

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 14.4.2022

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

In den verbundenen Wehrbeschwerdeverfahren 1 WB 2.22 und 1 WB 5.22 zeige ich hiermit an, dass ich vom Beschwerdeführer [REDACTED] für dieses Verfahren (1 WB 5.22/1 W-VR 3.22) mandatiert wurde. Die Mandatierung der bereits beauftragten Anwältinnen und Anwälte bleibt davon unberührt. Vollmacht wird unverzüglich nachgereicht. Die Anlagen werden separat übersandt.

I. Überblick

Zur Darstellung des Sachverhalts wird auf die Schriftsätze der anderen Prozessbevollmächtigten der beiden Beschwerdeführer Bezug genommen. Ergänzend zu dem, was die anderen Prozessbevollmächtigten bereits vorgetragen haben, werde ich im Folgenden unter Beweisantritt ausführen, dass sich die Pflicht der Beschwerdeführer, die Impfung gegen SARS CoV-2 zu dulden, unter keinem denkbaren Gesichtspunkt auf § 17a II 1 Nr. 1 IfSG stützen lässt, weil

- es sich bei den Impfungen mit den in der EU zugelassenen Impfstoffen bereits nicht um „ärztliche Maßnahmen“ im Sinne von § 17a II SG handelt (unten II.). Dies ergibt sich daraus, dass die Impfung das menschliche Genom verändert (unten II.1.) und gegenwärtig sämtliche Empfänger der COVID-Impfstoffe ungefragt und ohne es zu merken an einer klinischen Studie teilnehmen, weil

nämlich die unterschiedlichen Chargen nicht immer die gleichen Substanzen enthalten (unten II.2.). Zudem kann man an den COVID-Impfungen sterben; potentiell tödliche Maßnahmen sind aber bereits begrifflich keine „ärztlichen Maßnahmen“, weil § 17a II 1 SG im engen Zusammenhang mit der Gesunderhaltungspflicht aus § 17a I SG steht und § 17a II 2 SG klarstellt, dass die Duldungspflicht nur das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, nicht aber auch das Grundrecht auf Leben einschränkt (unten II.3.).

- die COVID-Impfungen so, wie sie durch die Beschwerdegegnerin eingesetzt wird (nämlich durch Aufnahme in ein Impfschema), nicht der Verhütung oder Bekämpfung von COVID-19 „dient“ (unten III.). Denn die Beschwerdegegnerin verzichtet zur Gänze darauf, den Immunitätsstatus eines jeden Soldaten vor der Impfung festzustellen (unten III.1.). Das ist bei der COVID-Impfung besonders fatal, weil dort nachgewiesen ist, dass für Menschen, die durch eine Vorinfektion immunisiert sind, die Impfung im besten Fall nichts nutzt und im schlimmsten Fall sogar schadet (unten III.2.) Außerdem besteht die Wirkung der COVID-Impfstoffe darin, nach und nach das körpereigene Immunsystem zu destabilisieren, und bewirkt damit das Gegenteil dessen, wozu die Duldungspflicht nach § 17a II 1 Nr. 1 SG eigentlich gedacht ist (unten III.3.).
- die Duldung der COVID-Impfungen, die derzeit in der EU zugelassen sind, bereits kraft der Beschaffenheit der Impfstoffe objektiv unzumutbar i. S. von § 17a IV 2 SG ist (unten IV). Das ergibt sich nicht nur aus den potentiellen Nebenwirkungen (unten IV.1.), sondern ebenso daraus, dass zu diesen Nebenwirkungen unzureichende Daten vorliegen, weil das Meldesystem für Impfschaden-Verdachtsfälle unzureichend ausgestaltet ist und das Paul-Ehrlich-Institut ein immer offensichtlicheres Desinteresse zur Schau trägt, Impfschäden angemessen zu erfassen und aufzuklären (unten IV.2.).

Bevor dies alles im Einzelnen ausgeführt wird, gilt es einen Moment innezuhalten. Denn der diesseitige Sachvortrag – nicht nur in diesem Schriftsatz, sondern auch in den Schriftsätzen der anderen Prozessbevollmächtigten, auf die ich hiermit umfassend Bezug nehme – versucht Tatsachen unter Beweis zu stellen, die man sich in einem funktionierenden Staatswesen eigentlich nicht vorstellen möchte: kriminelles Verhalten der Impfstoffhersteller, eklatantes Versagen der

Zulassungsbehörden bei der Überprüfung der Impfstoffkandidaten, völlig unverständliches Desinteresse der Überwachungsbehörden bei der Aufklärung von Impfschäden und eine Infektionsschutzbehörde, die sich bei ihren Impfeempfehlungen offenbar über fundamentales immunologisches Basiswissen hinwegsetzt. Ich bitte den erkennenden Senat gleichwohl, dem nachstehenden Vortrag und jenem meiner Kolleginnen und Kollegen aus der Anwaltschaft Gehör zu schenken. Denn wir sprechen hier von einer Impfung, an der Menschen sterben können.

II. „Ärztliche Maßnahmen“

Die Duldungspflicht nach § 17a II SG steht in einem engen systematischen und teleologischen Zusammenhang mit der Gesunderhaltungspflicht aus § 17a I SG. „Ärztliche Maßnahmen“. In diesem Sinne sind Maßnahmen daher solche, die die Gesundheit fördern, also Maßnahmen der Heilung von und der Prophylaxe gegen Krankheiten. Eine Maßnahme, die darüber hinaus das menschliche Genom verändert (unten 1.) oder an der man ihrerseits ernsthaft erkranken oder gar sterben kann (unten 3.), ist folglich keine „ärztliche“ mehr im Sinne des § 17a II SG. Schon gar nicht liegt eine ärztliche Maßnahme vor, wenn ein Soldat dazu gezwungen werden soll, an der experimentellen Erprobung eines Impfstoffs teilzunehmen (unten 2.).

1. Veränderung des menschlichen Genoms

Der mit Abstand am häufigsten verabreichte COVID-Impfstoff ist der Wirkstoff Comirnaty, hergestellt von Pfizer/BioNTech. Dabei handelt es sich um eine mRNA-Impfung. Bekanntlich besteht die Funktionsweise von mRNA-Impfungen darin, dass die Körperzellen mit Hilfe von mRNA (modified Ribo Nuclein Acid) dazu veranlasst werden sollen, das sogenannte Spike-Protein, also jene Substanz zu produzieren, die im Stachel des Corona-Virus (sog. S-Gen) enthalten ist, damit der menschliche Körper daraufhin Antikörper gegen dieses Spike-Gen bildet. . Allein das Spike-Protein reicht nämlich schon aus, um den Menschen an COVID-19 erkranken zu lassen. Insbesondere schädigt dieses Protein die Zellen in den Innenwänden der Blutgefäße (sog. Endothel-Zellen).

Beweis:

- Lei et al., SARS-CoV-2 Spike Protein Impairs Endothelial Function via Downregulation of ACE 2, <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.318902>, Anlage BF-MS 1.
- Bericht hierüber in der Frankfurter Rundschau vom 12.5.2021, <https://www.fr.de/ratgeber/gesundheit/corona-virusaufbau-spike-protein-beguenstigt-gefaesskrankheiten-schlaganfall-ausloesen-90567462.html>, Anlage BF-MS 2.

Der menschliche Körper produziert mit anderen Worten exakt die Substanz, die ihn eigentlich schädigt, damit dann gegen diese Substanz Antikörper entstehen. Er produziert ein Protein, das er ohne die Impfung nicht produzieren würde, und er wird durch die Impfung eben hierauf programmiert.

Neueste Forschungsergebnisse bestätigen nunmehr, was Kritiker schon zuvor befürchtet hatten: Die COVID-Impfungen können dazu führen, dass diese mRNA sich durch sog. Reverse Transkription in menschliche DNA verwandelt und auf diese Weise in das menschliche Genom integriert wird. Das wurde anhand einer Kultivierung von Comirnaty in menschlichen Leberzellkulturen (also *in vitro*) ermittelt. Als Konsequenz aus dieser Veränderung ist insbesondere zu befürchten, dass Krebserkrankungen gefördert werden.

