualitätskontrolle zu befragen. Dies wird zu weiteren relevanten Erkenntnissen führen.

A)

Offenes Rechtsgespräch und Verfahrensfragen:

I.

Es wird angeregt, dass die Verfahrensbeteiligten im Rahmen der nächsten Sitzung ein offenes Rechtsgespräch führen, insbesondere damit geklärt werden kann, ob bestimmte Sachverhalte unstrittig sind oder als wahr unterstellt werden können, so dass die Beschwerdeführer insofern keine (weiteren) Beweisanträge mehr stellen müssen.

So haben sich die Beschwerdeführer auf das Zeugnis mehrerer Soldaten berufen zum Beweis der Behauptung, dass diese seit den Covid-19-„Schutz“-Injektionen unter erheblichen Nebenwirkungen leiden, die (fast ausnahmslos) nicht an das PEI gemeldet worden sind. Zudem können die meisten Zeugen bestätigen, dass ihre Entscheidung, sich

diesen Injektionen auszusetzen, von massivem Druck innerhalb der Bundeswehr beeinflusst worden ist.

Aus § 17 a Abs. 5 S. 2 SG ergibt sich aber eindeutig, dass § 630 d BGB, der die Pflicht zur Einholung der Einwilligung des Patienten „vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme“ begründet, auch für Soldaten gilt, wenn die Voraussetzungen des § 17 a Abs. 2 und 3 SG nicht erfüllt sind.

Wir haben bereits umfangreich dazu vorgetragen, warum die Voraussetzungen des hier einschlägigen § 17 a Abs. 2 Nr. 1 SG nicht erfüllt sind.

Vor dem Hintergrund der Einvernahme von Vertretern des RKI und des PEI am 2. Verhandlungstag am 7.6.2022 wird auch noch weiter dazu vorgetragen werden, warum die Covid-19-Schutz-Injektionen weder der Verhütung noch der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten dienen.

Folglich ist eine wirksame Einwilligung aller Soldaten in diese Covid-19-Injektionen unverzichtbar. Eine solche Einwilligung aber von vornherein nicht wirksam erteilt worden sein, wenn sie den Soldaten mit massivem Druck förmlich abgenötigt wird.

Auf Grund der bereits übermittelten Dokumente sollte nunmehr unstreitig sein, dass die Soldaten der Bundeswehr – bis auf den heutigen Tag – regelrecht dazu genötigt werden, sich diesen Covid-19-Injektionen zu unterziehen. Wer sich weigert muss immer mit Disziplinar- und sogar Strafverfahren rechnen.

Wenn wir die als Zeugen benannten Soldaten noch einvernehmen müssen, dann werden wir die Beweisaufnahme nicht schon am 6.7.2022 schließen können.

II.

Der Vorsitzende Richter Dr. Häussler hat bereits im Verlaufe des 1. Verhandlungstages Hinweise zu der Formulierung der Anträge der Beschwerdeführer zum Hauptsacheverfahren erteilt.

Aktuell ist nach diesseitiger Auffassung noch nicht hinreichend geklärt, ob der Beschwerdegegner jedenfalls im Hinblick auf die Beschwerdeführer alle Befehle bis hinauf zum BMVg aufheben oder zumindest außer Vollzug setzen würde, falls der erkennende Senat schließlich die Entscheidung verkünden würde, dass die Beschwerdeführer nicht verpflichtet sind, sich gegen ihren Willen einer Covid-19-„Schutz“-Injektion zu entziehen.

Es bleibt damit vorbehalten, die Anträge zur Hauptsache noch umzustellen.

III.

Da die Themen, zu denen die weiteren Vertreter des PEI befragt werden sollen, ganz spezifische Fachkenntnisse und Erfahrungen erfordern, sind die die Beschwerdeführer bei dieser Befragung auf sachverständige Unterstützung angewiesen.

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Die Beschwerdeführer und ihre Anwälte werden insofern bereits von mehreren Sachverständigen beraten.

1.

Aktuell ist geplant, die Fragen zur Statistik – stellvertretend für die Beschwerdeführer und alle hierzu konsultierten Sachverständigen - direkt durch Prof. Dr. Christof Kuhbandner, seit dem 1.10.2013, Inhaber des Lehrstuhls für Pädagogische Psychologie an der Universität Regensburg, stellen zu lassen.

Prof. Dr. Kuhbandner ist Professor für Psychologie mit Expertise in den Bereichen wissenschaftlich-empirische Methoden, Diagnostik **und Statistik**. Er hat in etwa 45 peer-reviewed empirisch-wissenschaftliche Fachartikel in internationalen Fachzeitschriften publiziert und ist Fachgutachter für zahlreiche internationale wissenschaftliche Fachzeitschriften sowie wissenschaftliche Institutionen wie die DFG. Zu methodischen Aspekten im Bereich der coronabezogenen Forschung hat er zwei peer-reviewed Fachartikel zu methodischen Problemen in Modellierungsstudien veröffentlicht. Erst kürzlich hat er gemeinsam mit 11 weiteren Professoren einen Artikel zu den methodisch unsachgemäß durchgeführten Sicherheitsanalysen des PEI fertiggestellt.

Prof. Dr. Kuhbandner ist somit hervorragend dazu qualifiziert, die Qualität der Sicherheitsanalysen und der statistischen Arbeit des PEI fachlich bewerten zu können.

Nachfolgende Ausführungen werden zeigen, dass insbesondere die Art und Weise, wie das PEI die Observed-versus-Expected-Methode (OvE) anwendet, faktisch nie zu einem „Warnsignal“ führen kann.

Prof. Dr. Kuhbandner wird Sachfragen wie diese OvE durch Fragen an den Statistik-Experten des PEI allgemeinverständlich aufklären können.

Unterstützt wird er hierbei durch Dr. rer. Nat. Hans-Joachim Kremer, welcher seit 2003 als freiberuflicher medizinischer Autor und Berater für pharmazeutische Arzneimittel tätig ist.

Seine herausragenden Erfahrungen und Qualifikationen können unter folgendem Link abgerufen werden:

<http://www.medical-writing-service.com/pdf/CV-HJKremer.pdf>

Eine Kopie seines Lebenslaufs und eine Liste seiner Publikationen wird **anliegend** überreicht.

2.

Aktuell steht noch nicht endgültig fest, wer für die Beschwerdeführer die Fragen zur Chargen-Qualitätskontrolle vortragen wird. Dies wird wahrscheinlich Prof. Dr. Werner Bergholz, ehem. Professor of Electrical Engineering, ggf. aber auch Prof. Dr. Jörg Matysik von der Universität Leipzig sein.

Prof. Bergholz gehört aktuell auch dem Sachverständigenausschuss nach § 5 Abs. 9 IfSG an. Dazu heißt es auf der Homepage des Bundesministeriums der Gesundheit (Zitat):

„Der Gesetzgeber hat in § 5 Absatz 9 Infektionsschutzgesetz (IfSG) festgelegt, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine externe Evaluation zu den Auswirkungen der Regelungen in § 5 IfSG und in den Vorschriften der §§ 5a, 20a, 20b, 28 bis 32, 36 und 56 IfSG im Rahmen der nach § 5 Absatz 1 Satz 1 IfSG festgestellten epidemischen Lage von nationaler Tragweite und zu der Frage einer Reformbedürftigkeit beauftragt.

Die Evaluation soll interdisziplinär erfolgen und insbesondere auf Basis epidemiologischer und medizinischer Erkenntnisse die Wirksamkeit der auf Grundlage der genannten Vorschriften getroffenen Maßnahmen untersuchen.“

Quelle:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sachverstaendigenausschuss-infektionsschutzgesetz.html>

Unter dem vorgenannten Link findet sich auch die Namensliste der Mitglieder dieser Sachverständigenkommission.

Nach unserer Information dürfte Prof. Dr. Werner Bergholz einer der besten Experten zum Thema Chargen-Qualitätskontrolle sein, nicht nur bezogen auf Deutschland.

c)

Von daher hoffen wir, dass der erkennende Senat sich mit dieser Vorgehensweise einverstanden ist, zumal er bereits am 2. Verhandlungstag gestattet hat, dass Fragen an den Vertreter des PEI auch direkt über den Sachverständige Tom Lausen gestellt werden können.

Im Rahmen der nächsten Sitzung werde ich jedenfalls neben unseren Sachverständigen Platz nehmen, damit in Abstimmung mit dem Vorsitzenden Dr. Häussler ein reibungsloser Ablauf der Befragung der PEI-Vertreter auch durch unsere Sachverständigen gewährleistet ist.

