



PROF. DR. JUR. MARTIN SCHWAB

Danziger Straße 45b

33605 Bielefeld

Tel. 01577/4684535

martin.schwab.law@protonmail.com

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

An das
Bundesverwaltungsgericht
Simsonplatz 1
04107 Leipzig

Bielefeld, den 1. Februar 2023

**Verbundene
Wehrbeschwerdeverfahren
Hier: Anhörungsrüge [REDACTED]
BVerwG 1 WB 49.22
wg. Aufnahme COVID-19 Impfung
in Basisimpfschema der Bundeswehr**

Im oben genannten Anhörungsrügeverfahren trage ich ergänzend wie folgt vor:

I. Die Pflicht der Beschwerdegegnerin zur Berücksichtigung aktueller Entwicklungen

In seinem Beschluss vom 7.7.2022 hat der erkennende Senat in Rn. 135 angemahnt, dass die Beschwerdegegnerin gehalten sei, die pauschale Entscheidung, welche sie durch die Aufnahme der COVID-Injektionen in das Basisimpfschema getroffen habe, für alle Auffrischimpfungen gemäß den nationalen Empfehlungen daraufhin zu überprüfen, inwieweit weitere Auffrischimpfungen als zwingende Basisimpfungen für alle Soldaten bei einer Nutzen-Risiko-Abwägung ermessensgerecht seien.

Wenn diese Aktualisierungspflicht für Auffrischungsimpfungen gilt, kann die rechtliche Bewertung bei der sog. Grundimmunisierung, also bei der Pflicht zur Duldung der ersten beiden Injektionen, keine andere sein: Auch diese Pflicht muss einer permanenten Evaluation unterzogen werden, welche die Notwendigkeit, Sicherheit und Wirksamkeit der Injektionen umfasst. Auf der Basis eines obsoleten Wissensstandes darf niemand zur Duldung eines körperlichen Eingriffs gezwungen werden. In eben dieser Weise ist auch Rn. 211 des Beschlusses vom 7.7.2022 zu deuten:

„Vielmehr ist es unter dem Aspekt des effizienten Grundrechtsschutzes ausreichend und geboten, auf der Grundlage der jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse die künftig von einer Impfung ausgehenden gesundheitlichen Auswirkungen in den Blick zu nehmen.“

Wie zu zeigen sein wird, zwingen spätestens die jüngsten Neuerungen zur Aufhebung der Duldungspflicht betreffend die COVID-Injektionen.

II. Aktuelle Äußerungen von Karl Lauterbach zur Wirkungslosigkeit der COVID-Injektionen

Das Bundesverteidigungsministerium ist spätestens seit dem 30. Januar 2023 dringend gehalten, eine Ressortabstimmung mit dem Bundesgesundheitsministerium zu suchen, um zu überprüfen, inwieweit die Duldungspflicht auf der Grundlage des heutigen Wissensstandes noch aufrechterhalten werden kann. Denn Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach wurde im ARD-Morgenmagazin vom 30.1.2023 von dem Journalisten Michael Stempel befragt, wie er rückblickend die Corona-Maßnahmen bewerte:

https://www.ardmediathek.de/video/morgenmagazin/lauterbach-lange-schulschliessungen-rueckblickend-unnoetig/das-erste/Y3JpZDovL2Rhc2Vyc3RILmRIL21vcmdlbn1hZ2F6aW4vNzZmODZINTAtODMyMi00Y2E2LWE4NjgtYzUyZjZkMDY1Zjgw?fbclid=IwAR31RniCY0bN-ayur3zQe9vJEqOx2ZH5b8em5j2CEPH6_yRj9IMj8DKA7IY

Ab Minute 3.25 äußerte sich Karl Lauterbach zu den COVID-Injektionen. Dieser Teil des Interviews sei hier wörtlich zitiert:

Michael Stempel: *„Wir müssen, wir müssen noch über einen anderen Punkt sprechen, der extrem polarisiert hat, das war das Thema Impfpflicht. Das war ein Versuch, den Sie sehr unterstützt haben das durchzusetzen. Es ist nicht gelungen und es hat auch da großen gesellschaftlichen Schaden angerichtet. Im Rückblick: Ist es richtig, hier auf ´ne Pflicht zu setzen? Oder muss man nicht sagen: Bei sowas brauchen wir Freiwilligkeit?“*

Karl Lauterbach: *„Ja (das) die Impfpflicht ist ja angeschoben worden, als es die Omikron-Varianten noch nicht gab. Das heißt damals also mit der Delta-Variante war es so: wär es so geblieben, wir hätten nur diese besonders schwer verlaufenden äh Varianten gehabt, dann wären sehr viel mehr Menschen noch in diesem Jahr oder im letzten Jahr gestorben äh als gestorben sind. **Somit also die Impfpflicht im Nachhinein betrachtet: Äh mit der Omikron-Variante stellt sich das anders dar, als zum Zeitpunkt, als das Projekt angeschoben wurde.**“*

Wohlgemerkt: Bei Karl Lauterbach handelt es sich um eben jenen Minister, dem das RKI und das PEI unterstellt sind. Es ist kaum vorstellbar, dass er in einer Fernsehsendung, die ein

Millionenpublikum erreicht, eine solche Äußerung in die Welt setzt, ohne sich vorher mit seinen Fachbehörden beraten zu haben.