Beweis:

- (1) Aldén et al, Intracellular Reverse Transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 In Vitro in Human Liver Cell Line, <https://doi.org/10.3390/cimb44030073>, Anlage BF-MS 3;
- (2) Analyse zu dieser Studie durch Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2022/02/26/studie-bestaetigt-genom-veraenderungen-durch-mrna-impfungen/>, Anlage BF-MS 4;
- (3) Sachverständigengutachten.

Dazu passen Erkenntnisse, wonach die Spike-Proteine, die durch die mRNA-Injektion erzeugt werden, noch monatelang im menschlichen Körper nachweisbar bleiben.

Beweis:

- (1) Röltgen et al., Immune imprinting, breadth of variant recognition, and germinal center response in human SARS-CoV-2 infection and vaccination, <https://doi.org/10.1016/j.cell.2022.01.018>, Anlage BF-MS 5;
- (2) Analyse zu dieser Studie durch Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2022/02/09/studie-schaedliche-impf-spikes-verbleiben-monate-im-koerper/>, Anlage BF-MS 6;
- (3) Sachverständigengutachten.

Stefan Oelrich, Leiter der Medikamentensparte der Bayer AG, räumte daher auf dem World Health Summit im Oktober 2021 ein:

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

Beweis: Paul Schreyer in multipolar v. 3.12.2021, <https://multipolar-magazin.de/artikel/faktencheck-impfungen-oder-gentherapie?fbclid=IwAR0NtOFdAESn5lt8X0N3RhIQhB4mygGO9DS1t2a4J5O3l1jRJScQL9lhiuI>, Anlage BF-MS 7.

Schon wegen der drohenden Veränderung des menschlichen Genoms sind die COVID-Impfungen, jedenfalls jene auf mRNA-Basis, keine „ärztliche Maßnahme“.

2. Unterschiedliche Substanzen in unterschiedlichen Chargen

Im letzten Vierteljahr haben sich massiv die Hinweise verdichtet, dass nicht jede Charge der COVID-Impfstoffe den gleichen Inhalt hat. So haben Analysen der US-Datenbank zu den Impfnebenwirkungen (VAERS = Vaccine Adverse Events Reporting System) ergeben, dass nur wenige Chargen für die weit überwiegende

Vielzahl der schweren Nebenwirkungen verantwortlich sind. Dabei fällt auf, dass die schadenstiftenden Chargen der Hersteller BioNTech, Moderna und Johnson&Johnson in unterschiedlichen Zeitfenstern verabreicht wurden, was auf abgestimmtes Verhalten dieser drei Hersteller hindeutet.

Beweis: Wolfgang Wodarg in 2020News vom 9.1.2022, <https://2020news.de/wie-schlimm-ist-deine-charge/>, Anlage BF-MS 8.

Jeder, der die Impfung empfangen hat, kann auf einer dafür eingerichteten Internetseite nachprüfen, ob die Charge, die bei ihm verabreicht wurde, zu jenen mit der besonders hohen Quote an Nebenwirkungen gehört (<https://www.howbadismybatch.com/>).

Was genau an den Chargen unterschiedlich ist, ist allerdings noch unklar. Sicher ist jedoch, dass aktuell noch eine klinische Studie von Pfizer/BioNTech zur Dosisfindung läuft, deren Abschluss noch in weiter Ferne liegt (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04368728>). Es ist daher möglich, dass zusätzlich zu diesen Studien auch im Vertrieb der Impfstoffe auf dem Markt variierende Dosierungen eingesetzt werden.

Einen weiteren Hinweis auf die Annahme, dass Chargen mit unterschiedlichem Inhalt zum Einsatz kommen, bietet der Umstand, dass sich die Impfstoff-Flaschen farblich unterscheiden. Mehrere Chemie-Professoren haben nach dem Grund dafür gefragt, aber bislang weder vom Hersteller noch vom Paul-Ehrlich-Institut eine befriedigende Antwort erhalten.

Beweis:

- (1) Berliner Zeitung vom 26.1.2022, <https://www.berliner-zeitung.de/news/chemiker-zu-impfstoff-woher-kommt-der-grauton-li.208305>, Anlage BF-MS 9;
- (2) Berliner Zeitung vom 28.1.2022, <https://www.berliner-zeitung.de/politik-gesellschaft/biontech-antwortet-zu-impfstoff-eindruck-einer-leichten-faerbung-normal-li.208786>, Anlage BF-MS 10;

- (3) Berliner Zeitung vom 1.2.2022, <https://www.berliner-zeitung.de/gesundheits-oekologie/chemiker-an-biontech-diese-antwort-finden-wir-etwas-irritierend-li.209451>, Anlage BF-MS 11;
- (4) Berliner Zeitung vom 16.2.2022, <https://www.berliner-zeitung.de/gesundheits-oekologie/qualitaet-des-impfstoffs-chemiker-stellen-fragen-an-das-paul-ehrlich-institut-li.212298>, Anlage BF-MS 12;
- (5) Berliner Zeitung vom 10.3.2022, <https://www.berliner-zeitung.de/news/chemiker-richten-weitere-fragen-an-das-paul-ehrlich-institut-li.216247>, Anlage BF-MS 13;

Insgesamt muss davon ausgegangen werden, dass alle Menschen, die die COVID-Impfungen empfangen, an einer klinischen Studie teilnehmen, ohne dass das ihnen gegenüber offengelegt wird. Die Pflicht zur Duldung einer solchen Teilnahme ist jedoch vom Wortlaut des § 17a II 1 Nr. 1 SG nicht gedeckt. Die Teilnahme an einer solchen Studie dient weder der Heilung noch der Prävention, sondern der Erforschung des Impfstoffs und stellen daher im Sinne des § 17a II SG keine „ärztliche Maßnahme“ dar.

3. Potentiell tödliche Nebenwirkungen

Es sei noch einmal daran erinnert, dass die Duldungspflicht nach § 17a II SG mit der Gesunderhaltungspflicht aus § 17a I SG zusammenhängt: Ärztliche Maßnahmen sind dazu da, die Gesunderhaltung zu fördern, und wenn sie dies nicht tun, handelt es sich eben nicht mehr um ärztliche Maßnahmen. In diesem Zusammenhang ist der Befund von Interesse, dass lebensbedrohliche Impfnebenwirkungen, bleibende Gesundheitsschäden und sogar Todesfälle als Folgen der COVID-Impfungen in mittlerweile über 1.000 wissenschaftlichen Studien beschrieben worden sind (es gibt dazu mehrere Sammlungen im Internet, z. B. diese hier: <https://www.saveusnow.org.uk/covid-vaccine-scientific-proof-lethal/>).

Impfungen, die diese Wirkungen nach sich ziehen können, sind ebenfalls keine „ärztlichen Maßnahmen“ im Sinne des § 17a II 1 SG. Die Duldungspflicht nach § 17a II 1 Nr. 1 SG beruht auf dem Gedanken, dass „die Verbreitung übertragbarer Krankheiten die Einsatzbereitschaft militärischer Verbände erheblich schwächen

kann“ (BVerwG v. 22.12.2020 – 2 WNB 8/20, Rn. 7 = BeckRS 2020, 38518). Folglich müssen ärztliche Maßnahmen, die diesen Namen verdienen, so beschaffen sein, dass sie nicht ihrerseits die Einsatzbereitschaft der Bundeswehr schwächen. Genau dies steht aber zu befürchten, wie bereits die Prozessbevollmächtigte *Beate Bahner* dargelegt hat und wie sich auch aus den bereits erwähnten über 1.000 Studien zu schwersten Impfnebenwirkungen ergibt. Mit toten oder invaliden Soldaten gewinnt man nun einmal keine Kriege.