Herr Dr. Krämer, Herr Prof. Matynik und Prof. Kuhbandner werden bei der nächsten Sitzung am 6.7.2022 als präsenzte Zeuge zugegen sein. Die Ladung dieser Experten ist somit nicht erforderlich.

B)

Würdigung der Aussagen der Vertreter von RKI und PEI am 7.6.2022

I.

Die vorliegenden Daten sprechen dafür, dass mit den COVID-Impfstoffen eine bisher im Vergleich zu anderen Impfstoffen nie dagewesene Gefahr für Leib und Leben ausgeht.

Rechtsanwalt

Bei einer **Observed-versus-Expected-Analyse** wird zunächst die Anzahl der Todesfälle bestimmt, die in der Gruppe der geimpften Personen rein statistisch unabhängig von der Impfung in einem bestimmten Zeitraum nach den Impfungen, z.B. 30 Tage, zu erwarten ist („expected“) – die sogenannte **Hintergrundinzidenz**.

Mit diesem Wert wird dann verglichen, wie viele Todesfälle in der Gruppe der Geimpften binnen der 30 Tage tatsächlich aufgetreten sind („observed“).

Sind statistisch signifikant mehr Todesfälle aufgetreten als erwartet, ergibt sich ein Warnsignal, dem dann in weiterführenden Studien weiter nachgegangen wird.

Ob mehr Personen verstorben sind als erwartet, wird vom PEI in der sogenannten **Standard Mortality Ratio**, dem **SMR-Wert**, ausgedrückt.

Die Berechnung des SMR-Wertes ist sehr einfach: Man teilt einfach die Anzahl der tatsächlich beobachteten Todesfälle („observed“) durch die Anzahl der statistisch erwarteten Todesfälle („expected“).

Ist der sich ergebende Wert gleich 1, sind genauso viele Menschen verstorben als erwartet. Ist der sich ergebende Wert größer 1, sind mehr Menschen verstorben als statistisch erwartet.

Ein Beispiel: Würde man 100 Todesfälle beobachten und hätte man 100 Todesfälle erwartet, ergäbe das einen SMR-Wert von 1 (= 100 Fälle observed : 100 Fälle expected). Hätte man 200 Todesfälle beobachtet, während man nur 100 Todesfälle erwartet hätte, dann ergäbe das einen SMR-Wert von 2 (= 200 observed : 100 expected), was ein Warnsignal darstellen würde.

Es gibt nun eine zentrale Voraussetzung, damit eine solche Analyse sinnvolle Werte liefert. So heißt es beispielsweise in dem vom PEI als wissenschaftliche Grundlage angegebenen Fachartikel zu den grundlegenden Standards einer Observed-versus-Expected Analyse u.a.:

„Indeed, the method used to define cases for estimating the background incidence rate must be consistent with the one used during the medical assessment of spontaneous cases.“

"Die Methode, die zur Definition der Fälle für die Schätzung der Hintergrundinzidenzrate verwendet wird, muss mit der Methode übereinstimmen, die bei der medizinischen Bewertung der Spontanfälle verwendet wird."(Übersetzt mit Deepl)

Quelle:

Sicherheitsbericht des PEI vom 19.8.2021, dort Seite 36, vorletzter Absatz, Verweis in Fußnote 32 auf „Mahaux O et al.: Pharmacoepidemiological considerations in observed-to-expected analyses für vaccines. Pharmacoepi Drug Safety 2016, 25: 215-222“:

<https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-07-21.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063172/>

Was heißt das im Falle der Sicherheitsanalyse des PEI für die Todesfälle? Die erwartete Anzahl der Todesfälle umfasst ja alle Todesfälle, die binnen 30 Tagen über alle Todesursachen hinweg auftreten (sollen). Also muss man auch bei der Zählung der tatsächlich aufgetretenen Todesfälle („observed“) alle Todesfälle zählen, die binnen 30 Tagen über alle Todesursachen hinweg tatsächlich auftreten.

Wenn man stattdessen auf der Seite der tatsächlich aufgetretenen Todesfälle nur diejenigen Todesfälle in die Analyse einbezieht, bei denen ein Zusammenhang mit den Impfungen vermutet wird, würde sich erst dann ein Sicherheitssignal zeigen, wenn die Anzahl der vermuteten impfbedingten Todesfälle höher wäre als die Anzahl aller Todesfälle, die aufgrund aller anderen Todesursachen zusammen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Unfälle u.v.a.) binnen 30 Tagen auftritt – was völlig absurd wäre.

Aber genau dieser Fehler wird in den Sicherheitsanalysen des PEI gemacht.

Man kann das zunächst anhand des Sicherheitsbericht vom 19.8.2021 illustrieren, wo das PEI die Art der verwendeten Observed-versus-Expected Analyse einmal genauer vorstellt.

Dort (Seite 14, letzter Absatz, und Tabelle 3 auf Seite 15, 1. Absatz) errechnet das PEI basierend auf den Sterbefallzahlen des Statistischen Bundesamtes zum Jahr 2020, dass in Bezug auf die damals mit dem BioNTech-Impfstoff Comirnaty geimpfte Personengruppe in einem Zeitraum von 30 Tagen nach den Impfungen „75.284,37“ Todesfälle aufgrund der sonstigen Todesursachen statistisch zu erwarten waren („Erwartete Anzahl“).

<https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-07-21.pdf>

Das heißt – und diese Tatsache ist bei der Anhörung der Sachverständigen des PEI ggf. noch nicht in aller Deutlichkeit hervorgetreten: **Es würde sich im Hinblick auf Comirnaty erst dann ein Warnsignal ergeben, wenn in der mit Comirnaty geimpften Personengruppe statistisch signifikant mehr als 75.284 (tatsächlich eingetretene) Todesfälle („observed“) auftreten würden.**

Man müsste nun eigentlich bestimmen, wie viele Personen insgesamt – unabhängig von der Todesursache! – in der (mit Comirnaty) geimpften Personengruppe tatsächlich binnen 30 Tagen verstorben sind. Wären das statistisch signifikant mehr als 75.284, würde sich ein Warnsignal ergeben.

Das PEI vergleicht aber nun mit der Zahl von 75.284 insgesamt statistisch erwarteten Todesfällen nicht die Anzahl der binnen 30 Tagen in der geimpften Personengruppe insgesamt tatsächlich aufgetretenen Todesfälle („observed“), wie es methodisch korrekt wäre. **Das PEI vergleicht mit der Zahl von 75.284 insgesamt statistisch erwarteten Todesfällen („Expected“) nur die Anzahl der gemeldeten Verdachtstodesfälle (als „observed“) – das waren für den BioNTech-Impfstoff zum damaligen Zeitpunkt 926 Verdachtstodesfälle.**

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Diese Zahl 926 kann ebenfalls der Tabelle 3 auf Seite 15, 1. Absatz, in dem Sicherheitsbericht des PEI vom 19.8.2021 entnommen werden.

<https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-07-21.pdf>

Berechnung des PEI zum Arzneimittel Comirnaty somit (ebenda, SB des PEI vom 19.8.2021, Seite 15, Tabelle 3, 1. Spalte):

926 („Observed“) : $75.284,37$ („Expected“) = $0,0123$ OvF

Und aus der Beobachtung, dass die Zahl 926 (Impf-Verdachtstodesfälle / „observed“) kleiner ist als die Zahl 75.284 (statistisch erwartete Anzahl an Todesfällen aufgrund aller sonstigen Todesursachen / „expected“), schließt das PEI, dass es kein Warnsignal gäbe und die Impfstoffe sicher seien. Ein solcher Schluss ist absolut invalide: **Bei dieser unsachgemäß angewendeten Sicherheitsanalyse würde sich erst dann ein Sicherheitssignal ergeben, wenn mehr als 75.284 Verdachtstodesfälle gemeldet werden würden.**

Es ist absolut augenscheinlich, dass eine solche Analyse praktisch niemals ein Sicherheitssignal liefern kann.

Man kann die Anzahl der vom PEI erwarteten Todesfälle – also die Schwelle, die von der Anzahl der gemeldeten Verdachtstodesfälle überschritten werden muss, damit das PEI ein Warnsignal erkennen würde – auch für den aktuellen Sicherheitsbericht anhand der dort angegebenen SMR-Werte für die verschiedenen Impfstoffe berechnen. Bei einem SMR-Wert von 1 würde ja die Anzahl der beobachteten Todesfälle genau der Anzahl der erwarteten Todesfälle entsprechen. Ausgehend von der Anzahl der gemeldeten Verdachtstodesfälle für einen Impfstoff und dem vom PEI dafür errechneten SMR-Wert kann man somit mathematisch rückschließen, wie hoch die Anzahl der statistisch erwarteten Todesfälle für die mit dem Impfstoff geimpfte Personengruppe war.