Wenn Karl Lauterbach nun selbst einräumt, dass die *allgemeine* Impfpflicht, die ab Herbst 2021 immer intensiver diskutiert wurde, mit der Vorherrschaft der Omikron-Variante quasi die Geschäftsgrundlage verloren hat, ist umso weniger einzusehen, warum trotzdem an *sektorspezifischen* Impfpflichten festgehalten werden soll. Die einrichtungsbezogene Nachweispflicht (§ 20a IfSG a.F.) ist nicht verlängert worden, und zwar mit folgender Begründung (siehe ZDF vom 23.11.2022, <https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-impfpflicht-lauterbach-pflege-100.html>):

„Die Impfung schützt nicht mehr vor der Ansteckung. Wenn sie nicht mehr vor der Ansteckung schützt, dann gibt es auch keinen Grund mehr dafür in diesen Einrichtungen.“

Mit welcher Begründung die Beschwerdegegnerin dann aber die Pflicht der Soldaten zur Duldung der COVID-Injektionen aufrechterhalten will, erschließt sich nicht.

In Rn. 62 des Beschlusses vom 7.7.2022 hatte der erkennende Senat zur Rechtfertigung der Pflicht, Impfungen zu dulden, ganz maßgeblich auf den Umstand abgehoben, dass Soldaten oft auf engem Raum zusammenarbeiten müssen und sich in einer solchen Situation übertragbare Krankheiten leichter ausbreiten können. Jetzt aber hören wir aus dem Munde des Bundesgesundheitsministers, dass die COVID-Injektionen überhaupt nicht vor Ansteckung schützen, also die Ausbreitung von SARS CoV-2 gar nicht verhindern können!

Spätestens die hier wiedergegebenen Äußerungen von Karl Lauterbach zwingen dazu, die Soldaten der Bundeswehr – und damit auch meinen Mandanten – endgültig vom Joch der Pflicht zur Duldung einer COVID-Injektion zu befreien.

III. Aktuelle Studie von John Ioannidis

In einem Punkt ist Karl Lauterbach aber zu widersprechen: Die Delta-Variante bot in Wirklichkeit ebenfalls *keine* ausreichende Grundlage für eine breit angelegte Impfkampagne. Richtig ist vielmehr, dass auch die Vorgänger-Varianten von SARS CoV-2 in keiner Weise eine Intervention der Beschwerdegegnerin in Gestalt einer duldungspflichtigen Impfung rechtfertigten.

Der renommierte Epidemiologe John Ioannidis von der Stanford University hat jüngst zusammen mit seinem Team eine neue Studie vorgelegt, die zu dem Ergebnis kommt, dass das Virus schon im Jahr 2020, bevor irgendwelche Impfstoffe verfügbar waren, noch deutlich weniger gefährlich war als bisher angenommen.

Beweis: Pezzullo/Ioannidis et al., Age-stratified infection fatality rate of COVID-19 in the non-elderly population, <https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.114655>, Anlage BF-MS 89.

Die wesentlichen Ergebnisse dieser Studie seien hier in deutscher Übersetzung vorgestellt und mit Blick auf die Relevanz für die streitgegenständliche Aufnahme der COVID-Injektionen in das Basisimpfschema der Bundeswehr kommentiert. Eventuelle Hervorhebungen befinden sich nicht im Original.

Bereits im Abstract der Studie heißt es wie folgt:

„Die größte Belastung durch COVID-19 tragen ältere Menschen, und Personen, die in Pflegeheimen leben, sind besonders gefährdet.“

Schon hier darf man innehalten und sich fragen, ob diese Personengruppe in der Bundeswehr anzutreffen ist.

Weiter heißt es in der Studie:

„Allerdings sind 94 % der Weltbevölkerung jünger als 70 Jahre und 86 % jünger als 60 Jahre. Ziel dieser Studie war es, die Infektionssterblichkeitsrate (IFR) von COVID-19 bei nicht älteren Menschen ohne Impfung oder vorherige Infektion genau zu schätzen. In systematischen Recherchen in SeroTracker und PubMed (Protokoll: <https://osf.io/xvupr>) identifizierten wir 40 in Frage kommende nationale Seroprävalenzstudien aus 38 Ländern mit Daten zur Seroprävalenz vor der Impfung.“

Die Erhebung der IFR erfolgte also vor Beginn der Impfkampagnen. Die Autoren der Studie haben darauf geachtet, dass die Studienergebnisse nicht durch den Einfluss der Impfkampagnen verzerrt werden; es ging in der Studie mithin darum, die Abwehrfähigkeit allein des natürlichen menschlichen Immunsystems gegen den Erreger auszumessen.