Impfungen, an denen ein Soldat sterben kann, sind auch noch aus einem anderen Grund keine „ärztlichen Maßnahmen“ im Sinne von § 17a II 1 SG: Durch § 17a II 2 SG wird klargestellt, dass kraft der Duldungspflicht das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit eingeschränkt wird, nicht aber auch das Recht auf Leben. Eine Auslegung des § 17a II 1 SG, die es ermöglichte, einem Soldaten die Duldung einer Impfung zu befehlen, an der er sterben kann, wäre folglich wegen Verletzung des Zitiergebots in Art. 19 I 2 GG verfassungswidrig. Darüber hinaus gelten auch für die Duldungspflicht aus § 17a II 1 SG die Kernaussagen aus dem Luftsicherheitsurteil des BVerfG (Urteil vom 15.2.2006 – 1 BvR 357/05): Der Staat darf nicht Leben opfern, um Leben zu retten. Gewiss wird das Leben eines Soldaten aufs Spiel gesetzt, wenn er in ein Gefecht entsandt wird. Insoweit gehört der Einsatz des eigenen Lebens zu den typischen Berufsrisiken eines Soldaten. Aber darum geht es bei der Duldungspflicht nicht. Bei ihr geht es allein darum, sicherzustellen, dass der Soldat überhaupt noch körperlich in der Verfassung ist, um überhaupt im Gefecht eingesetzt werden zu können. Eine potentiell tödliche Impfung vermag dies nicht zu leisten.

4. Zwischenergebnis

Bei den COVID-Impfungen handelt es sich aus den soeben dargelegten Gründen bereits nicht um „ärztliche Maßnahmen“. Bereits das erste Tatbestandsmerkmal des § 17 II 1 SG ist folglich nicht erfüllt. Eine Pflicht der beiden Beschwerdeführer, die COVID-Impfungen zu dulden, kommt bereits aus diesem Grunde nicht in Betracht. Aus demselben Grund sind die COVID-Impfungen aus dem Basis-Impfschema der Beschwerdegegnerin zu entfernen.

III. „Dienen“

Aber selbst wenn man entgegen der hier vertretenen Ansicht die COVID-Impfungen als „ärztliche Maßnahmen“ ansehen wollte, „dienen“ sie jedenfalls nicht i. S. von § 17a II 1 Nr. 1 SG der Verhütung oder Bekämpfung von Infektionskrankheiten.

1. Feststellung des individuellen Immunitätsstatus

Eine medizinische Behandlung „dient“ der Verhütung oder Bekämpfung von Infektionskrankheiten, wenn sie zu diesem Zweck geeignet und bestimmt ist.

Die Entscheidung der Beschwerdegegnerin, die COVID-Impfungen in das Basis-Impfschema aufzunehmen, beruht auf der Annahme, diese Impfungen seien *abstrakt* geeignet, die Infektionskrankheit COVID-19 zu verhüten. Diese Annahme wird indes der Zielsetzung des § 17a II 1 Nr. 1 SG nicht gerecht. Vielmehr muss die Eignung der Impfungen zur Verhütung von COVID-19 gerade in der Person desjenigen Soldaten festgestellt werden, der konkret auf die Duldung in Anspruch genommen wird. Dies bedeutet, dass der Immunitätsstatus jedes einzelnen Soldaten festgestellt werden muss, bevor ihm die Duldung der Impfung befohlen wird. Denn wer bereits immun ist – etwa durch eine vorausgegangene überstandene Infektion –, muss nicht erneut immunisiert werden. Die Impfung eines bereits immunisierten Soldaten vermag nichts, aber auch gar nichts zur Verhütung von COVID-Infektionen beizutragen. Sie „dient“ daher im Sinne des § 17a II 1 Nr. 1 SG nicht der Verhütung oder Bekämpfung einer Infektionskrankheit.

Dass allein diese Interpretation richtig ist, wird indirekt auch durch die Beschwerdegegnerin bestätigt. Denn in Rn. 208 der Zentralen Dienstvorschrift A 840/8 heißt es (Hervorhebung im Original):

„Vor der Durchführung von Impf- und Prophylaxemaßnahmen wird die gesundheitliche Eignung der bzw. des Betroffenen zur Impfung und die wahrscheinliche gesundheitliche Eignung des Impflings für den vorgesehenen Einsatz durch das ärztliche Impfpersonal festgestellt.“

Wenn schon die gesundheitliche Eignung *ad personam* festgestellt werden muss, ist es nur ein kleiner Schritt, auch die medizinische Notwendigkeit *ad personam* festzustellen.

Diese Einsicht ist von ganz grundlegender Bedeutung. Aus ihr folgt nämlich, dass die Verwendung eines Impfschemas bereits im Ansatz gesetzwidrig ist. Es ist der Bundeswehr möglich und zumutbar, ein permanentes Monitoring über den Immunitätsstatus ihrer Soldaten zu organisieren. Der Bundeswehr muss es fundamental daran gelegen sein, zu jedem Zeitpunkt die Einsatzbereitschaft der Truppe sicherzustellen, und genau diesem Zweck dienen sowohl die Gesunderhaltungspflicht nach § 17a I SG als auch die Duldungspflicht nach § 17a II SG. Dann aber muss die Bundeswehr ein vitales Interesse daran haben, dass sie zu jeder Zeit weiß, in welchem Umfang die Streitkräfte überhaupt durch Infektionskrankheiten bedroht sind. § 36 III IfSG verpflichtet die Leitungen bestimmter Einrichtungen, den Impf- und Serostatus (!) ihrer Beschäftigten in Bezug auf COVID-19 zu erheben. Serostatus heißt: es sind Blutuntersuchungen durchzuführen, um festzustellen, ob eine Vorinfektion mit SARS CoV-2 stattgefunden hat. Wenn das in den in § 36 I, II IfSG bezeichneten Einrichtungen möglich ist, muss auch die Bundeswehr hierzu in der Lage sein. Gerade der Serostatus kann, wie noch zu zeigen sein wird, Hinweise auf eine bereits vorhandene Immunität bieten.

Die Beschwerdegegnerin hat indes bislang keinerlei Anstrengungen entfaltet, um vor den COVID-Impfungen den individuellen Immunitätsstatus ihrer Soldaten festzustellen. Solange es bei diesem Zustand bleibt, sind sämtliche COVID-Impfbefehle nichtig, weil nicht von § 17a II 1 Nr. 1 SG gedeckt. Ebenso wenig hierdurch gedeckt ist die Aufnahme der COVID-Impfungen in das Basis-Impfschema. Die Verwendung solcher Schemata ist vielmehr in Zukunft ganz grundsätzlich zu unterlassen.

2. Die Leistungsfähigkeit des natürlichen menschlichen Immunsystems bei der Abwehr von SARS CoV-2

Diese Einsichten gewinnen bei den COVID-Impfungen eine besondere Bedeutung. Denn es entspricht dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand, dass

- a) die Begegnung mit einem Virus häufig schon deshalb nicht zu einer Infektion i. S. des § 2 Nr. 2 IfSG führt, weil das Virus bereits an den Schleimhäuten in Mund und Nase scheitert und es ihm daher gar nicht erst gelingt, in die Zellen des menschlichen Körpers einzudringen;
- b) eine überstandene COVID-Infektion zu einer humoralen Immunantwort (Antikörper) führt, die monatelang anhält;
- c) eine überstandene COVID-Infektion zu einer robusten T-Zell-Immunität führt, die vermutlich lebenslang, mindestens aber mehrere Jahre anhält;
- d) die Impfung von Menschen, die durch vorausgegangene Infektion bereits immunisiert sind, nach alledem keinen Mehrwert erbringt.