Ausgehend von dem im Sicherheitsbericht angegebenen Werten für das 30-Tage-Fenster (Corminaty: 1369 Verdachtstodesfälle, SMR-Wert: 0,011; Spikevax: 136 Verdachtstodesfälle, SMR-Wert: 0,0045; Vaxzevria: 230 Verdachtstodesfälle, SMR-Wert: 0,018; Jcovden: 39 Verdachtstodesfälle, SMR-Wert: 0,011) ergibt sich ein Schwellenwert von erwarteten Todesfällen in Höhe von 171.000 Todesfällen.

Das PEI würde also erst dann ein Warnsignal erkennen, wenn seit Beginn der Impfungen bis Ende März 2022 statistisch signifikant mehr als 171.000 Verdachtstodesfälle gemeldet werden wären. Selbst im Falle von 171.000 gemeldeten Verdachtstodesfällen wäre das Ergebnis der unsachgemäß angewendeten Sicherheitsanalyse des PEI, dass es kein Warnsignal gäbe und die Impfstoffe sicher seien.

Höchst vorsorglich noch eine Anmerkung dazu, warum die PEI Observed-versus-Expected-Analyse bei Sinusvenenthrombosen trotzdem ein Sicherheitssignal liefert. Das ist deswegen der Fall, weil diese Erkrankung so selten ist, dass der statistisch erwartete Wert nahe Null ist. Damit reichen bereits wenige gemeldete Verdachtsfälle aus, um ein Warnsignal hervorzurufen. Liegt der erwartete („expected“) Wert dagegen in der

Größenordnung von z.B. über 100.000 oder – wie oben ausgeführt – bei 171.000 „expected“ Todesfällen, so ist es praktisch unmöglich, dass sich mit der vom PEI verwendeten Analyse ein Warnsignal ergibt.

Das trifft auf alle Nebenwirkungen zu, die eine hohe Hintergrundinzidenz haben.

Wie von dem SV Tom Lausen erwähnt, ist beispielsweise die Anzahl der im Krankenhaus (zehntausendfach) behandelten Lungenembolien im zeitlichen Zusammenhang mit den „Impfungen“ gestiegen.

Im Sicherheitsbericht des PEI ergibt sich trotzdem kein Sicherheitssignal, weil Lungenembolien auch durch eine Reihe von anderen Ursachen als die Impfung erzeugt werden können, und das PEI auch hier wieder die – vergleichsweise große – Anzahl der statistisch erwarteten („expected“) Lungenembolien unabhängig von der Ursache mit der Untergruppe der Lungenembolien vergleicht, bei denen ein Impfverdacht besteht.

Man kann also definitiv festhalten:

Die auf der Basis der Observed-versus-Expected-Analysen aufgestellte Behauptung des PEI, es gäbe kein Warnsignal und die Impfstoffe seien sicher, ist wissenschaftlich definitiv absolut nicht valide.

Das muss aber im Umkehrschluss nicht heißen, dass es ein Warnsignal gibt. Dazu müsste man wissen, wie viele der geimpften Menschen denn insgesamt binnen 30 Tagen unabhängig von der Todesursache tatsächlich verstorben sind, was nicht bekannt ist.

Betrachtet man die verfügbaren Daten genauer, legt das aber sehr stark die Schlussfolgerung nahe, dass die COVID-Impfungen in Wirklichkeit mit einer für Impfstoffe bisher nie dagewesenen Gefahr für Leib und Leben einhergehen.

So wurden ja bis Ende März 2021 unstrittig 2.810 Verdachtstodesfälle gemeldet. Eine methodische Strategie ist, diese Anzahl mit der Anzahl an Verdachtstodesfällen zu vergleichen, die für andere Impfstoffe gemeldet wurden und werden. Hierzu gibt es einen peer-reviewed publizierten Fachartikel, in dem eine solche Analyse anhand der in der europäischen Überwachungsdatenbank EudraVigilance gemeldeten Verdachtstodesfälle gemacht wurde.

Quelle: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.756633>

Unter Einrechnung der Anzahl der verabreichten Impfungen ergab sich, dass für die COVID-Impfstoffe 42,5 x mehr Verdachtstodesfälle gemeldet wurden als für die Influenza-Impfstoffe, die ebenfalls häufig an ältere Menschen verabreicht werden.

Bezieht man die Anzahl der in Deutschland gemeldeten Verdachtstodesfälle auf die Anzahl der mindestens einmal geimpften Personen, wurde **pro 23.000 geimpften Personen ein Verdachtstodesfall** gemeldet. Hier ist noch nicht einberechnet, dass es vermutlich eine beträchtliche Dunkelziffer an nicht gemeldeten Verdachtstodesfällen gibt.

Wir haben am 7.6.2022 vom PEI-Sachverständigen am 7.6.2022 gehört, dass das PEI in den eigenen Schätzungen standardmäßig mit einer Untererfassung von 50 Prozent

Rechtsanwalt

rechnet. Demnach würde pro 11.500 mindestens einmal geimpften Personen ein Verdachtstodesfall gemeldet.

Wir haben bereits vorgetragen, dass es angesichts der Melderaten aus anderen Ländern und Schätzungen aus Meta-Analysen zur Meldehäufigkeit sogar sehr wahrscheinlich ist, dass nur 20, 10, 5 oder gar nur 1 Prozent der Verdachtstodesfälle in Deutschland gemeldet werden. Würden wir von 20 % ausgehen, dann würden in etwa pro 4.600 geimpften Personen (= 20 % von 23.000) ein Verdachtstodesfall auftreten.

Offen ist allerdings, bei wie vielen der Verdachtstodesfälle tatsächlich bzw. nachweislich ein ursächlicher Zusammenhang mit den Impfungen vorliegt. Auch hier offenbart ein genauerer Blick in die Sicherheitsberichte des PEI, dass eine Darstellung gewählt wird, welche die Illusion einer Sicherheit erweckt, welche in Wirklichkeit womöglich nicht gegeben ist.

Das PEI nennt immer zunächst die Anzahl der bisher gemeldeten Impf-Verdachtstodesfälle und berichtet dann im Anschluss die Anzahl der Verdachtstodesfälle, bei denen das PEI bisher von einem ursächlichen Zusammenhang mit den Impfungen ausgeht. So heißt es im aktuellen Sicherheitsbericht vom 4.5.2022 (auf Seite 8, Mitte), dass 2.810 Verdachtstodesfälle gemeldet wurden und 116 Fälle vom PEI so bewertet wurden, dass ein ursächlicher Zusammenhang wahrscheinlich ist.

Als naiver Leser schließt man nun intuitiv, dass der Anteil der Fälle, bei dem tatsächlich ein ursächlicher Zusammenhang vorliegt, sehr klein sei. Im obigen Fall scheint nur in vier Prozent der Fälle tatsächlich ein ursächlicher Zusammenhang vorzuliegen. Dies ist allerdings ein Trugschluss: Man geht aufgrund dieser Art der Darstellung davon aus, dass die anderen 96 Prozent der gemeldeten Verdachtstodesfälle alle geprüft und die Impfungen als Ursache definitiv ausgeschlossen worden wären. Zur Sachlage bei den anderen 96 Prozent werden im Sicherheitsbericht aber keinerlei Angaben gemacht.

Man weiß zum Beispiel nicht, wie viele der gemeldeten Verdachtstodesfälle überhaupt geprüft werden konnten. Es könnte beispielsweise sein, dass viele Verdachtstodesfälle aufgrund fehlender Zeit oder fehlender Daten bisher noch gar nicht genauer untersucht wurden. Insofern hat die Befragung des PEI-Vertreters keine Klarheit gebracht.

In der Tat gibt es Hinweise darauf, dass zu relativ vielen Verdachtstodesfällen keine genaueren Informationen vorliegen. Das PEI bezieht in die vorher beschriebene Observed-versus-Expected-Analyse nur die Todesfälle mit ein, bei denen das Zeitintervall zwischen Impfung und Symptombeginn bekannt ist.

In die Analyse mit dem längsten Zeitfenster von 30 Tagen wurden von den **2.810** gemeldeten Verdachtstodesfällen bezogen auf das Zeitintervall von 30 Tagen nur **1.774** einbezogen = 1.369 Fälle Comirnaty + 136 Fälle Spikevax + 230 Fälle Vaxzevria + 39 Fälle Jcovden.