Weiter heißt es in der Studie:

„Für 29 Länder (24 Länder mit hohem Einkommen, 5 andere) waren öffentlich verfügbare altersgeschichtete COVID-19-Todesdaten und altersgeschichtete Seroprävalenzinformationen verfügbar und wurden in die primäre Analyse einbezogen. Die IFR hatten einen Median von 0,034 % (Interquartilsbereich (IQR) 0,013-0,056 %) für die 0-59-jährige Bevölkerung und 0,095% (IQR 0,036-0,119%) für die 0-69-jährige Bevölkerung. Der Median der IFR betrug 0,0003 % bei 0-19 Jahren, 0,002 % bei 20-29 Jahren, 0,011 % bei 30-39 Jahren, 0,035 % bei 40-49 Jahren, 0,123 % bei 50-59 Jahren und 0,506 % im Alter von 60-69 Jahren. Die IFR steigt etwa alle 10 Jahre um das Vierfache. **Einschließlich der Daten aus weiteren 9 Ländern mit unterstellter Altersverteilung der COVID-19-Todesfälle ergab eine mediane IFR von 0,025-0,032 % für 0-59 Jahre und 0,063-0,082 % für 0-69 Jahre. Meta-Regressionsanalysen ergaben auch eine globale IFR von 0,03 % bzw. 0,07 % in diesen Altersgruppen. Die aktuelle Analyse deutet darauf hin, dass die IFR vor der Impfung in nicht-älteren Bevölkerungsgruppen viel niedriger ist als bisher angenommen.“**

Also war die Infection Fatality Rate, die Infektionssterblichkeitsrate, noch deutlich geringer als zunächst angenommen. Zum Zeitpunkt vor der Verfügbarkeit der COVID-Injektion gab es also

schon keinen Anlass für deren Aufnahme in das Basisimpfschema und somit für die Duldungspflicht, da SARS CoV-2 eben *keine* ernste Gesundheitsgefahr für Soldaten darstellt.

Hierzu sei das Vorbringen der Beschwerdegegnerin, das in Rn. 16 des Beschlusses wie folgt wiedergegeben wird, nochmals in Erinnerung gerufen:

„Die Pflicht, die Impfung zu dulden, diene der Sicherstellung der Auftragserfüllung der Streitkräfte und sei Ausdruck der Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber den Soldaten. SARS-CoV-2 begründe ernste Gesundheitsgefahren auch für Soldaten. Eine Infektion könne zu schweren Krankheitsverläufen oder zum Tod führen. Dies gelte nicht nur für vulnerable Gruppen, sondern auch für ansonsten gesunde Personen zwischen 17 und 65 Jahren. Militärisches Personal sei durch die Besonderheiten des Dienstbetriebs einem hohen Infektionsrisiko ausgesetzt.“

Die tatsächlichen Annahmen, die diesem Vorbringen zugrunde liegen, sind spätestens durch die hier zitierte Studie widerlegt. Die Duldungspflicht war als Ausdruck der Fürsorgepflicht des Dienstherrn gegenüber den Soldaten gedacht, um bei den Soldaten schwere Krankheitsverläufe und Tod zu verhindern. Mit einer IFR von 0,025 – 0,032% in der Altersgruppe der 0-59-jährigen ist dieses Risiko aber so gering, dass ein Nutzen der COVID-Injektionen gegen SARS-CoV-2 zwangsläufig marginal ausfallen muss und das erhebliche Risiko schwerer Impfkomplicationen nicht auch nur ansatzweise kompensieren kann.

Noch in Rn. 145 hatte der erkennende Senat der Beschwerdegegnerin bescheinigt, diese habe davon ausgehen dürfen, dass die Soldaten der Bundeswehr durch SARS CoV-2, zunächst in der Delta- und dann in der Omikron-Variante, erheblich gefährdet seien. Dies alles wird durch die hier zitierte Studie zur Gänze widerlegt.

IV. Aktuelle RKI-Zahlen

Das Infektionsgeschehen hat sich mittlerweile in einer Weise normalisiert, die ebenfalls keinerlei Intervention durch eine Pflichtimpfung angezeigt erscheinen lässt. Im wöchentlichen Lagebericht des RKI vom 26.1.2023 wird auf Seite 3 Folgendes aufgeführt:

„Von besonderer Bedeutung für die Lagebewertung in der aktuellen Situation der Pandemie ist die Entwicklung der Zahl schwer verlaufender Atemwegserkrankungen. In KW 3/2023 ist die Zahl der SARI-Fälle nach den Daten der syndromischen Krankenhaussurveillance in den Altersgruppen ab 35 Jahre deutlich gesunken und befindet sich insgesamt unter dem Niveau, das üblicherweise in den vorpandemischen Jahren um diese Zeit beobachtet wurde.“

Beweis: Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) vom 26.1.2023, Anlage BF-MS 90.

Atemwegserreger stellen also derzeit schon ganz allgemein kein so gravierendes Problem dar, dass man ernsthaft darüber nachdenken könnte, die Gesundheitsvorsorge aus der Eigenverantwortung der Menschen (hier: der Soldaten) herauszunehmen und durch eine staatlich verordnete Nutzen-Risiko-Bewertung zu ersetzen.