Dies alles lässt sich, wie zu zeigen sein wird, wissenschaftlich belegen.

a) Die Bedeutung der Schleimhäute bei der Abwehr von Krankheitserregern

Kein Geringerer als *Christian Drosten* machte im NDR-Podcast Coronavirus Update Nr. 97 vom 3.9.2021 deutlich, dass die Immunabwehr bereits auf den Schleimhäuten beginnt (siehe dort S. 16, Anlage BF-MS 14):

Aber eigentlich ist es nicht das Ziel für alle Zeiten, immer impfen zu müssen. Ich glaube, dass die Mehrheit der Infektionsbiologen und Mediziner im Moment sagt: Wir müssen eigentlich die endemische Situation als eine Erkältungssituation betrachten. Das heißt, wir sind aber dann auch in der Situation, dass unser Immun-Update, also die Booster-Immunisierung, eigentlich nicht hier passiert, sondern durch immer wiederkehrende Kontakte mit dem Virus und dass die Bevölkerungsimmunität auch immer belastbarer wird, weil dann sind es hier wirklich Infektionen. Und da kriege ich dann Schleimhautimmunität, die ortsständig ist. Da sind dann eigene T-Zellen, die dort sitzen, lokale B-Zellen, die dort lokal Antikörper machen. Also diese Infektionsimmunität, die ist auf Dauer robuster.

Nicht nachvollziehbar ist allerdings, weswegen diese Schleimhautimmunität nur auf eine vorausgegangene Impfung sollte aufsetzen können. Die Fähigkeit der Schleimhäute, Krankheitserreger daran zu hindern, in den menschlichen Körper einzudringen, bildet vielmehr einen integralen Bestandteil der natürlichen menschlichen Immunabwehr, und dies völlig unabhängig davon, auf welchen Erreger

der menschliche Körper trifft. Diese Einsicht gehört zum Basiswissen der Immunologie und hat auch bei SARS CoV-2 nichts von ihrer Gültigkeit eingebüßt.

Beweis: Sachverständigengutachten.

Es ist zu vermuten, dass die Schleimhautimmunität bei einem beträchtlichen Teil der Bevölkerung bereits im Ansatz eine Infektion verhindert. Für eine jüngere Studie wurden 34 Probanden gezielt mit SARS CoV-2 in Kontakt gesetzt; 18 von ihnen infizierten sich. Bei den anderen 16 Probanden hatte das Virus keine Chance.

Beweis:

- Killingley et al., Safety, tolerability and viral kinetics during SARSCoV-2 human challenge, <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1121993/v1>, Anlage BF-MS 15.
- Analyse hierzu bei Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2022/02/05/studie-mit-absichtlich-covid-infizierten-haelfte-blieb-gesund/>, Anlage BF-MS 16.
- Sachverständigengutachten.

Zu diesem Befund passt, dass sich bei weitem nicht alle Kontaktpersonen von COVID-19-Patienten selbst infizieren, wohl aber – trotz fehlender Infektion – in der Lage sind, eine sog. T-Zell-Immunität (dazu noch unten c) herauszubilden.

Beweis:

- Wang et al., Exposure to SARS-CoV-2 generates T-cell memory in the absence of a detectable viral infection, <https://doi.org/10.1038/s41467-021-22036-z>, Anlage BF-MS 17.
- Sachverständigengutachten.

Wo das Virus schon an den Schleimhäuten scheitert, ist die menschliche Immunabwehr ganz besonders robust. Eine Impfung erbringt dann keinen Mehrwert mehr.

b) Antikörper

Bereits im Herbst 2020 wies eine Studie aus Österreich nach, dass eine Infektion mit SARS CoV-2 zu einer Antikörper-basierten Immunität von mindestens 6 Monaten Dauer führt.

Beweis: Deisenhammer et al., 6-month SARS-CoV-2 antibody persistency in a Tyrolian COVID-19 cohort, <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01795-7>, Anlage BF-MS 18.

Wenig später wurde eine Studie vorgestellt, die das gesamte Immungedächtnis des menschlichen Körpers nach einer Infektion mit SARS CoV-2 beleuchtete, also sowohl die humoralen als auch die zellulären Komponenten. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass das Immungedächtnis schätzungsweise 8 Monate gegen eine Neuinfektion schützt.

Beweis:

- Dan et al., Immunological memory to SARS-CoV-2 assessed for up to eight months after infection, <https://doi.org/10.1126/science.abf4063>, Anlage BF-MS 19.
- Analyse hierzu bei Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2020/11/18/studie-bestaetigt-lang-andauernde-und-robuste-immunitaet-nach-infektion/>, Anlage BF-MS 20.

Im Dezember 2021 wurde eine Studie veröffentlicht, die vom Bundesgesundheitsministerium finanziell gefördert worden war und die eine Antikörper-basierte Immunität von mindestens 14 Monaten nach Infektion mit SARS CoV-2 zutage förderte. Diese Studie ist deshalb besonders bemerkenswert, weil sechs der insgesamt elf Autoren beim Paul-Ehrlich-Institut beschäftigt sind.

Beweis: Scheiblaue et al., Antibody response to SARS-CoV-2 for more than one year – kinetics and persistence of detection are predominantly determined by avidity progression and test design, <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2021.105052>, Anlage BF-MS 21.

Die vorstehenden Ausführungen bedeuten zugleich, dass die Definition des Genesenen-Status in § 22a II IfSG immunologisch gänzlich haltlos ist: Bereits die humorale Immunantwort führt, wie gezeigt werden konnte, zu einer deutlich länger anhaltenden Immunisierung. Und die zelluläre Immunantwort, von der sogleich die Rede sein wird, wird durch die gesetzliche Definition des Genesenen-Status komplett ausgeblendet.

c) Zelluläre Immunität

Selbst wenn sich die Antikörper zurückgebildet haben, ist indes die Immunität noch nicht beendet. Der menschliche Körper verfügt vielmehr über ein Immungedächtnis. Man könnte den Mechanismus wie folgt beschreiben (zitiert aus Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2021/09/12/ueberblick-ueber-studien-zu-natuerlicher-immunitaet-und-t-zellen-als-wesentlichen-faktor/>):

„Beim Erstkontakt mit einem Virus produziert das angeborene Immunsystem spezifische CD4+ T-Zellen, genannt Helferzelle, sowie die CD8+ T-Zellen, genannt Killerzellen. Die Killerzellen werden gleich aktiv gegen den Virenbefall, die Helferzellen verbinden sich über den T-Cell-Rezeptor (TCR) mit dem Rezeptor der B-Zelle und aktivieren sie zur Produktion von Antikörpern.“

Es muss also immer die zelluläre Immunität anspringen, damit überhaupt Antikörper entstehen können. Die Lymphozyten, also die verschiedenen Arten von T- und B-Zellen, nehmen mit fortschreitendem Alter ab, sowie bei Immunschwäche. Sind zu wenige da, können auch keine Antikörper entstehen. Die T- und B-Zellen haben Speicherformen, die im Knochenmark dauerhaft abgespeichert sind und das jederzeit reaktivierbare Immungedächtnis darstellen.“

Vereinfacht ausgedrückt: Das menschliche Immunsystem „merkt“ sich den Kontakt mit einem Virus und kann den Erreger daher beim nächsten Kontakt schneller und effektiver bekämpfen. Eben dieser Mechanismus greift auch bei SARS CoV-2: War jemand schon einmal mit SARS CoV-2 infiziert, ist die Wahrscheinlichkeit sehr gering, dass er sich erneut mit diesem Erreger infiziert. In mehreren Studien wurde

nachgewiesen, dass eine Vorinfektion mit SARS CoV-2 zu einer robusten dauerhaften zellulären Immunität führt.

Beweis:

- Sekine et al., Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19, <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017>, Anlage BF-MS 22.
- Erläuterung hierzu in deutscher Sprache bei Wolfgang Gesierich, PNEUMONEWS 2020;12 (7-8), Anlage BF-MS 23.
- Turner et al., SARS-CoV-2 infection induces long-lived bone marrow plasma cells in humans, <https://doi.org/10.1038/s41586-021-03647-4>, Anlage BF-MS 24.
- Cohen et al., Longitudinal analysis shows durable and broad immune memory after SARS-CoV-2 infection with persisting antibody responses and memory B and T cells, <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100354>, Anlage BF-MS 25.
- Sakharkar et al., Prolonged evolution of the human B cell response to SARSCoV-2 infection, <https://www.science.org/doi/10.1126/sciimmunol.abg6916>, Anlage BF-MS 26.
- Grifoni et al., SARS-CoV-2 human T cell epitopes: Adaptive immune response against COVID-19, <https://doi.org/10.1016/j.chom.2021.05.010>, Anlage BF-MS 27.
- Jagannathan/Wang, Immunity after SARS-CoV-2 infections, <https://doi.org/10.1038/s41590-021-00923-3>, Anlage BF-MS 28.
- Schiffner et al., Long-Term Course of Humoral and Cellular Immune Responses in Outpatients After SARS-CoV-2 Infection, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.732787>, Anlage BF-MS 29.
- Sachverständigengutachten.