Quelle: SB des PEI vom 4.5.2022, Seite 9, Tabelle 2.

Das heißt: Mehr als 1.000 Verdachtstodesfälle (genau: 1.036 Fälle) – oder anders ausgedrückt 37 Prozent der Fälle – wurden hier nicht mit einbezogen. Da sehr selten Todesfälle gemeldet werden, die später als 30 Tage auftreten, handelt es sich beim

Großteil dieser Fälle offenbar um Fälle, zu denen keine genaueren Informationen vorliegen.

Dass der Anteil der tatsächlich ursächlich an den Impfungen verstorbenen Verdachtstodesfälle deutlich höher ist als von den Sicherheitsberichten des PEI intuitiv nahegelegt, lassen die bereits in Bezug genommenen Obduktionsergebnisse des Pathologen Prof. Peter Schirmacher aus Heidelberg vermuten. Nach seinen Feststellungen war bei 30-40 Prozent der von ihm obduzierten Verdachtstodesfälle die Impfung tatsächlich die Todesursache.

Quelle:

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/126061/Heidelberger-Pathologe-pocht-auf-mehr-Obduktionen-von-Geimpften>

Der tatsächliche Anteil der ursächlich an den Impfungen verstorbenen Verdachtstodesfälle wäre laut diesen Zahlen somit um das 8-10-fache höher, als es laut den Darstellungen des PEI in den Sicherheitsberichten den Anschein hat.

Es gibt noch einen weiteren Hinweis darauf, dass die Impfungen mit einer hohen Gefahr für Leib und Leben einhergehen. Aufgrund fehlender Daten kann man zwar nicht betrachten, ob in der geimpften Personengruppe mehr Personen als statistisch erwartet verstorben sind. Aber man kann für die Gesamtbevölkerung betrachten, ob im Zeitraum der Impfungen mehr Personen verstorben sind als statistisch erwartet. Und eine solche Analyse zeigt weitere Warnsignale.

So sind kürzlich zwei Publikationen der CODAG-Gruppe der LMU München um Prof. Kauermann in einer Fachzeitschrift erschienen, in welchen solche Analysen für das Jahr 2020 – ein Pandemiejahr ohne Impfungen – und das Jahr 2021 – ein Pandemiejahr mit Impfungen – gemacht wurden. Im Jahr 2020 wurden demnach 6.317 mehr Todesfälle beobachtet als statistisch erwartet, im Jahr 2021 ist dieser Wert um das knapp Vierfache auf 23.399 angestiegen. Man kann natürlich nicht valide darauf schließen, dass dieser Anstieg der unerwarteten Todesfälle tatsächlich ursächlich durch die Impfungen hervorgerufen wird, aber es gibt weitere Hinweise darauf. So war der Zuwachs an unerwarteten Todesfällen nicht etwa in den höheren Altersgruppen zu verzeichnen, was der Fall sein müsste, wenn es um einen COVID-bedingten Anstieg handeln würde. **Stattdessen findet sich der stärkste Anstieg in der Anzahl der unerwarteten Todesfälle in der Altersgruppe 40-49.** Unter Einbezug der über die Jahre hinweg sinkenden Sterbewahrscheinlichkeit sind hier 9 Prozent mehr Menschen verstorben als eigentlich erwartet.

Quellen:

Publikation zum Jahr 2020: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11943-021-00297-w>

Publikation zum Jahr 2021: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11943-022-00303-9>
<https://osf.io/v62dw/download>

Ergänzender Beweis möglich durch: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

Rechtsanwalt

Wohlgemerkt handelt es sich bei diesem Wert um den Durchschnitt für das gesamte Jahr. Betrachtet man den Verlauf der Anzahl unerwarteter Todesfälle über das Jahr hinweg, zeigt sich ein **weiteres Warnsignal**: Die Anzahl unerwarteter Todesfälle steigt exakt parallel zum Anstieg der Impfungen im April sprunghaft an, bleibt dann im Zeitraum der Erst- und Zweitimpfungen auf einem höheren Plateau, sinkt dann im Zeitraum zwischen der Zweit- und Boosterimpfungen, wo wenig geimpft wurde, kurz, um dann exakt mit Beginn der Boosterimpfungen im Oktober wieder sprunghaft zu steigen, bis im Dezember Werte von 20 Prozent mehr verstorben als erwartet erreicht werden.

Quelle:

<https://osf.io/v62dw/download>

Ergänzender Beweis möglich durch: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

Da keine Zahlen dazu vorliegen, ob der Anstieg schwerpunktmäßig in der Gruppe der Geimpften zu beobachten ist, handelt es sich hier nur um Korrelationen, die mit großer Vorsicht hinsichtlich kausaler Zusammenhänge interpretiert werden müssen. Allerdings gibt es weitere Evidenz für eine mögliche Kausalität. Beispielsweise finden sich solche zeitlichen Zusammenhänge zwischen der Anzahl der Impfungen und der Anzahl der Todesfälle auch auf der Ebene der einzelnen Bundesländer, obwohl zum Teil sehr unterschiedliche Impfverläufe zu verzeichnen sind.

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

Weiterhin schlagen sich auch plötzliche durch äußere Faktoren bedingte Veränderungen in der Anzahl der Impfungen in der Anzahl der beobachteten Todesfälle wieder. Beispielsweise sank damals im kurzen Zeitraum der Aussetzung der Astrazeneca-Impfungen gleichzeitig die Anzahl der insgesamt beobachteten Todesfälle. Zusammengenommen verdichten sich die verschiedenen korrelativen Beobachtungen in Richtung der Annahme, dass sich hier womöglich tatsächlich ein kausaler Effekt der Impfungen abbildet.

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

Zusammenfassend lässt sich sagen: Die vom PEI verwendeten Sicherheitsanalysen sind methodisch fehlerhaft und würden selbst bei sehr hohen impfbedingten Todesfallzahlen kein Warnsignal ergeben. Die Aussagen im Sicherheitsbericht, es gäbe hier kein Warnsignal und die Impfstoffe seien sicher, ist also definitiv wissenschaftlich nicht valide. Vielmehr zeigt eine genauere Betrachtung der vorliegenden Daten mehrere starke Warnsignale.

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

II.

Ich möchte die Betrachtung auch nachfolgend bewusst auf solche Behauptungen der Vertreter von RKI und PEI fokussieren, die man absolut wissenschaftlich und unumstößlich widerlegen kann.

Von daher werden hier nicht alle Behauptungen der Vertreter von RKI und PEI vom 7.6.2022 abgehandelt, denen man widersprechen könnte. Es bleibt widersprochen, was nicht ausdrücklich zugestanden worden ist.

Gehen wir zunächst der Frage nach, **wie hoch die von einer Infektion ausgehende Gefahr** eigentlich ist.

Der RKI-Sachverständige sagte ja aus, dass das Hospitalisierungsrisiko bei Omicron um 70-80 Prozent niedriger sei als bei den Vorgängervarianten. Das ist bereits eine ziemlich hohe Risikoreduktion.

Das RKI hat nun den Standpunkt vertreten, dass das ja zumindest zum Teil auf die Impfungen zurückführbar sei.

1. Einwand:

Laut dem vom RKI angeführten Wochenbericht vom 28.4.2022 – dem letzten, in dem die Inzidenzen für Geimpfte und Ungeimpfte noch vom RKI berichtet werden – sind **auch für Ungeimpfte die Risiken schwer zu erkranken und zu versterben extrem klein** – die folgenden Zahlen beziehen sich auf die Altersgruppe 18-59, also für die bzgl. der Bundeswehr relevanten Altersgruppe:

- **Intensivstations-Risiko bei Ungeimpften:** 16 Intensivstationsaufnahmen pro 29.280 symptomatisch Infizierten = **0,05 Prozent**
- **Sterberisiko bei Ungeimpften:** 7 Todesfälle pro 29.280 symptomatisch Infizierten = **0,02 Prozent**

Quelle:

Wochenbericht des RKI vom 28.4.2022, dort Seite 28, Tabelle 3

2. Einwand:

Hier ist wichtig, dass die Grundrate der Infektionen, auf die sich die Prozentzahl der schwer erkrankten Fälle bezieht, die **Anzahl der symptomatisch infizierten Personen** ist. Man muss in die Rechnung also noch die Personen einrechnen, die (angeblich) nicht symptomatisch infiziert sind (Anmerkung: Die Beschwerdeführer vertreten bekanntlich den Standpunkt, dass bei Asymptomatischen grundsätzlich keine Infektion vorliegt.)