Auf Seite 4 bestätigen die Surveillance-Daten, was auch die oben zitierte Ioannidis-Studie feststellt (Hervorhebungen im Original):

„Weiterhin sind hochaltrige Personen ab 80 Jahre am stärksten von schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen betroffen.“

Gefährdet ist, wenn überhaupt also eine Personengruppe, die wegen ihres Alters gar nicht mehr im aktiven Militärdienst stehen kann und die daher von der Duldungspflicht eindeutig nicht betroffen ist.

Der ARE-Wochenbericht des RKI für die Zeit vom 16. bis 22.1.2023 enthält in der zusammenfassenden Bewertung der epidemiologischen Lage auf Seite 1 die folgende Feststellung (Hervorhebungen nicht im Original):

„Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE-Raten) in der Bevölkerung (GrippeWeb) ist in der 3. KW 2023 im Vergleich zur Vorwoche deutlich gestiegen, wie es auch in den meisten Vorjahren beobachtet wurde. Der aktuelle Wert lag im Bereich der vorpandemischen Jahre um diese Zeit.“

Die geringe Rolle von COVID-19 zeigt sich anhand der zusammenfassenden Passage auf Seite 1 des ARE-Berichts:

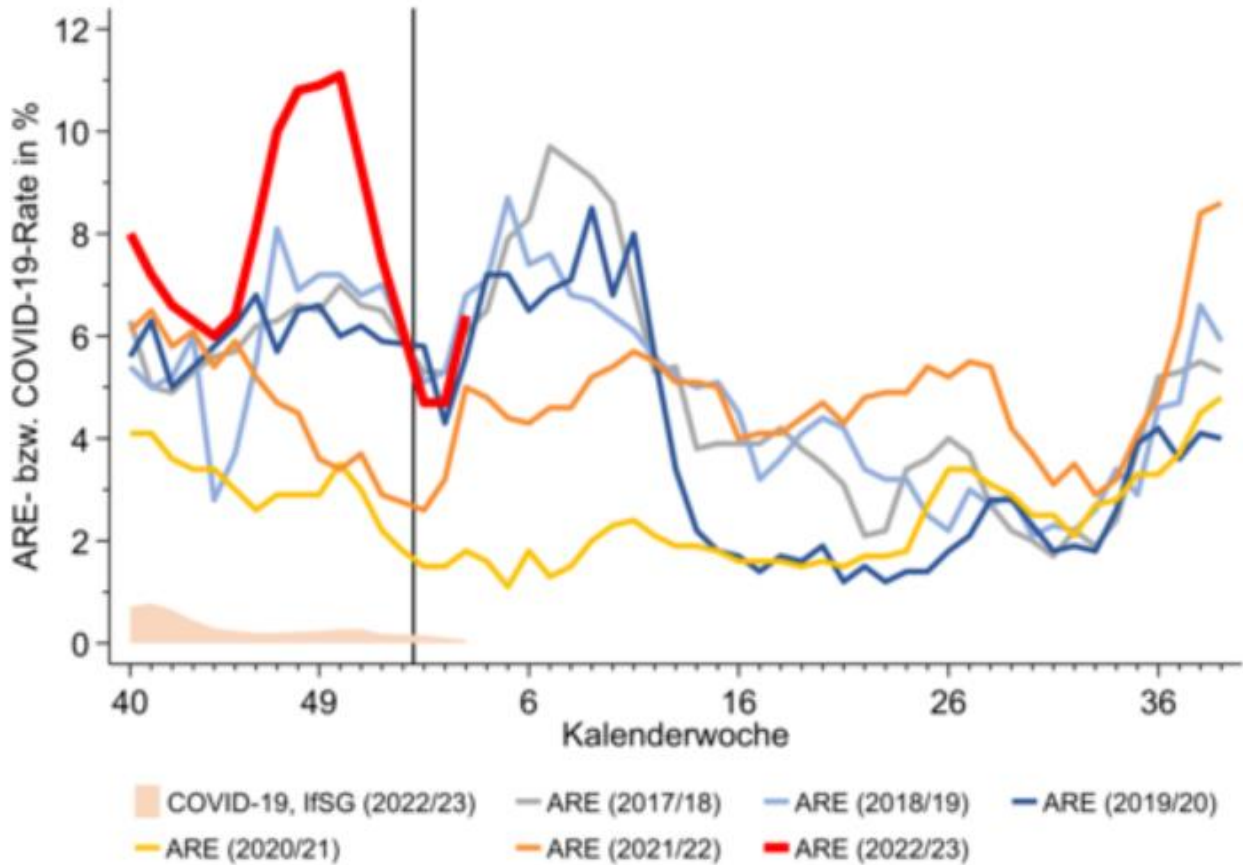
„Im NRZ für Influenzaviren wurden in der 3. KW 2023 in insgesamt 70 (56 %) der 124 eingesandten Sentinelproben respiratorische Viren identifiziert, darunter jeweils 17 (14 %) Proben mit Respiratorischen Synzytialviren (RSV) oder humanen saisonalen Coronaviren (hCoV), 15 (12 %) mit Rhinoviren, zehn (8 %) mit Influenzaviren, neun (7 %) mit humanen Metapneumoviren (hMPV), drei (2 %) mit SARS-CoV-2 und zwei (2 %) mit Parainfluenzaviren (PIV).“