Die Stärke des natürlichen Immunsystems zeigt sich hier darin, dass das menschliche Immungedächtnis unterschiedliche Teile des Virus-Genoms, sog. Epitope, wiedererkennen kann. Dadurch schützt die zelluläre Immunität auch gegen

Virusmutationen: Das Virus kann dem menschlichen Immungedächtnis nicht entfliehen.

Beweis:

- Di Muzio et al., Unbiased interrogation of memory B cells from convalescent COVID-19 patients reveals a broad antiviral humoral response targeting SARS-CoV-2 antigens beyond the spike protein, <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2021.100098>, Anlage BF-MS 30.
- Grifoni et al., SARS-CoV-2 human T cell epitopes: Adaptive immune response against COVID-19, <https://doi.org/10.1016/j.chom.2021.05.010>, Anlage BF-MS 27, bereits benannt.
- Hellerstein, What are the roles of antibodies versus a durable, high quality T-cell response in protective immunity against SARS-CoV-2?, <https://doi.org/10.1016/j.jvacx.2020.100076>, Anlage BF-MS 31.
- Sureshchandra et al., Single-cell profiling of T and B cell repertoires following SARSCoV-2 mRNA vaccine, <https://doi.org/10.1172/jci.insight.153201>, Anlage BF-MS 32.
- Redd et al., CD8+ T-Cell Responses in COVID-19 Convalescent Individuals Target Conserved Epitopes From Multiple Prominent SARS-CoV-2 Circulating Variants, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab143>, Anlage BF-MS 33.
- Tarke et al., Comprehensive analysis of T cell immunodominance and immunoprevalence of SARS-CoV-2 epitopes in COVID-19 cases, <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100204>, Anlage BF-MS 34.
- Tarke et al., Impact of SARS-CoV-2 variants on the total CD4+ and CD8+ T cell reactivity in infected or vaccinated individuals, <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2021.100355>, Anlage BF-MS 35.
- Sachverständigengutachten.

Auch – wenn nicht gerade – solche Personen, die eine Infektion mit SARS CoV-2 ohne oder mit nur geringfügigen Symptomen überstanden haben, bauen eine solche robuste zelluläre Immunität auf.

Beweis:

- Le Bert et al., Highly functional virus-specific cellular immune response in asymptomatic SARS-CoV-2 infection, <https://doi.org/10.1084/jem.20202617>, Anlage BF-MS 36.
- Jung et al., SARS-CoV-2-specific T cell memory is sustained in COVID-19 convalescent patients for 10 months with successful development of stem cell-like memory T cells, <https://doi.org/10.1038/s41467-021-24377-1>, Anlage BF-MS 37.
- Sekine et al., Robust T Cell Immunity in Convalescent Individuals with Asymptomatic or Mild COVID-19, <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.08.017>, Anlage BF-MS 22, bereits benannt.
- Sachverständigengutachten.

Überraschen kann das nicht: Wer noch nicht einmal Symptome entwickelt und mithin weder krank wird noch andere anstecken kann, hat dem Virus offenbar besonders viel entgegenzusetzen vermocht.

Zelluläre Immunität kann außerdem durch eine frühere Begegnung mit endemischen humanen Erkältungs-Corona-Viren vermittelt werden, insbesondere durch eine Vorinfektion mit humanen Beta-Corona-Viren (OC43 und 229E).

Beweis:

- Bonifacius et al., COVID-19 immune signatures reveal stable antiviral T cell function despite declining humoral responses, <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2021.01.008>, Anlage BF-MS 38.
- Le Bert et al., SARS-CoV-2-specific T cell immunity in cases of COVID-19 and SARS, and uninfected controls, <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2550-z>, Anlage BF-MS 39.
- Loyal et al., Cross-reactive CD4+ T cells enhance SARS-CoV-2 immune responses upon infection and vaccination, <https://doi.org/10.1126/science.abh1823>, Anlage BF-MS 40.
- Sachverständigengutachten.

Man spricht in solchen Fällen von Kreuzimmunität: Manche Epitope im Virus-Genom von OC43 und 229E sind jenen von SARS CoV-2 so ähnlich, dass das Immunsystem, das bereits zuvor mit OC43 und 229E konfrontiert war, auch SARS CoV-2 erkennt und eine effektive Immunreaktion auslöst. Wer über eine solche Kreuzimmunität verfügt, hat gute Chancen, die Begegnung mit SARS CoV-2 ohne jede Infektion zu überstehen oder sich zumindest nur symptomlos (und damit nicht ansteckungsfähig) oder allenfalls mit geringfügigen Symptomen mit SARS CoV-2 zu infizieren.

Für den hier interessierenden Zusammenhang ist vor allem die Einsicht wichtig, dass – wie schon die hier referierte Studienlage zeigt – die zelluläre Immunität *messbar* ist. Es ist daher umso weniger nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin von den vorhandenen Möglichkeiten, den Immunitätsstatus der Streitkräfte festzustellen, keinen Gebrauch macht.

d) Insgesamt: Breite Immunität in der Gesamtbevölkerung

Bereits jetzt zeigt sich, dass das menschliche Immunsystem, betrachtet für die Gesamtpopulation, auf den Erreger SARS CoV-2 wesentlich besser vorbereitet war und ist, als dies zu Beginn der Corona-Krise behauptet wurde. Legt man mit John P. A. Ioannidis eine Infektionssterblichkeit von 0,15% zugrunde,

Beweis:

- John P. A. Ioannidis, Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations, <https://doi.org/10.1111/eci.13554>, Anlage BF-MS 41.
- Analyse hierzu bei Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2021/03/29/neue-ioannidis-studie-infektionssterblichkeit-weltweit-etwa-015-prozent/>, Anlage BF-MS 42.

so erscheint die Folgerung gerechtfertigt, dass eine solche Prozentzahl nicht die Wirkung eines „Koller-Virus“ sein kann, mit dem das menschliche Immunsystem nicht fertig wird. Wie kaum überraschen kann, steigt die Infektionssterblichkeit mit zunehmendem Alter an.

Beweis: Axfors/loannidis, Infection fatality rate of COVID-19 in community-dwelling elderly populations, <https://doi.org/10.1007/s10654-022-00853-w>, Anlage BF-MS 43.

Dementsprechend wird in der Literatur gerügt, dass in den Zulassungsstudien zu den COVID-Impfstoffen der Immunitätsstatus in der Placebo-Gruppe viel zu wenig untersucht worden sei.

Beweis: Doshi, Covid-19: Do many people have pre-existing immunity?, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m3563>, Anlage BF-MS 44.

Mit großer Wahrscheinlichkeit sind daher die Soldaten der Bundeswehr – die schon von Berufs wegen eine starke Physis mitbringen müssen – allenfalls in absoluten Ausnahmefällen ernsthaft durch COVID-19 gefährdet. Umso näher hätte es für die Beschwerdegegnerin gelegen, breite immunologische Untersuchungen anzustoßen. Dies ist jedoch zur Gänze unterblieben.

e) Erhöhtes Risiko von Nebenwirkungen bei Impfung von Genesenen

Die Verabreichung der COVID-Injektion erbringt nach alledem keinen Mehrwert für die Immunisierung, wenn jemand schon einmal mit SARS CoV-2 infiziert war. Aber mehr noch: Wer schon einmal mit SARS CoV-2 infiziert war und erst dann die Injektion erhält, muss mit einem erhöhten Risiko schädlicher Impfnebenwirkungen leben.