Das **Risiko, bei einer Infektion schwer zu erkranken, ist also nochmals kleiner!** Leider kennt man die Zahlen nicht, wie viele der Ungeimpften bei einer Infektion überhaupt Symptome entwickeln.

Aber das Risiko, bei einer Infektion schwer zu erkranken ist definitiv nochmals kleiner als die obigen Werte (obwohl diese sowieso schon so klein sind).

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

3. Einwand

Hierbei ist noch nicht eingerechnet, ob jemand wegen oder nur mit einer Infektion auf einer Intensivstation liegt oder verstirbt. Es heißt im obigen RKI-Wochenbericht zwar, dass nur „auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle“ und „Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle“ in die Analyse einbezogen wurden.

Quelle:

Wochenbericht des RKI vom 28.4.2022

Aber das heißt nicht, dass sie auch wegen der COVID-Symptome auf Intensivstation lagen oder verstorben sind.

Hier ist zum einen relevant, dass der Sachverständige des RKI am 7.6.2022 äußerte, dass „sicherlich ein bestimmter Prozentanteil Zufallsbefunde bei Hospitalisierten seien“ (diese Personen also nicht wegen der COVID-Erkrankung auf Intensivstation liegen), und dass die Zahlen nachgereicht werden sollen!

Hier sind zum anderen Daten relevant, die zeigen, dass der **Anteil der tatsächlich an und nicht nur mit dem Coronavirus verstorbenen Personen bei Omicron deutlich kleiner** ist als bei den vorherigen Virusvarianten.

Das zeigen Daten aus Dänemark, wo anhand der Todesbescheinigungen aufgeschlüsselt werden konnte, ob als „COVID-Todesfälle“ gemeldete Todesfälle ursächlich an COVID oder nur mit einem positiven Test verstorben sind:

Quelle:

Offizieller Bericht des Dänischen Nationalen Serum-Instituts ("Statens Serum Institut") vom 9.6.2022: <https://www.ssi.dk/-/media/cdn/files/covid19/tendensrapport/rapport/ugentlige-tendenser-covid19-andre-luftvejs-uge23-2022-kg23.pdf> - dort Figure 11 (S. 20).

Ergänzender Beweis möglich durch: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

Die am 10.6.2022 auf dem Portal „tropeninstitut.de“ zusammen gefassten Ergebnisse von 22 Studien aus 12 Ländern - heißt es u.a.:

- Hospitalisierungsrate um 53 bis 90% geringer
- Aufenthalt im Krankenhaus um 3 bis 4 Tage kürzer
- Risiko für Intensivstation um 70 bis 87 % geringer

- Risiko für Beatmung um 84 bis 100 % geringer
- Sterberisiko 70 bis 91 % geringer
- Keine Überlastung des Gesundheitssystems in D und CH zu erwarten
- Kein schwererer Krankheitsverlauf bei Omikron-BA.2 im Vergleich zu BA.1
- BA.4 und BA.5-Welle zeigt nur geringe Auswirkung auf schwere Verläufe und Todesfälle
- Deutliche Unterschiede zw. "mit oder wegen Corona" bei Hospitalisierung und Todesfällen
- Impfung schützt vor schwerem Krankheitsverlauf

Quelle:

<https://tropeninstitut.de/aktuelle-krankheitsmeldungen/31.12.2021-welt-omikron>

Können solche Daten – jedenfalls aktuell noch - eine Duldungspflicht rechtfertigen?

Es sei auch daran erinnert, dass Dr. Ole Wichmann auf Nachfrage vor Gericht bestätigt hat, dass die Omicron-Variante weniger gefährlich ist als die Ursprungsvariante. Und wir haben schon wiederholt vorgetragen, dass nach der Meta-Analyse von Prof. Ioannidis sogar die IFR zu dieser Ursprungsvariante bei nur 0,15 % lag, was dem Wert einer gewöhnlichen Grippewelle entspricht.

4. Einwand:

Es gibt eine neue und nach den üblichen Kriterien sehr hochrangig publizierte Studie (in Nature Medicine), die das geringe Risiko für Ungeimpfte, schwer zu erkranken, bestätigt, siehe:

<https://www.nature.com/articles/s41591-022-01887-z>

Dort wurden in einer qualitativ hochwertig erfassten Personengruppe die Risiken für 222.688 Omicron-Infektionen bestimmt und mit den Risiken für die Vorgängervariante Delta verglichen, unter anderen getrennt für Geimpfte und Ungeimpfte. Den diesbezüglich interessantesten Befund beschreiben die Autoren selbst so:

„Among cases followed from an outpatient SARS-CoV-2 diagnosis, infection with the Omicron variant was associated with substantially lower risk of progression to severe clinical outcomes including hospital admission, symptomatic hospital admission, ICU admission, mechanical ventilation, and mortality, in comparison to infection with the Delta variant. (...). **Notably, differences in risk of severe outcomes associated with Omicron versus Delta variant infection were greatest among unvaccinated cases.**”

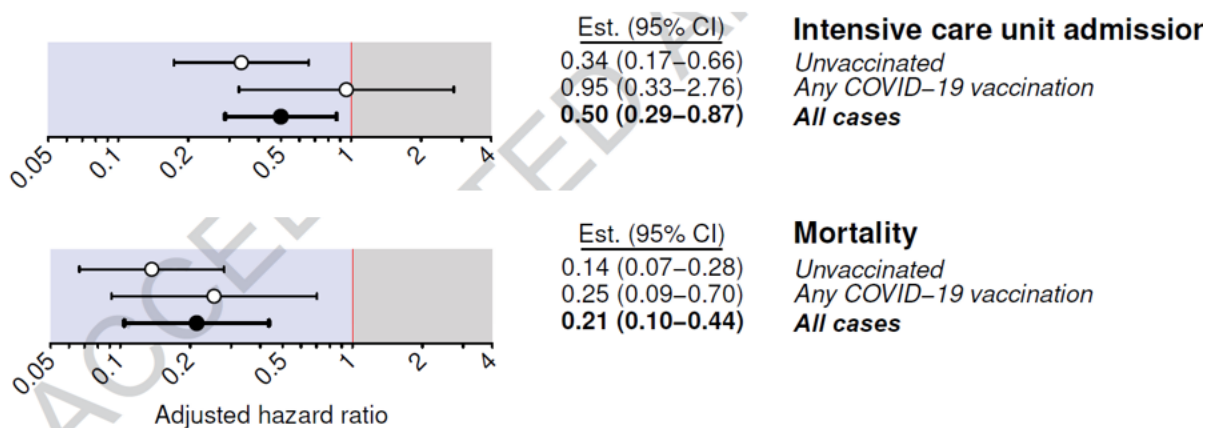
Rechtsanwalt

Übersetzung:

“Bei den Fällen, die nach einer ambulanten SARS-CoV-2-Diagnose weiterverfolgt wurden, war eine Infektion mit der Omicron-Variante im Vergleich zu einer Infektion mit der Delta-Variante mit einem wesentlich geringeren Risiko für das Fortschreiten schwerer klinischer Ergebnisse verbunden, einschließlich Krankenhauseinweisung, symptomatischer Krankenhauseinweisung, Intensivstation, mechanischer Beatmung und Sterblichkeit. (...). Bemerkenswert ist, dass die Unterschiede im Risiko für schwerwiegende Folgen im Zusammenhang mit einer Infektion mit der Omicron-Variante im Vergleich zur Delta-Variante bei den ungeimpften Fällen am größten waren.“ (Übersetzt mit www.DeepL.com/Translator)

Die Risikoverringerung in Bezug auf eine schwere Erkrankung ist bei Omicron also nicht nur an sich groß, sondern ist bei Ungeimpften sogar noch größer als bei Geimpften!

Hier sind die Graphiken dazu - die gezeigten Werte sagen aus, um wie viel das Risiko reduziert ist gegenüber dem Referenzwert von 1 in Bezug auf Delta (rote vertikale Linien):



Ein besonders schlagkräftiges Argument ist, wie extrem klein das bei Omicron verbleibende Risiko ist, schwer zu erkranken.