Im Weiteren wird auf die hauptsächlichen ARE-auslösenden Erreger eingegangen, SARS-CoV-2 findet hier keinerlei Erwähnung:

„Die ARE-Aktivität ist in der 3. KW 2023 hauptsächlich auf die Zirkulation von RSV und hCoV, gefolgt von Rhinoviren zurückzuführen. RSV verursachten in der 3. KW insbesondere bei 0- bis 1-Jährigen und bei älteren Erwachsenen ab 60 Jahre die meisten Arztbesuche wegen ARE. Nach Definition der Arbeitsgemeinschaft Influenza endete die Grippewelle in Deutschland mit der 1. KW 2023.“

Auch die Grafik auf Seite 2 des ARE-Wochenberichts zeigt, dass COVID-19 im Konzert der Atemwegsinfekte eine immer geringere Rolle spielt:

Akute Atemwegserkrankungen (ARE)



Auf Seite 6 des ARE-Berichts widmet man sich der besonderen Thematik der schweren akuten respiratorischen Infektionen (Hervorhebung nicht im Original):

„Im Rahmen der ICD-10-Code basierten Krankenhaussurveillance (ICOSARI) ist die Inzidenz schwerer akuter respiratorischer Infektionen (SARI) in der 3. KW 2023 erneut stark zurückgegangen. Insgesamt liegt die Inzidenz der SARI-Fälle etwa auf dem niedrigen Niveau, das im Jahr 2022 nach dem Jahreswechsel verzeichnet wurde und **damit unter den Werten, die üblicherweise in den vorpandemischen Jahren um diese Zeit beobachtet wurden** (Abb. 6).“

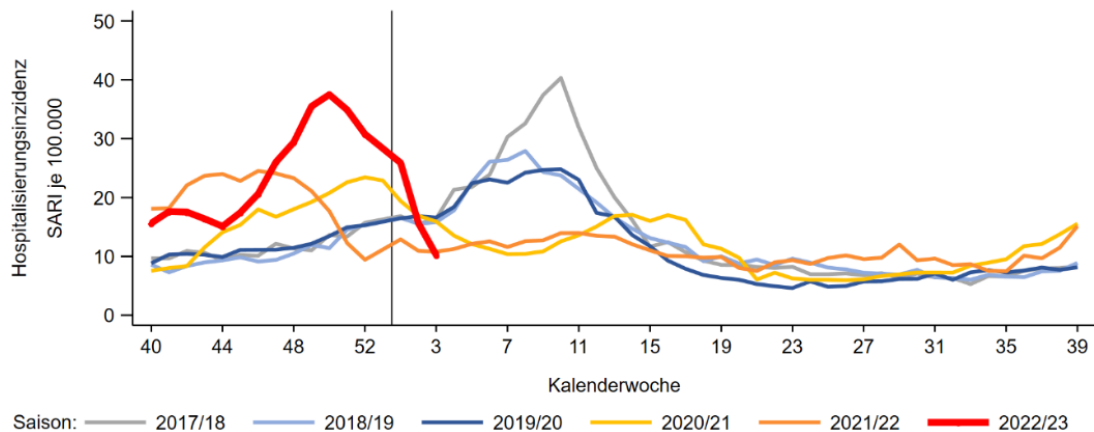


Abb. 6: Wöchentliche Inzidenz je 100.000 Einwohner der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22), in den Saisons 2017/18 bis 2022/23 (bis zur 3. KW 2023), Daten aus 71 Sentinelkliniken. Der senkrechte Strich markiert jeweils die 1. KW des Jahres.

Also gibt auch die Fallzahl der schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI) keinen Anlass, die Pflicht der Soldaten zur Duldung der COVID-Injektionen aufrecht zu erhalten.

Da die Beschwerdegegnerin unter anderem die Sorge um ein mögliches Infektionsgeschehen am Einsatzort vorgetragen hatte, wenn die Soldaten Auslandseinsätze meistern müssen, sei hier noch auf Seite 9 f. des ARE-Wochenberichts verwiesen. Dort heißt es zur internationalen Situation wie folgt (Hervorhebung nicht im Original):

„Nach Definition des ECDC hat die Grippewelle in der europäischen Region in der 45. KW begonnen. Von den 40 Ländern, die in der 2. KW 2023 Daten zur Influenza-Aktivität an TESSy (The European Surveillance System) sandten, berichteten vier Länder eine Influenza-Hintergrundaktivität, sieben Länder eine geringe, 18 Länder (darunter Deutschland) eine mittlere, neun Länder eine hohe und zwei Länder (Finnland, Russische Föderation) eine sehr hohe Influenza-Aktivität.

Die Influenza-Positivenrate in den Sentinelsystemen im primärversorgenden Bereich des europäischen Netzwerks sank von 29 % in der 1. KW 2022 auf 22 % in der 2. KW 2023.