Beweis:

- Raw et al., Previous COVID-19 infection, but not Long-COVID, is associated with increased adverse events following BNT162b2/Pfizer vaccination, <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2021.05.035>, Anlage BF-MS 45 (S. 401-403).
- Sachverständigengutachten.

3. Destabilisierung des Immunsystems durch die COVID-Impfungen

Eine Impfung von Soldaten, die bereits über eine – wie auch immer vermittelte – Immunität gegen SARS CoV-2 verfügen, ergibt nach alledem keinen Sinn; sie „dient“ i. S. des § 17a II 1 Nr. 1 SG nicht der Verhütung oder Bekämpfung der Infektionskrankheit COVID-19.

Gerade die Impfung mit den in der EU zugelassenen COVID-19-Impfstoffen führt darüber hinaus eine *negative* Wirkung auf das menschliche Immunsystem herbei. Um diesen fast unaussprechlich anmutenden Befund noch einmal zu verdeutlichen: Die Impfung mit eben diesen Impfstoffen führt nicht nur zu keiner Immunisierung, sondern ganz im Gegenteil zu einer Destabilisierung des menschlichen Immunsystems.

Bereits im Mai 2021 wurde eine Studie vorgestellt, die zu dem Ergebnis gelangt, dass der BioNTech-Impfstoff das menschliche Immunsystem umprogrammiert.

Beweis:

- Föhse et al., The BNT162b2 mRNA vaccine against SARS-CoV-2 reprograms both adaptive and innate immune responses, <https://doi.org/10.1101/2021.05.03.21256520>, Anlage BF-MS 46.
- Analyse hierzu bei Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2021/05/17/veraenderungen-im-angeborenen-immunsystem-durch-corona-impfungen/>, Anlage BF-MS 47.

Andernorts wird der Einfluss der COVID-Impfungen auf das menschliche Immunsystem wie folgt beschrieben: Je öfter die Impfung verabreicht werde, desto mehr gewöhne sich der menschliche Körper daran. Das bedeute, dass das Immunsystem gegenüber dem Erreger tolerant werde: Das Virus vermehre sich zunächst im menschlichen Körper, ohne dass dieser die Symptome eines Atemwegsinfekts herausbilde. Irgendwann aber werde das Immunsystem dann doch aktiv – und greife den Erreger dann dort an, wo er sich gerade befinde. Dies könne die Erklärung für z.B. Herzmuskelentzündungen sein – dann nämlich, wenn der menschliche Körper das Spike-Protein im Herzmuskel produziere und „und somit das

Immunsystem Herzmuskelzellen als Quelle einer gefährlichen Infektion in das immunologische Gedächtnis speichert. Bei einer nachfolgenden Infektion wird daher das Immunsystem das Herz angreifen, da dies als Quelle einer gefährlichen Erregerausbreitung eliminiert werden muss“.

Beweis:

- Peter F. Mayer, <https://tkp.at/2022/02/04/mehrfach-geimpfte-anfaelliger-fuer-infektion-und-todesfaelle-teil-2-moegliche-ursachen/>, Anlage BF-MS 48; von dort stammt auch das soeben wiedergegebene Zitat.
- Sachverständigengutachten.

Die Immuntoleranz bewirkt also nicht nur eine Schwächung des Immunsystems, sondern kann darüber hinaus dazu führen, dass das Immunsystem den Körper angreift, den es eigentlich schützen soll. Die Demontage des menschlichen Immunsystems durch die COVID-Impfungen wird in einer jüngeren Studie sehr ausführlich beschrieben, und jene Demontage wird darin für zahlreiche beobachtete Impfnebenwirkungen verantwortlich gemacht.

Beweis:

- Seneff et al, Innate Immune Suppression by SARS-CoV-2 mRNA Vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs, <https://doi.org/10.22541/au.164276411.10570847/v1>, Anlage BF-MS 49.
- Sachverständigengutachten.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass ein Impfstoff, der den menschlichen Körper befähigt, aus eigener Kraft, ohne vorherige Begegnung mit dem Virus, einen Teil von eben diesem Virus, nämlich das Spike-Protein, zu produzieren, das menschliche Immunsystem auf lange Sicht nicht etwa stärkt, sondern gehörig durcheinanderbringt – mit fatalen Folgen.

Aber auch die Primärwirkung der Impfung, nämlich der Schutz des menschlichen Körpers gegen eine Ansteckung mit SARS CoV-2, nimmt nicht das verheißene Ausmaß an. Das gilt namentlich für die Booster-Impfungen. Dass die Impfwirkung mit jeder neuen Auffrischung zunehmend nachlässt, belegt eine israelische Studie, die

der zweiten Auffrischung – also der insgesamt 4. Impfung – keinen nennenswerten Beitrag mehr zur Immunisierung beibringt.

Beweis: Regev-Yochay, Efficacy of a Fourth Dose of Covid-19 mRNA Vaccine against Omicron, <https://doi.org/10.1056/NEJMc2202542>, Anlage BF-MS 50.

In der für das hiesige Verfahren entscheidenden Altersgruppe der 18-65jährigen verzeichnet der RKI-Wochenbericht vom 7.4.2022 insgesamt 253.889 symptomatische COVID-19-Fälle, darunter 50.727 ohne Impfung, 53.398 grundimmunisierte und 149.764 mit Auffrischungsimpfung. Damit gehen in dieser Altersgruppe 58,98% auf das Konto derjenigen Gruppe, die sich der Auffrischungsimpfung unterzogen hatte. Für die Gesamtbevölkerung stellt dieser Bericht fest, dass 58,8% der Bevölkerung die erste Auffrischungsimpfung erhalten hätten. Ob diese Quote auch für die hier interessierende Altersgruppe zutrifft, kann dem Bericht nicht entnommen werden. Wenn man dies aber einmal unterstellt, sprechen die hier referierten Zahlen nicht für die Annahme, dass von der Auffrischungsimpfung tatsächlich eine nennenswerte Schutzwirkung ausgeht.

Diese Feststellung ist für das hiesige Verfahren deshalb von Bedeutung, weil die Soldaten der Bundeswehr nach der Vorstellung der Beschwerdegegnerin nicht etwa nur die ersten beiden Impfdosen verpflichtend sollen dulden müssen, sondern auch eine unbestimmte und bis heute unabsehbare Vielzahl von Auffrischungsimpfungen – die, wie gezeigt, auf die Dauer das Gegenteil dessen bewirken werden, wozu sie eigentlich gedacht sind. Mit jeder erneuten Auffrischung werden die Soldaten nach und nach in eine Immunschwäche und damit dauerhaft in einen pathologischen körperlichen Zustand hineingeimpft. Dieser Befund spricht bereits dagegen, dass die COVID-Impfung eine „ärztliche“ Maßnahme i. S. des § 17a II SG darstellt; jedenfalls aber „dient“ die COVID-Impfung nicht der Verhütung oder Bekämpfung einer Infektionskrankheit.

IV. Unzumutbarkeit

Nach § 17a IV SG entfällt die Duldungspflicht, wenn die im Streit stehende ärztliche Maßnahme unzumutbar ist. Diese Unzumutbarkeit muss objektiv festgestellt werden.

Im hier gegebenen Fall sprechen mehrere objektive Gründe für die Annahme, dass die Verabreichung der in der EU zugelassenen COVID-Impfstoffe keinem (!) Soldaten zuzumuten ist:

- Das Nebenwirkungsprofil der Impfstoffe ist viel zu gefährlich, ja potentiell todbringend.
- Die Datenlage zu den Impfnebenwirkungen ist unzureichend, und noch unzureichender sind die Bemühungen der Behörden, die Datenlücke zu schließen.
- Es stehen risikoärmere Präventionsmethoden zur Verfügung.
- COVID-19 lässt sich entgegen verbreiteter Annahme klinisch gut behandeln, und zwar mit bereits vorhandenen Medikamenten im On-Label-Use (!).