Hier sind die Risiken bei Omicron für die Ungeimpfte und Geimpfte – die Zahlen beziehen sich auf die Anzahl der Fälle pro 1.000 Infektionen:

		Cumulative events over observed follow-up (<i>n</i> of events per 1000 cases)	
		No SGTF (Delta)	SGTF (Omicron)
ICU admission	Unvaccinated	20 (2.0)	22 (0.3)
	Any COVID-19 vaccination	4 (0.3)	28 (0.2)
Mechanical ventilation	Unvaccinated	16 (1.6)	12 (0.2)
	Any COVID-19 vaccination	1 (0.1)	12 (0.1)
Death	Unvaccinated	12 (1.2)	5 (0.1)
	Any COVID-19 vaccination	7 (0.5)	12 (0.1)

Das Risiko bei einer Omicron-Infektion ist also laut dieser qualitativ hochwertigen Studie bei Ungeimpften tatsächlich noch kleiner als laut den Zahlen aus dem obigen RKI-Wochenbericht:

- **Intensivstations-Risiko bei Ungeimpften: 0,03 Prozent**
- **Sterberisiko bei Ungeimpften: 0,01 Prozent**

Beweis: wie vor

Allein dieses geringe Risiko sollte eigentlich eine Impfpflicht ad absurdum führen!

Und diese Zahlen belegen zudem die geringe Wirksamkeit der Impfungen bei Omikron: Bei den Todesfällen gibt es **KEINEN** Unterschied im Risiko zu versterben zwischen Geimpften und Ungeimpften. Weder beim Risiko einer Intensivstationsaufnahme, noch beim Risiko für eine mechanische Beatmung noch beim Sterberisiko zeigt sich eine Verringerung des Risikos in der geimpften Personengruppe gegenüber der ungeimpften Personengruppe. Vielmehr ist das Intensivstations-Risiko und das Sterberisiko deskriptiv in der geimpften Gruppe sogar höher.

Beweis: wie vor

Man kann die Studie auch nutzen, um das eigene wissenschaftliche Vorgehen des RKI hinsichtlich der Wirksamkeit der Impfungen gegen schwere Erkrankungen methodisch zu hinterfragen.

Gem. den Ausführungen des RKI-Sachverständigen vom 7.6.2022 macht das RKI ja gerade eine "aufwändige" Studie zur Wirksamkeit gegen schwere Erkrankungen in Kooperation mit 13 Kliniken. Das ist eine sehr kleine, man möchte sagen abwegig kleine Stichprobe.

Angesichts des sehr geringen Risikos ist davon auszugehen, dass es bei einer Größenordnung von 13 Kliniken kaum Fälle auf Intensivstation oder gar Todesfälle geben wird. Aus einer Stichprobe mit dieser Größenordnung lässt sich damit mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht valide irgendetwas ableiten. Zum Vergleich: Das ist die Größenordnung der Stichprobe in der Nature-Studie:

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

„We sought to compare clinical outcomes among cases with Omicron and Delta variant SARS-CoV-2 infections within the Kaiser Permanente of Southern California (KPSC) healthcare system. As an integrated healthcare organization serving **4.7 million individuals (~19% of the population of southern California)**, KPSC provides comprehensive care to its members across virtual, outpatient, emergency department, and inpatient settings.“

Übersetzung:

„Wir wollten die klinischen Ergebnisse von Fällen mit SARS-CoV-2-Infektionen der Varianten Omicron und Delta innerhalb des Gesundheitssystems von Kaiser Permanente of Southern California (KPSC) vergleichen. Als integrierte Gesundheitsorganisation, die 4,7 Millionen Menschen (~19 % der Bevölkerung von Südkalifornien) versorgt, bietet KPSC seinen Mitgliedern eine umfassende Betreuung in virtuellen, ambulanten, notfallmedizinischen und stationären Einrichtungen.“ (Übersetzt mit www.DeepL.com/Translator)

5. Einwand:

So heißt es in dem Beitrag mit der Überschrift „Daten aus Israel zeigen Wirkungslosigkeit der mRNA-Impfstoffe“ vom 19.6.2022 gleich einleitend:

„Amtliche Daten aus dem „globalen Forschungslabor“ Israel zeigen erneut: Die COVID-Injektionen schützen weder vor positivem Test noch vor schwerem Verlauf. Wiederum deuten die Zahlen jedoch auf einen gegenteiligen Effekt hin. Wer geimpft ist, infiziert sich leichter und wird mit höherer Wahrscheinlichkeit krank.“

Quelle:

<https://tkp.at/2022/06/19/daten-aus-israel-zeigen-wirkungslosigkeit-der-mrna-impfstoffe/>

Folglich verwundert es nicht, dass selbst die RKI-Daten vom 1.6.2022 zeigen: Je mehr geimpft wird, desto höher die Inzidenz.

Quelle:

<https://tkp.at/2022/06/04/rki-daten-zeigen-je-mehr-geimpft-desto-hoehere-inzidenz/>

III.

Am 7. Juni 2022 sagte Dr. Mentzer zur Studie von Dr. Mathis zu Nebenwirkungen der Covid-Impfstoffe, dass dessen Studie gar nicht registriert gewesen sei.

Dieses Argument erscheint formal korrekt. Ohne Registrierung gibt es keinen Nachweis dafür, dass eine Studie die Eigenschaft „prospektiv“ beanspruchen kann. Diese Eigenschaft ist in der Tat ein wichtiger Aspekt der „*bias reducing techniques*“, also von Maßnahmen, potentielle Neigung oder Verzerrung bei Analyse und Interpretation von Daten zu verringern.

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Hans-Joachim Kremer, Alemannenstr. 101, 79117 Freiburg

Allerdings erscheint der Vorwurf der mangelnden Prospektivität hier schon sehr ungewöhnlich. Denn vor Dr. Mentzer hatte wohl noch nie jemand eine solche Forderung für Sicherheitsanalysen aufgestellt.

Beweis: wie vor

Denn es liegt schon in der Natur der Pharmako- bzw. Vakzinovigilanz, dass die konkreten Auswertungen fast notwendigerweise retrospektiv sind, also eigentlich immer unter wenigstens grober Kenntnis der (bereits vorliegenden) Daten erfolgen. Anders wird auch das PEI dies praktisch nie machen bzw. machen können.

Beweis: wie vor

Die Forderung nach Prospektivität einer Sicherheitsanalyse hat auch aus anderen Gründen ein „G’schmäckle“. Denn bislang wurden solchen Forderungen im Wesentlichen für „positive Ansprüche“ erhoben, also vor allem wenn Pharmafirmen eine bestimmte Wirksamkeit beanspruchen. Dann müssen in der Tat die „*bias reducing techniques*“ maximal hochgefahren werden. Unserer Kenntnis nach ist Prospektivität bei Sicherheitsstudien dagegen keine essentiell wichtige Eigenschaft, eben weil die Interessenlagen in der Regel anders herum sind.

Beweis: wie vor

Umso mehr verwundert es, dass Dr. Mentzer unter Verweis auf mangelnden Prospektivität sich die Daten der Studie von Prof. Matthes nicht einmal anschauen wollte.

Diese Problematik wirft unserer Überzeugung nach aber auch ein Licht auf das Selbstverständnis von PEI und RKI.

Denn offenbar hat man beim RKI nur wenig Probleme damit, auch retrospektive, also nicht registrierte Studien als Beleg für Wirksamkeit ins Feld zu führen.

Es sei hervorgehoben, dass die offensichtliche Grundhaltung des RKI zutiefst befremdet. Denn eigentlich sollte das RKI nicht „das Geschäft“ von Pharmaherstellern machen und Argumente suchen, wie toll die Impfstoffe wirken, sondern vielmehr, ob es immer noch genügend Hinweise dafür gibt, dass die Wirksamkeit in der tatsächlichen Anwendung immer noch gegeben ist oder ob diese möglicherweise sogar nachlässt. Der Nachweis der Wirksamkeit ist nicht Sache des RKI und nur sehr bedingt die Sache der STIKO.

So greifen die RKI-Mitarbeiter im jüngsten (prospektiven) „*living systematic review*“ zur Schutzwirkung der Covid-19-Impfstoffe gegen die Omikron-Variante [1] fast ausschließlich auf retrospektive Studien zurück. Auch die größte und bekannteste Beobachtungsstudie zur Wirksamkeit der Covid-19-Impfstoffe (wie z.B. Dagan et al 2021 [2]) war rein retrospektiv.

Beweis: wie vor

Auf der FAQ-Seite des RKI wird zur Frage der Wirksamkeit der Impfung gegen „Long-Covid“ eine israelische Studie [3] ins Feld geführt. In der Methodologie dieser bislang noch nicht regulär veröffentlichten Studie heißt es:

“... nested in a prospective longitudinal cohort study ...”

Übersetzung:

"... eingebettet in eine prospektive Längsschnitt-Kohortenstudie ..."

Rechtsanwalt

Das deutet an, dass die Hauptstudie zwar vielleicht, aber die hier zitierte Analyse eben nicht prospektiv definiert war. Tatsächlich findet sich in dem Artikel auch keinerlei Hinweis auf eine Registrierung.