Für die 2. KW 2023 wurden in 822 (22 %) von 3.679 Sentinelproben Inflenzaviren detektiert, 715 (87 %) waren positiv für Influenza A-Viren und 107 (13 %) für Influenza B-Viren. Unter den 511 subtypisierten Influenza A-Viren waren 204 (40 %) positiv für Influenza A(H3N2) und 307 (60 %) positiv für Influenza A(H1N1)pdm09. Alle 13 charakterisierten Influenza B-Viren gehörten der Victoria-Linie an.

In der SARI-Krankenhaussurveillance wurden 3.912 SARI-Fälle für die 2. KW 2023 übermittelt. Dabei lag die Influenza-Positivenrate unter den SARI-Fällen in der 2. KW bei 16 % (1. KW: 14 %). **Die SARS-CoV2-Positivenrate bei den SARI-Fällen lag bei 1 % (1. KW: 2 %)**“

Beweis: ARE-Wochenbericht für die Zeit vom 16. bis 22. Januar 2023 (3. Kalenderwoche 2023), Anlage BF-MS 91.

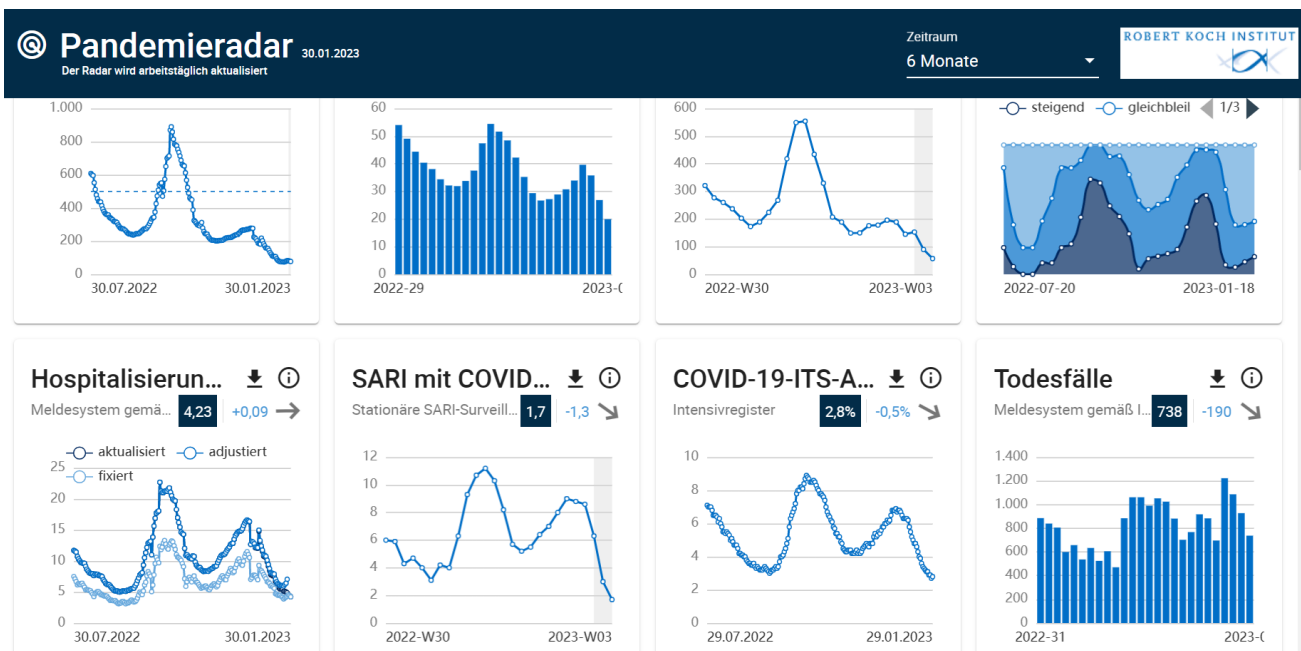
Und im Influenza Update Nr. 437 der WHO ist auf Seite 4 zu lesen:

„However, this in-season cumulative hospitalization rate is still lower than end-of-season hospitalization rates for all but four pre-COVID-19-pandemic seasons (2015-16, 2013-14, 2011-12, 2010-11 seasons).“

Beweis: WHO Influenza Update Nr. 437 vom 23.1.2023, Anlage BF-MS 92.

Auch im RKI-Pandemieradar fallen alle Kurven, die das Infektionsgeschehen anzeigen, kontinuierlich nach unten:

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home):



Unter den **83,2 Millionen Einwohnern** in Deutschland befinden sich Stand 30.1.2023 nur noch **598** mit COVID-19 auf Intensivstation. Dies ergibt sich aus dem täglichen Lagebericht des RKI für den 30.1.2023 (Hervorhebungen nicht im Original):

„Am 29.01.2023 (12:15 Uhr) befanden sich 598 COVID-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (+7 zum Vortag). Der Anteil der COVID-19-Belegung durch Erwachsene an allen betreibbaren Intensivbetten für Erwachsene liegt bei 2,8 %“