1. Noch einmal: Potentiell tödliche Nebenwirkungen

Nach hier vertretener Ansicht sind die gefährlichen und sogar potentiell tödlichen Nebenwirkungen Grund genug, die COVID-Injektionen bereits nicht als „ärztliche Maßnahmen“ anzusehen (oben II.3.). Jedenfalls aber ist es einem Soldaten angesichts dieses Nebenwirkungsprofils objektiv unzumutbar, die Injektion gegen seinen Willen an sich vornehmen zu lassen.

2. Unzureichende Datenlage zu den Impfnebenwirkungen

Objektiv unzumutbar sind verpflichtende COVID-Injektionen aber auch deshalb, weil es zur Verbreitung der Nebenwirkungen keine zuverlässige Datenlage gibt. Ganz im Gegenteil müssen wir von einer dramatischen Untererfassung der Nebenwirkungen ausgehen.

a) Strukturelle Unzulänglichkeiten eines Spontan-Meldesystems

Das Deutsche Ärzteblatt hatte – und zwar schon vor der Corona-Krise – mehrfach auf die Mängel des Meldesystems hingewiesen. Einer der Hauptgründe für einen Arzt, die Nebenwirkung eines Medikaments oder eines Impfstoffs nicht zu melden, wird darin gesehen, dass für die Meldung eines Verdachtsfalls, obwohl diese gesetzlich an sich verpflichtend ist (hier: gemäß § 6 I 1 Nr. 3 IfSG), im Praxisalltag

kaum Zeit bleibt, weil die Meldung mit prohibitivem Verwaltungsaufwand verbunden ist, der nicht vergütet wird.

Beweis:

- *Göttler et al*, Zu viele Ärzte sind „meldemüde“, Deutsches Ärzteblatt Jg. 96, Heft 25, 25. Juni 1999, S. A 1704, Anlage BF-MS 51.
- *Gahr et al.*, Warum Meldungen nicht erfolgen, Deutsches Ärzteblatt Jg. 113, Heft 9, 4. Juni 2016, S. A 378, Anlage BF-MS 52.

Die Frankfurter Allgemeine Zeitung thematisierte die Unzulänglichkeit des Meldesystems in einem Beitrag vom 2.3.2022. Darin wird von einer Ärztin berichtet, in deren Praxis 260 Verdachtsfälle aufgelaufen waren, von denen sie im Berichtszeitpunkt erst 60 gemeldet hatte – wegen des hohen damit verbundenen Aufwands.

Beweis: FAZ v. 2.3.2022, <https://zeitung.faz.net/faz/natur-und-wissenschaft/2022-03-02/47a5dbf61a32296a8ad90e24b5a6b5a0/?GEPC=s5>,
Anlage BF-MS 53.

Dabei handelt es sich wohlgerne um eine Ärztin, die offen ist für die Vorstellung, dass eine von ihr selbst verabreichte Impfung schwere Schäden verursacht haben könne.

b) Ignoranz der Ärzteschaft bei Schäden nach COVID-Injektion

Viele andere Ärzte legen diese Offenheit indes nicht an den Tag. Sie weisen die Vorstellung, die COVID-Injektionen könnten die Ursache für das Leiden sein, derentwegen sich ihre Patienten nach der Impfung bei ihnen vorstellen, bereits *a limine* von sich. Ebenso aufschlussreich wie bewegend war hierzu der Gastbeitrag eines Mitarbeiters der Mainzer Stadtverwaltung in der Berliner Zeitung vom 24.1.2022, der nach einer COVID-Impfung einen Schlaganfall mit knapper Not überlebte und anschließend bei den nachbehandelnden Ärzten nicht einmal ernst genommen wurde.

Beweis: Berliner Zeitung vom 24.1.2022, <https://www.berliner-zeitung.de/news/seit-meiner-impfung-ist-nichts-mehr-wie-es-war-li.207931>,
Anlage BF-MS 54.

Der FOCUS interviewte am 2.4.2022 über einen 35jährigen Mann, der seit der zweiten Impfdosis in seiner körperlichen Leistungsfähigkeit dramatisch abgebaut hat und von seinen Ärzten als Simulant abgestempelt wird.

Beweis: FOCUS v. 2.4.2022,
https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/seltene-aber-schwerwiegende-nebenwirkungen-seit-seiner-zweiten-impfung-ist-ken-35-krank-doch-seine-aerzte-wimmeln-ihn-ab_id_60755037.html, Anlage BF-MS 55.

Elke Bodderas, Redakteurin der WELT, berichtete dort über ihre schweren rheumatischen Beschwerden nach der Impfung. Interessant an dem Beitrag ist nicht nur, dass fünf von sechs Ärzten, die sie konsultierte, einen kausalen Zusammenhang mit der Impfung kategorisch verneinten, sondern auch, dass die Autorin selbst Monate brauchte, um sich einzugestehen, dass es einen solchen Zusammenhang geben könnte. Und auch in diesem Beitrag ist von Ärzten die Rede, die mangels Vergütung den hohen Arbeitsaufwand für die Meldung eines Verdachtsfalls scheuen.

Beweis: °Welt° v. °7.4.2022,
<https://www.welt.de/debatte/kommentare/plus238020193/Corona-Impfnebenwirkungen-Es-dauerte-bis-bei-mir-der-Groschen-fiel.html?>, Anlage BF-MS 56.

In der Tat dürfte Ignoranz in der Ärzteschaft gegenüber Schäden durch die COVID-Injektionen kein Einzelfall sein. Denn es gibt – abseits des nicht vergüteten Arbeitsaufwandes für die Meldung eines Verdachtsfalls – handfeste psychologische Hemmnisse, einen Verdachtsfall zum einen überhaupt als solchen einzuordnen und zum anderen dann auch zu melden:

- Ein Arzt, der den Verdacht schöpft, dass das Leiden seines Patienten kausal mit der Impfung zusammenhängen könnte, muss sich dabei zugleich

eingestehen, dass seine eigene Impfung möglicherweise ein Fehlentscheidung war.

- Ein Arzt, der den Verdacht schöpft, dass das Leiden seines Patienten kausal mit der Impfung zusammenhängen könnte, muss seine eigene Impfpraxis hinterfragen und sich dabei der Vorstellung öffnen, über die Möglichkeit eines Krankheitsbildes, das der Patient ihm vorstellt, vorher nicht aufgeklärt zu haben. Er muss daher ab sofort befürchten, für sein eigenes Impfverhalten straf- und haftungsrechtlich belangt zu werden.
- Ein Arzt, der diese Hemmschwellen überwindet und einen Impfschaden meldet, muss befürchten, dass öffentlicher Druck auf ihn aufgebaut wird, indem seine Diagnose von den Gesundheitsämtern und dem Paul-Ehrlich-Institut in Zweifel gezogen wird. Denn wie zu zeigen sein wird (unten c), sind die Behörden gegenwärtig in keiner Weise an der Aufklärung von Impfschäden interessiert.