Dabei ist sich das RKI durchaus der riesigen Verzerrungen in der Bewertung der Wirksamkeit eigentlich bewusst. So heißt es in o.g. „Living systemativ review“ [1], bei der auch Dr. Wichmann als Koautor mitwirkte:

“Further, we cannot exclude a risk of potential bias as real-life observation are based on retrospective analyses which are not systematically registered.” (übersetzt mit DeepL)

Übersetzung:

“Außerdem können wir das Risiko einer möglichen Verzerrung nicht ausschließen, da die Beobachtungen aus dem wirklichen Leben auf retrospektiven Analysen beruhen, die nicht systematisch erfasst werden.” (übersetzt mit DeepL)

Dabei ist die Frage prospektiv oder retrospektiv keineswegs die einzig mögliche oder einzig relevante Verzerrung bei solchen Analysen.

So heißt es in den Schlussfolgerungen des „*living systemativ review*“ [1]:

„Risk of bias was moderate to critical across studies and outcomes. GRADE-certainty was very low for all outcomes.“

"Das Risiko der Verzerrung war über alle Studien und Ergebnisse hinweg moderat bis kritisch. Die GRADE-Sicherheit war für alle Endpunkte sehr gering." (übersetzt mit DeepL)

Mit anderen Worten: Im Gegensatz zur betonten Selbstsicherheit, mit der uns Dr. Wichmann am 7. Juni etwas zur Wirksamkeit der Impfstoffe erzählte, schreibt er als Koautor in seinem aktuellen Review für das RKI, dass alle diese Analysen auf höchst wackeligen Beinen stehen.

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Hans-Joachim Kremer

„*moderate to critical*“ bedeutet: diese Analyse beinhaltet keine Daten, die keinem oder nur einem leichten Bias unterlagen. Außerdem erlaubt diese Aussage keine Abschätzung, ob die meisten Daten nur einem „*moderate bias*“ oder umgekehrt die meisten einem „*critical bias*“ unterlagen.

Beweis: wie vor

Dabei sollte man sich eine Aussage zur Wirksamkeit überhaupt enthalten, wenn die Analyse „*severe*“ oder gar „*critical bias*“ fand.

So jedenfalls die Regeln der *Cochrane Collaboration*, die die Grundregeln für solche „*systemativ reviews*“ im Wesentlichen erarbeitet hat.

Beweis: wie vor

Das ist ja auch logisch: Wenn die Daten- oder Auswertungsmethode derart fragwürdig ist, wird man keine sinnvolle Aussage zu Wirksamkeit machen können.

Wenn aber die Wirksamkeit der Covid-19-Impfungen an sich schon höchst fragwürdig ist, da sie in Sachen klinisch-relevanter Endpunkte niemals eindeutig belegt wurde, auch und gerade nicht mit den randomisierten kontrollierten Studien.

Beweis: wie vor

Wenn also auf der eine Waagschale der Wirksamkeit so gut wie nichts liegt, dann zerren selbst harmlose und verschmerzbar Nebenwirkungen, die dafür aber fast jeder erleidet, die andere Waagschale zwangsläufig nach unten.

Wie wir inzwischen gelernt haben, sind die Risiken der Covid-19-Impfstoffe aber keineswegs harmlos. Abgesehen von der keineswegs seltenen direkten Todesfolge gibt es zahlreiche Nebenwirkungen, die unmittelbar lebensbedrohlich sind oder die zu nachhaltiger Einschränkung der Lebensqualität führen, wie z.B. Erblindung, Schlaganfall, wesentliche Organdysfunktionen usw.

Mithin kann von einem günstigen Nutzen-Risiko-Verhältnis der Covid-19-Impfstoffe keine Rede mehr sein.

1. Külper-Schiek W, Piechotta V, Pilic A, et al. Facing the Omicron variant – How well do vaccines protect against mild and severe COVID-19? Third interim analysis of a living systematic review. MedRxiv. Posted 27 May 2022. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.05.25.22275516>
2. Dagan N, Barda N, Kepten E, et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. N Engl J Med 2021;384:1412-23. doi:10.1056/NEJMoa2101765
3. Kuodi P, Gorelik Y, Zayyad H, et al. Association between vaccination status and reported incidence of post-acute COVID-19 symptoms in Israel: a cross-sectional study of patients tested between March 2020 and November 2021. MedRxiv. Posted 17 January 2022. doi: <https://doi.org/10.1101/2022.01.05.22268800>.

D)

Am meisten hat mich beeindruckt, dass der Vertreter des PEI auf die Frage, wie viele Menschen denn – nachweislich oder mutmaßlich – auf Grund dieser Injektionen sterben müssen, damit das PEI von einem Warnsignal ausgeht bzw. von einem bedenklichen Arzneimittel i.S. von § 5 Abs. 2 AMG ausgeht, keine konkrete Antwort liefern konnte.

Äußerst verwunderlich war auch, dass das PEI in diesem Kontext selbst bei 2.810 Todesverdachtsfällen unter einem selbst vermuteten Underreporting von 50% faktisch immer noch keine Warnsignale wahrnehmen kann oder will, nur weil diese Fälle nicht alle „zwingend kausal“ sein sollen.

Immerhin ist nunmehr unstrittig, dass das PEI seine Pflichten zur Pharmakovigilanz gem. § 13 Abs. 5 IfSG nicht erfüllt hat.

Die Covid-19-„Schutz“-Injektionen findet somit im Datenblindflug statt.

So äußerte sogar die Bundesärztekammer am 9.6.2022 einen Beitrag auf ihrer Webseite mit dem Titel „Gute Grundlage für weiteres Pandemiemanagement“, in dem es u.a. heißt (Zitat):

„...Wir haben in den letzten zweieinhalb Jahren einen wahren Datenblindflug erlebt, der keine gute Grundlage für rationale Entscheidungen war...“

Quelle:

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

<https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/gute-grundlage-fuer-weiteres-pandemiemanagement/>

Schon ein solcher, mittlerweile unstreitiger Datenblindflug macht es zu einem unverantwortlichen Unterfangen, Soldaten im Rahmen einer Duldungspflicht zu solchen experimentellen Covid-19-„Schutz“-Injektionen zu drängen.

Es sei auch daran erinnert, dass der PEI-Vertreter von insgesamt 240 beim PEI registrierten Nebenwirkungen sprach, somit also die in den Sicherheitsberichten abgebildeten Nebenwirkungen nicht vollständig sind. Wie soll denn eine angemessene Aufklärung der Bevölkerung – auch durch impfende Ärzte – möglich sein, wenn die Bevölkerung nicht über alle (!) relevanten Nebenwirkungen informiert wird?

Durch das Unterlassen einer vollständigen Aufklärung wird zudem den Menschen, die den Verdacht haben unter einer Impfkomplikation zu leiden, die Möglichkeit erschwert, ihre Symptome möglichst frühzeitig einem bestimmten Krankheitsbild zuzuordnen zu können, das diesen registrierten Nebenwirkungen entspricht.

Wenig glaubhaft war im Übrigen auch die Aussage des RKI-Vertreters, wonach ihm (gegenüber diesen genbasierten Injektionen) angeblich keine alternativen Heilmittel (wie Chlordioxid, das jeder legal und problemlos – auch im Versandhandel – erwerben kann) und -Behandlungsprotokolle (wie die von Dr. Vladimir Zelenko aus den USA) bekannt sind.

Die ganze Welt kennt mittlerweile alternative hochwirksame Heilmittel und -protokolle wie diese.

Nur am Rande sei erwähnt: Ich selbst habe mich Herbst 2020 mit (pro Tag) 1 Teelöffel Chlordioxidlösung, vermischt mit 0,2 Liter Wasser, innerhalb von nur zwei Tagen vollständig von der seinerzeit vorherrschenden Variante des SARS-CoV-2-Virus heilen können.