**Täglicher Lagebericht des RKI
zur Coronavirus-Krankheit-2019
(COVID-19)**
30.01.2023 – AKTUALISierter STAND FÜR DEUTSCHLAND

Bestätigte Fälle		7-Tage-Inzidenz (7-TI)		DIVI-Intensivregister Datenstand 29.01. 12:15 Uhr	Impfmonitoring Datenstand 30.01.
Gesamt ¹	aktive Fälle ²	Gesamt- Bevölkerung	Anzahl Kreise mit 7-TI > 50/100.000 EW	Veränderung der Fälle zum Vortag auf ITS	Anzahl Impfungen seit dem Vortag
+0 (37.739.472)	-26.400 [ca. 219.200]	77,5 Fälle/ 100.000 EW	-5 [314/411]	+7 [598]	+675
Hospitalisiert ¹	Genesene ³	Hospitalisierte gesamt	Anzahl Kreise mit 7-TI > 500/100.000 EW	Anteil COVID-19- Belegung an Gesamtzahl der betreibbaren ITS- Betten ⁴	Anzahl Geimpfter insgesamt mit mindestens einer /mit vollständiger/ mit Auffrischimpfung ^{5, 6, 7}
+0 (858.071)	+26.400 [ca. 37.354.800]	4,2 Fälle/ 100.000 EW	±0 [0/411]	2,8 %	N1: 64.869.215 N2: 63.555.126 N3: 62.116.353
Verstorbene ¹	Hospitalisierte ab 60 Jahre	Anzahl Kreise mit 7-TI > 1000/100.000 EW	Erstaufnahmen auf ITS	Anteil Geimpfter insgesamt mit mindestens einer /mit vollständiger/ mit Auffrischimpfung ^{5, 6, 7}	
+0 (165.441)	10,7 Fälle/ 100.000 EW	±0 [0/411]	+47	N1: 77,9 % N2: 76,4 % N3: 62,6 %	

Zahlen in [] Klammern zeigen kumulative Werte, Zahlen in [] Klammern zeigen die aktuellen Werte. Fußnoten werden im Anhang erläutert.

COVID-19-Verdachtsfälle und -Erkrankungen sowie Labornachweise von SARS-CoV-2 werden gemäß Infektionsschutzgesetz (§§56) an das Gesundheitsamt gemeldet. Dieses übermittelt die Daten über die zuständige Landesbehörde an das Robert Koch-Institut (RKI). Im vorliegenden Lagebericht werden die an das RKI übermittelten Daten zu laborbestätigten COVID-19-Fällen dargestellt. Daten zu durchgeführten COVID-19-Impfungen sind gemäß Coronavirus-Impfverordnung von allen impfenden Stellen täglich dem RKI zu übermitteln und sind hier publiziert: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/2020/Neuerstes_Coronavirus/Daten/Impfquoten_Tab.html

– Änderungen seit dem letzten Bericht werden im Text in **Blau** dargestellt –

Zusammenfassung der aktuellen Lage

- Gestern wurden **0** neue Fälle und **0** neue Todesfälle übermittelt. Die Inzidenz der letzten 7 Tage liegt deutschlandweit bei **77,5** Fällen pro 100.000 Einwohner (EW). Die Werte für die 7-Tage-Inzidenz in den Bundesländern liegen zwischen **124,2** pro 100.000 EW in **Niedersachsen** und **31,6** pro 100.000 EW in **Thüringen**.
- Es wurden **0** Hospitalisierungen in Bezug auf COVID-19 übermittelt, die 7-Tage-Inzidenz der hospitalisierten Fälle liegt bei **4,2** Fällen pro 100.000 EW.
- Am 29.01.2023 (12:15 Uhr) befanden sich **598** COVID-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (+7 zum Vortag). Der Anteil der COVID-19-Belegung durch Erwachsene an allen betreibbaren Intensivbetten für Erwachsene liegt bei **2,8 %**.
- Seit dem 26.12.2020 wurden insgesamt **191.943.885** Impfungen verabreicht. Insgesamt haben **77,9 %** der Bevölkerung mindestens eine Impfung gegen COVID-19 bekommen,⁵ **76,4 %** wurden bereits vollständig gegen COVID-19 geimpft,⁶ **62,6 %** haben eine Auffrischimpfung erhalten.⁷

Beweis: Täglicher SARS CoV-2-Lagebericht des RKI vom 30.1.2023, Anlage BF-MS 93.

Diese 598 Personen sind sogar möglicherweise noch zu hoch gegriffen. Denn es steht zu befürchten, dass bei diesen Patienten nach einem positiven PcR-Test auf SARS-CoV-2 nicht nach anderen Erregern gesucht wurde, die möglicherweise zeitgleich im Körper der betroffenen Patienten aktiv sind und der eigentliche Auslöser der behandlungsbedürftigen Beschwerden sein könnten. An der hier geübten Kritik an der PcR-basierten Diagnostik wird festgehalten.

