

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 26.5.2022

In den Wehrbeschwerdeverfahren

des Herrn ...

AZ. ...

und

des ...

AZ. ...

müssen wir dem Beschwerdegegner, dem PEI und der Fa. BioNTech insbesondere auch noch folgende Fragen stellen, wobei weitere Fragen ausdrücklich vorbehalten bleiben und ggf. erst im Termin gestellt werden können.

A)

Fragen an den Beschwerdegegner:

Wir benötigen wir noch folgende Auskünfte, auch damit die Sachverständige Prof. Dr. Ulrike Kämmerer ihren Vortrag angemessen vorbereiten kann:

Welche Testsysteme genau verwendet die Bundeswehr mit welchen Bedingungen?

Wie sind die SOPs (SOP = Standard Operation Procedure) für die Testung?

Wie qualifiziert ist das Labor-Personal?

Welche Kontaminationskontrollen werden durchgeführt und wie dokumentiert?

Bei den Antworten hierzu sollte insbesondere im Detail angegeben werden:

Herstellerfirma, Kitbezeichnung, welche Zielgene, wie viele Gene werden getestet, welche Primer (sofern bekannt) und mit welchem CT bei wie vielen Genen wird das Testergebnis "positiv" gewertet und welche Kontrollen zur Viruslastbestimmung werden jeweils mitgenommen und welcher Genomkopien-Anzahl entspricht der CT an der Grenze zu positiv?

Wird die PCR mit Symptomen abgeglichen? Und wenn ja, was gilt als Symptome der Erkrankung?

Wenn also das Original-WHO- Protokoll nicht mehr verwendet wird: Wie sieht die Teststrategie seit Anfang an aus? Und wenn diese geändert wurde: Wann und warum und welche Systeme wurden ausgetauscht?

B)

Fragen an das PEI:

Auch wenn es in diesen Wehrbeschwerdeverfahren faktisch um eine direkte „Impf“-Pflicht und damit eine andere Konstellation gegeben ist als die, auf die sich die Rechtsprechung des BVerfGs zur einrichtungs- und unternehmensbezogenen Nachweispflicht (BVerfG, Beschluss vom 27.4.2022 – 1 BvR 2649/21) bezieht, so ist höchst vorsorglich doch mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass diese Rechtsprechung des BVerfGs in zentraler Hinsicht auf falschen Annahmen basiert.

Das BVerfG ging in dieser Entscheidung u.a. auch davon aus, dass der Gesetzgeber „auf die Belastbarkeit des vom Robert-Koch-Institut und der Ständigen Impfkommission erhobenen und bewerteten Datenmaterials vertrauen konnte.“ (ebenda Rn 160).

Diese Behauptung dürften wir bereits mit dem bisherigen Vortrag gründlich erschüttert haben. Und die Übermittlung und Beantwortung aller Fragen an das RKI stehen noch aus.

Das BVerfG ging weiter fehlerhaft davon aus, dass ein PCR-Test ein taugliches Instrument zur Beurteilung eines Infektionsgeschehens ist, zumal er „eine Infektion bereits in einem frühen Infektionsstadium“ anzeigen könne (ebenda, Rn 194).

Aber immerhin heißt es auch dort in Randnummer 235_

„Gleichwohl kann eine zunächst verfassungskonforme Regelung später mit Wirkung für die Zukunft verfassungswidrig werden, wenn ursprüngliche Annahmen des Gesetzgebers nicht mehr tragen (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 19. November 2021 - 1 BvR 781/21 u.a. -, Rn. 186 m.w.N.), weil sie durch nachträgliche Erkenntnisse oder Entwicklungen erschüttert werden (vgl. auch BVerfGE 68, 287 <309>).“

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Quelle:

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2022/04/rs20220427_1bvr264921.html

Genau das ist der Fall. Die ursprünglichen Annahmen des Gesetzgebers tragen nicht mehr, des BVerfGs auch nicht, weil sie nicht nur durch „nachträgliche“ Erkenntnisse erschüttert worden sind, sondern schon vor vielen Monaten durch zahlreiche Erkenntnisse widerlegt worden sind, die vom Gesetzgeber und vom BVerfG schlicht nicht berücksichtigt wurden.

Wir werden hier also vertieft hinterfragen, ob bedeutsame Aussagen und Einschätzungen des PEI – und auch des RKI und der STIKO – wirklich auf seriösen, wissenschaftlich fundierten Methoden basieren oder diese Aussagen und Einschätzungen an Methoden erinnern, die mehr mit manipulativen und irreführenden Kartenspieler-Tricks gemein haben.

Fragenblock I

1.

Wie oft werden Nebenwirkungs- (NW)-Meldungen als „unzusammenhängend“ oder „nicht ausreichend“ o.ä. klassifiziert, so dass sie nicht als Nebenwirkung gezählt werden. (Absolutzahlen und prozentual zu allen gemeldeten Ereignissen)

1.1.