Ein eminent wichtiger Gesichtspunkt kommt hinzu: Die Ärzteschaft ist dem gleichen Medientumfeld ausgesetzt wie die gesamte Bevölkerung. Die Strategie der Bundesregierung, die Bedrohung durch SARS CoV-2 zu kommunizieren, bestand in der Erzeugung von Angst und Schuldgefühlen. Die Menschen sollten nicht nur (Todes-)Angst davor haben, sich mit SARS CoV-2 zu infizieren. Sie sollten außerdem Angst davor haben, andere anzustecken und für deren Tod verantwortlich zu sein. Im Strategiepapier „Wie wir COVID-19 unter Kontrolle bekommen“ (Anlage BF-MS 57) heißt es auf Seite 17 wörtlich:

„Um die gewünschte Schockwirkung zu erzielen, müssen die konkreten Auswirkungen einer Durchseuchung auf die menschliche Gesellschaft verdeutlicht werden:

- 1) *Viele Schwerkranke werden von ihren Angehörigen ins Krankenhaus gebracht, aber abgewiesen, und sterben qualvoll um Luft ringend zu Hause. Das Ersticken oder nicht genug Luft kriegen ist für jeden Menschen eine Urangst. Die Situation, in der man nichts tun kann, um in Lebensgefahr schwebenden Angehörigen zu helfen, ebenfalls. Die Bilder aus Italien sind verstörend.*

- 2) *"Kinder werden kaum unter der Epidemie leiden": Falsch. Kinder werden sich leicht anstecken, selbst bei Ausgangsbeschränkungen, z.B. bei den Nachbarskindern. Wenn sie dann ihre Eltern anstecken, und einer davon qualvoll zu Hause stirbt und sie das Gefühl haben, Schuld daran zu sein, weil sie z.B. vergessen haben, sich nach dem Spielen die Hände zu waschen, ist es das Schrecklichste, was ein Kind je erleben kann."*

In der Medienberichterstattung wurden fortan sämtliche Teile des wissenschaftlichen Diskurses, die geeignet gewesen wären, Beruhigung zu stiften, unterdrückt, und wer die Pandemie-Darstellung der Bundesregierung in Zweifel zu ziehen wagte, bekam beispiellose mediale Verunglimpfung zu spüren. Ich habe dies am Beispiel der Berichterstattung über Wolfgang Wodarg, einen der prominentesten Kritiker, auf 180 Seiten dokumentiert und kritisch gewürdigt (Martin Schwab, Meinungsfreiheit und wissenschaftlicher Diskurs in der Corona-Krise, abrufbar unter <https://clubderklarenworte.de/wp-content/uploads/2020/10/Prof.-Schwab-zu-Wodarg.pdf>).

Kaum waren die COVID-Injektionen als Impfstoffe zugelassen, wurden sie medial als Heilsversprechen gepriesen – als Erlösung nicht nur von der Bedrohung durch das Virus, sondern auch von den schnöden Fesseln der Lockdown-Maßnahmen. Wer sich selbst eingesteht, dass die Impfungen, die diese Befreiung leisten sollten, in Wirklichkeit selbst mit Gefahren einhergehen, muss befürchten, in diese ursprünglichen Ängste zurückgeworfen zu werden: Bricht das Heilsversprechen in sich zusammen, kehren die Bedrohung durch das Virus und womöglich auch die Lockdown-Maßnahmen zurück, und die ersehnte Rückkehr zu einem normalen Leben rückt wieder in weite Ferne. Auch Ärzte können sich von dieser Dynamik nicht immer freimachen.

Die Untererfassung der Schäden durch COVID-Injektionen rückt immerhin in jüngerer Zeit verstärkt in das Blickfeld der Medienberichterstattung (siehe außer den soeben zitierten Beiträgen noch

- FOCUS v. 1.4.2022, https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscher-harald-matthes-im-interview-mindestens-70-prozent-untererfassung-bei-den-mpfnebenwirkungen_id_76570926.html, Anlage BF-MS 58;

- FOCUS v. 5.4.2022, https://www.focus.de/gesundheit/ausmass-bleibt-unklar-viele-impfnebenwirkungen-nicht-gemeldet-ministerium-verschleppte-wichtige-datenerfassung_id_79102312.html, Anlage BF-MS 59).

Für jene, die sich der COVID-Injektion unterzogen haben, aber keine Nebenwirkungen verspürt haben, gibt es immerhin eine beruhigende Botschaft: Vermutlich wurde ihnen eine nebenwirkungsarme Charge verabreicht (dazu oben II.2.).

c) Desinteresse der Behörden an der Aufklärung von Schäden durch die COVID-Injektionen

Die Unterfassung der Impfnebenwirkungen ist außerdem darauf zurückzuführen, dass das Paul-Ehrlich-Institut kein Interesse an einer Aufklärung und vollständigen Erfassung von Impfschäden zeigt. So wusste das Paul-Ehrlich-Institut zwar sehr früh, dass eine systematische Erfassung der Abrechnungsdaten bei den Krankenkassen Aufschluss über die Verbreitung von Nebenwirkungen geben könnte, unternahm aber nicht genug, um die Zusammenführung dieser Daten zu forcieren.

Beweis: FOCUS v. 5.4.2022, https://www.focus.de/gesundheit/ausmass-bleibt-unklar-viele-impfnebenwirkungen-nicht-gemeldet-ministerium-verschleppte-wichtige-datenerfassung_id_79102312.html, Anlage BF-MS 59, bereits benannt).

Christof Kuhbandner, Inhaber des Lehrstuhls für Pädagogische Psychologie an der Universität Regensburg, veröffentlichte im Januar 2022 ein Analysepapier. Darin stellte er fest, dass in zeitlicher Korrelation zu einer erhöhten Menge an verabreichten Impfdosen die Mortalität der Gesamtbevölkerung angestiegen ist. Dies interpretierte Christof Kuhbandner als Risikosignal, dem das Paul-Ehrlich-Institut nachgehen müsse.

Beweis: Christof Kuhbandner, Der Anstieg der Übersterblichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit den COVID-Impfungen, Anlage BF-MS 60.

Dieses Analysepapier verteidigte Christof Kuhbandner in einem Medienbeitrag gegen die Nebelkerzen, mit denen sogenannte „Fakten-Checker“ seine Thesen zu bekämpfen versuchten.

Beweis: Christof Kuhbandner, multipolar v. 21.2.2022, <https://multipolar-magazin.de/artikel/ein-sicherheitssignal-wird-ignoriert>, Anlage BF-MS 61.

Eine Reaktion des Paul-Ehrlich-Instituts auf diese Analyse ist bis heute nicht erfolgt.

3. Risikoärmere Präventionsmethoden

Will man Prävention gegen einen akuten Atemwegsinfekt betreiben (und zwar gleichviel mit welchem Erreger!), besteht eine **kostengünstigere und effektivere Möglichkeit allein schon in Gestalt eines ausreichend hohen Vitamin-D-Spiegels**. Zahlreiche Studien haben den Nachweis erbracht, dass schwere und tödliche Verläufe von COVID-19 auf diese Weise verhindert werden können.

Beweis:

- Borsche, L.; Glauner, B.; von Mendel, J.: COVID-19 Mortality Risk Correlates Inversely with Vitamin D3 Status, and a Mortality Rate Close to Zero Could Theoretically Be Achieved at 50 ng/mL 25(OH)D3: Results of a Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients* **2021**, 13, 3596. <https://doi.org/10.3390/nu13103596>, Anlage BF-MS 62.
- Yisak, H. et al.: Effects of Vitamin D on COVID-19 Infection and Prognosis: A Systematic Review, *Risk Management and Healthcare Policy* 2021:14 31–38, <http://doi.org/10.2147/RMHP.S291584>, Anlage BF-MS 63.
- Petrelli, F. et al., Therapeutic and prognostic role of vitamin D for COVID-19 infection: A systematic review and meta-analysis of 43 observational studies, *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology* 211 (2021)105883, <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2021.105883>, Anlage BF-MS 64.

Wohlgemerkt: Allein schon Vitamin D hat einen hohen prophylaktischen Effekt. Weitere mögliche Optionen der Prophylaxe und der Therapie sind hier noch nicht erwähnt. Sollte der erkennende Senat hierzu weiteren Vortrag für erforderlich halten, bitte ich um richterlichen Hinweis.

4. Behandlung von COVID-19 gut möglich

Ein südafrikanischer Arzt, Dr. Shankara Chetty, hat mit dem aus Anlage BF-MS 65 ersichtlichen Behandlungsprotokoll Tausende COVID-19-Patienten erfolgreich behandelt. Sollte der erkennende Senat hierzu nähere Ausführungen für erforderlich erachten, bitte ich im richterlichen Hinweis.

Im Übrigen nehme ich auf den schriftsätzlichen Vortrag sämtlicher Prozessbevollmächtigten in beiden Verfahren (also auch in dem Verfahren 1 WB 2.22 und 1 W-VR 1.22) Bezug.

Prof. Dr. Martin Schwab