Alle diese Zahlen münden in die Erkenntnis, dass die offiziell verlautbarten Daten gerade im Bereich SARS-CoV-2 keinerlei nennenswertes Infektionsgeschehen ausweisen. Es gibt keinerlei Rechtfertigung dafür, meinen Mandanten den beträchtlichen Risiken auszusetzen, die von den COVID-Injektionen ausgehen. Wenn es um den Beitrag meines Mandanten zur Einsatzfähigkeit der Truppe geht, ist nicht seine „Impfung“ gegen SARS-CoV-2 geboten, sondern seine Verschonung von dieser „Impfung“.

V. Die Impfkomplicationen in den etablierten Medien

Mittlerweile gelingt es nicht einmal mehr den ansonsten so regierungsfreundlichen Leitmedien, die gravierenden Impfkomplicationen zu verschweigen. Und mehr noch: Die Opfer der COVID-Injektionen werden, wie sich mittlerweile herausstellt, bei ihrem Versuch, eine Entschädigung zu erlangen, von den Behörden regelrecht verhöhnt.

Die Ablehnungsquote bei entsprechenden Anträgen liegt derzeit bei ca. 90% (WELT vom 7.11.2022, <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus240442307/Corona-Impfschaeden-Haftung-des-Herstellers-durch-aktuelle-Rechtslage-sehr-beschaenkt.html>). Die Bearbeitung der Anträge nach §§ 60 ff. IfSG läuft schleppend (MDR vom 4.10.2022, <https://www.youtube.com/watch?v=DA9OEgHoc7A&t=258s>). Dass Menschen, die nach der COVID-Impfung unter gravierendsten Beschwerden leiden, von ihren Krankenkassen oftmals im Stich gelassen werden, ist in Medienberichten mehrfach dokumentiert worden; so berichtet ARD Brisant vom 20.10.2022 (<https://www.youtube.com/watch?v=wGf4b21BgA0>) über eine Patientin, die durch die COVID-Impfung invalide geworden ist und viele ihrer Medikamente privat bezahlt. Und MDR vom 2.5.2022 (<https://www.youtube.com/watch?v=4TN6qRf7S2U>) berichtet u.a. von einem 26jährigen Patienten, der die Kosten für die Blutwäsche in Höhe von 12.000 Euro (!) selbst aufbringen musste. Und am 31.1.2023 überschrieb die BILD-Zeitung einen Beitrag zu den Corona-Impfschäden wie folgt: „Geimpft, erkrankt und alleine gelassen“ (<https://www.bild.de/bild-plus/ratgeber/2023/ratgeber/corona-impfschaeden-geimpft-erkrankt-und-alleine-gelassen-82572706.bild.html>).

Die halsbrecherischen Risiken, die mit den COVID-Injektionen einhergehen, überwiegen deren Nutzen – soweit sich überhaupt ein solcher feststellen lässt – um ein Vielfaches. Und wenn mein Mandant zur Spritze gezwungen werden sollte, läuft auch er Gefahr, nicht nur massive gesundheitliche Schäden davonzutragen, sondern bei seinem Versuch, eine Entschädigung

zu erlangen, auf taube Ohren zu stoßen. Denn auf welcher Grundlage sollte mein Mandant darauf vertrauen, dass die Beschwerdegegnerin wenigstens im Schadensfall ihrer Fürsorgepflicht nachkommt? Die Vertreter des Bundesverteidigungsministeriums schreckten in der mündlichen Verhandlung vom 2.5.2022 nicht vor offensichtlichen und dreisten Lügen zurück, um die Impfkampagne in der Bundeswehr zu rechtfertigen; dies alles haben sowohl die damalige Prozessbevollmächtigte Beate Bahner als auch ich in unseren Schriftsätzen (jeweils vom 3.6.2022) im Einzelnen herausgearbeitet. Unsere Frage, ob die damals zwei COVID-19-Toten, die bei der Bundeswehr registriert waren, die COVID-Injektion erhalten hatten oder nicht, wurde von der Beschwerdegegnerin nicht beantwortet; diese verschanzte sich hinter dem offensichtlich fadenscheinigen Vorwand des Datenschutzes. Jeder Versorgungsfall, den die Beschwerdegegnerin im Anschluss an eine COVID-Injektion anerkennen würde, wäre das Eingeständnis, dass jedenfalls in diesem konkreten Fall die „Impfung“ nach hinten losgegangen ist. Gegen dieses Eingeständnis wird sich die Beschwerdegegnerin in gleicher Weise mit Händen und Füßen wehren, wie sie sich im Laufe des Prozesses mit Händen und Füßen gegen die Einsicht in das völlige Versagen der Impfkampagne in der Bundeswehr gesträubt hat.

VI. Relevanz für das hiesige Verfahren

Sämtliche vorstehenden Entwicklungen haben sich erst nach dem 7.7.2022 ereignet und konnten daher vom erkennenden Senat in der ursprünglichen Entscheidung nicht mehr berücksichtigt werden. Da nach hier vertretener Ansicht aber die diesseits bereits gerügten Gehörsverletzung die Anberaumung eines neuen Termins zur mündlichen Verhandlung gebieten, werden in diesem neuen Termin auch die aktuellen Erkenntnisse eine Rolle spielen.

Prof. Dr. Martin Schwab