Mittlerweile liegt auch die Studie “Self-reported outcomes, choices and discrimination among a global COVID-19 unvaccinated cohort” („Selbstberichtete Ergebnisse, Entscheidungen und Diskriminierung in einer globalen ungeimpften COVID-19-Kohorte“) vor, **wonach ungeimpfte Personen, die auf ihre Gesundheit achten, kaum je schwer an Covid-19 erkranken.**

Quelle:

https://report24.news/neue-studie-bringt-mainstream-zum-rotieren-ungeimpfte-haben-kaum-schwere-covid-verlaeufe/?feed_id=17648

Auch das bestätigt neueste Studien, wonach die natürliche Immunität der „Impfung“ überlegen ist, siehe u.a.:

<https://tkp.at/2022/05/31/neue-studie-aus-israel-natuerliche-immunitaet-ist-impfung-ueberlegen/>

<https://www.wochenblick.at/corona/britische-studie-bestaetigt-viel-weniger-ungeimpfte-mit-covid-im-krankenhaus/>

Diese Tatsache, dass die natürliche Immunität überlegen ist, mittlerweile sogar das Ärzteblatt zur Kenntnis genommen, siehe (mit zahlreichen Studien hierzu):

<https://tkp.at/2022/06/04/erstaunlich-deutsches-aerzteblatt-nimmt-natuerliche-immunitaet-als-ueberlegen-zur-kenntnis/>

Es gibt noch eine neuen und **äußerst wichtigen Preprint** einer hochkarätigen Gruppe, deren Chef-Autor Peter Doshi ist, Editor des sehr renommierten British Medical Journals. In diesem Papier wurde anhand der Phase III Zulassungsstudien (das sind die großen Zulassungsstudien mit einer großen Impfgruppe und einer großen Placebogruppe) von BionTech und Moderna nachgewiesen, dass bei beiden „Impfstoffen“ die Kosten in Form schwerer Impfschäden den Nutzen in Form der verhinderten schweren COVID-Erkrankungen deutlich überwiegen. Dort heißt es:

"Comparing the excess of serious AESI [adverse events of special interest] against the reduction of serious complications of COVID-19 among the vaccinated is essential for harm-benefit analyses. The results show an excess risk of serious AESIs greater than the reduction in COVID-19 hospitalizations in both Pfizer and Moderna trials."

Übersetzung:

"Der Vergleich des Überschusses an schwerwiegenden AESI [unerwünschte Ereignisse von besonderem Interesse] mit der Verringerung der schwerwiegenden Komplikationen von COVID-19 unter den Geimpften ist für Schaden-Nutzen-Analysen unerlässlich. Die Ergebnisse zeigen ein übermäßiges Risiko für schwere AESI, das größer ist als die Verringerung der COVID-19-Krankenhausaufenthalte in beiden Studien von Pfizer und Moderna." (Übersetzt mit DeepL)

Quelle:

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4125239

Weiterer Beweis möglich durch: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

Das hat deswegen sehr großes Gewicht, weil das die einzigen echten randomisierten kontrollierten Studien („Goldstandard“) sind, die es gibt. Aus methodischer Perspektive haben Befunde aus solchen Studien deutlich mehr Gewicht als die Befunde aus den vielen methodisch fragwürdigen Beobachtungsstudien. **Der Befund, dass laut den randomisierten-kontrollierten großen Zulassungsstudien die Kosten den Nutzen übersteigen, ist also praktisch nicht wegdiskutierbar.** Angesichts des Befundes hätten die Impfstoffe eigentlich nicht zugelassen werden dürfen.

Beweis: sachverständiges Zeugnis des Herrn Prof. Dr. Christof Kuhbandner, wie vor

Angesichts der Tatsache, dass in den beiden großen Zulassungsstudien zum BionTech-Impfstoff und zum Moderna-Impfstoff die Kosten in Form

Rechtsanwalt

schwerer Impfnutzen den Nutzen in Form verhinderter schwerer COVID-Erkrankungen deutlich überstiegen haben: Wie kann es da sein, dass das PEI hier zu dem Schluss kommt, dass der Nutzen die Kosten übersteigen würde?

E)

Anliegend überreiche ich das Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Ulrike Kämmerer vom 20.6.2022 mit dem Titel „Bewertung der Eignung der RT-qPCR Technik zum Nachweis einer möglichen Infektiosität von Personen für SARS-CoV-2“, mit dem sie ihren Vortrag vor dem erkennenden Senat vom 7.6.2022 ergänzen und abrunden und dem erkennenden Senat eine zusätzliche Erkenntnisquelle anbieten möchte.

Frau Prof. Kämmerer formuliert ihr Fazit dort auf Seite 33 wie folgt (Zitat):

„5. Fazit: Aussagekraft der RT-qPCR Tests zur Erkennbarkeit einer Infektiosität mit dem Coronavirus SARS-CoV-2

1. Vor dem Hintergrund der hier dargelegten Probleme und technischen Limitationen ist die RT-qPCR kein geeignetes zuverlässiges (und zugelassenes) Diagnostikum zum Nachweis von infektiösen (replikationsfähigen) SARS-CoV-2 Viren.
2. Ferner ist das reine RT-qPCR Testergebnis nur ein Laborwert, der angesichts der dargelegten Aspekte keine valide Aussage über das Vorhandensein infektiöser Viren erlaubt und nur in Zusammenschau mit einer klinischen Symptomdiagnose (erhoben durch Gesundheitsdienstleister, in Deutschland Mediziner) überhaupt eingesetzt werden darf.

Zusammenfassung: Zur Testung asymptomatischer Menschen anhand eines Nasen-Rachenabstrichs, wie er massenweise unkritisch und überwiegend von nicht-medizinischen Personal OHNE (hierbei entscheidend: entgegen der WHO-Forderung!) Anamnese- und Symptomerhebung bei den Getesteten erfolgt, ist die eingesetzte RT-qPCR nicht tauglich, eine Infektion und vor allem eine Infektiosität mit SARS-CoV-2 zu erkennen.“ **(Zitat Ende)**

Im Übrigen wird zur Vermeidung von Wiederholungen vollumfänglich auf den Inhalt des Gutachtens von Frau Prof. Dr. Ulrike Kämmerer verwiesen, womit dieser zum Vortrag der Beschwerdeführer erhoben werden soll.

Dem Beschwerdegegner wird angesichts dieser eindeutigen Befunde dringend empfohlen möglichst kurzfristig intern aufzuarbeiten, wessen fachliche Fehleinschätzung dafür mitverantwortlich ist, dass auch die gesunden (und symptomlosen) Angehörigen der Bundeswehr über so viele Monate hinweg diesen absurden anlasslosen Massentestungen unterzogen wurden.

Die Vertreter des Beschwerdegegners sollten diese Testorgien im Interesse ihrer Soldaten also nicht weiter mit so viel Eifer verteidigen, gerade so, als müsse der Satz „Es ist unglaublich, wie viel Geist in der Welt aufgeboden wird, um Dummheiten zu beweisen.“ (Christian Friedrich Hebbel) damit zugleich unbedingt mitbewiesen werden.

Wer einen Fehler gemacht hat und nicht korrigiert, der begeht bekanntlich einen zweiten. „Und einen Fehler durch eine Lüge zu verdecken heißt, einen Flecken durch ein Loch zu ersetzen.“ (Aristoteles).

Wenn die Funktionsfähigkeit der Bundeswehr zuweilen beeinträchtigt wurde, dann wohl nur, weil der Unsinn, gesunde Soldaten (ohne Krankheitssymptome) in die Isolation zu schicken, für Vernunft erklärt worden ist.

Die Auswirkungen dieses Unsinn auf den Betrieb der Bundeswehr dann auch noch als (weitere) Rechtfertigung für gefährliche Experimente mit vollkommen neuartigen Gentherapeutika zu bemühen, das schlägt dem Fass wirklich endgültig den Boden aus.

Da der Beschwerdegegner die Verweigerer der Covid-19-„Schutz“-Injektionen sogar mit Disziplinar- und Strafverfahren überzieht, wird mit großer Spannung die Erklärung des Beschwerdegegners dazu erwartet, warum ein solcher Verfolgungseifer nicht auch bei der Durchsetzung der „Influenza-Impfung“ entfaltet wurde.

Wir wissen ja bereits auf Grund der eigenen Angaben der Bundeswehr, dass bei der Influenza-Impfung keine so hohe Impfquote wie bei den Covid-19-„Schutz“-Injektionen gegeben ist.

F)

Auf die auch für dieses Verfahren äußerst relevanten Aspekte, die Dr. F. Mayer in seinem am 13.6.2022 unter der Überschrift „Entsprechen geimpfte Piloten den gesetzlichen Anforderungen an die Flugsicherheit?“ auf dem Online-Portal tkp.at veröffentlicht hat, wird der Kollege Tobias Ulbrich noch näher eingehen.

Quelle:

<https://tkp.at/2022/06/13/entsprechen-geimpfte-piloten-den-gesetzlichen-anforderungen-an-dieflugsicherheit/>

Diese dort dargestellte Rechtslage ist auch für alle Angehörigen der Luftwaffe und somit auch für die Beschwerdeführer maßgebend, ganz gleich, ob sie in der Luftwaffe als aktive Piloten, Gutachter oder „Bodenpersonal“ eingesetzt sind.

Schmitz
Rechtsanwalt