Wie oft kam das früher (Jahre 2000 - 2020) vor, wie oft seit 2021?

1.2.

Im Umkehrschluss: Wie viele von den gemeldeten Nebenwirkungen flossen in die Überarbeitung der Fachinformation ein?

2.

Wie verteilen sich die Subgruppen auf 14 Tage, 2 Monate, 6 Monate, mehr?

3.

Wie oft in total und in % wurden Nebenwirkungen nicht gezählt, **die von Patienten** gemeldet wurden und im Vergleich, wenn diese von **Ärzten** gemeldet wurden.

4.

Wie lange dauert die durchschnittliche Bearbeitungszeit von Nebenwirkungsmeldungen (früher und heute)?

4.1.

Wie viele sind noch nicht abgearbeitet? (Absolut und prozentual)

4.2

Wie lange (Tage/Wochen) ist der Bearbeitungsrückstand?

4.3.

Bei wie vielen Meldungen wurde persönlicher Kontakt zum Meldenden aufgenommen (früher und heute)?

4.4.

Wie viele Mitarbeiter wurden zur Bearbeitung der aktuellen Nebenwirkungsmeldungen seit 2020 mehr eingestellt?

4.5.

Welche Qualifikationen haben die Mitarbeitenden, welche die NW-Meldungen bewerten. Unterscheiden sich die Qualifikation der langjährigen und der neuen Mitarbeiter?

5.

Aus welchen Gründen werden Nebenwirkungsmeldungen als „unzusammenhängend“ klassifiziert?

6.

Unter welchen Umständen können auch nach 6 Monaten auftretende Nebenwirkungen als zusammenhängend klassifiziert werden und wie kann dies überhaupt beurteilt werden, wo doch in den klinischen Studien die Vergleichsgruppe nach 6 Monaten abgebrochen wurde?

7.

Da wir wissen, dass das Spike-Protein noch Monate (mindestens bis 9 Monate) im Körper exprimiert werden kann: Wie findet dies Anwendung auf die Nebenwirkungsbeurteilung im Unterschied zu früheren inaktivierten Impfstoffen oder Lebendimpfstoffen?

7.1.

Wie lange dauerte die längste Nachbeobachtung der Studienprobanden nach Abschluss der Impfungen?

8.

Rechtsanwalt

Welche „Inclusion criteria“ führten dazu, dass auch noch nach „Impfung“ (sowohl erste als auch zweite) Patienten aus der Studie ausgeschlossen wurden (z.B. auftretende Immunerkrankung)?

8.1.

Wie ist solch einen nachträgliches Aussortieren von Probanden in einer Zulassungsstudie zu werten?

9.

Abgesehen der Tatsache, das es sich um ein für lange Zeit nach „Impfung“ im Körper exprimiertes Protein handelt mit Charakteristika wie verstärkter Gerinnung, Blutgängigkeit durch Freisetzung ins Blut (Furinspaltstelle), Nervengängigkeit, Nerventoxitiät, Immunzellen-Targeting: Welche Untersuchungen mussten zur Zulassung vorgelegt werden, die über die Anforderungen an einen inaktivierten oder Lebendimpfstoff hinausgehen?

10.

Gibt es Daten welche Auswirkungen die Zusatzstoffe oder die modRNA auf die Fruchtbarkeit der Nachkommen der geimpften Menschen/Tiere hat?

11.

Wichtigster Punkt Efficacy: Welche klinischen Symptome waren zusätzlich zu einem positiven PCR-Test ausreichend, dass in der Zulassungsstudie 8 bzw. 162 Patienten als an Corona-erkrankt gezählt wurden (Antikörperanstieg, Husten??)

Welche Kriterien lagen dieser Beurteilung zu Grunde?

11.1.

Bedeutet das, dass ein positiver PCR-Test (Bitte die Testkriterien darlegen) und ein Antikörperanstieg in der ungeimpften Gruppe genügten eine Infektion/Erkrankung festzustellen? War ein zusätzliches klinische Symptom nötig, um eine Erkrankung festzustellen?

12.

Wie viele Batches des ersten Produktionsjahres erfüllten die final zugelassenen Batchfreigabekriterien?

Fragenblock II

Um die Tragweite der nachfolgenden Fragen zu verstehen, sind hier ein paar einführende Ausführungen notwendig.

Diese weiteren Fragen betreffen die angebliche Sicherheit der Impfstoffe gem. Sicherheitsberichten des PEI. Das ist deswegen ein zentraler Angriffspunkt, weil der Beschwerdegegner und im Grunde auch das BVerfG folgendermaßen argumentieren:

„Mit der Schutzimpfung seien auch keine überproportional hohen Impfrisiken verbunden. Die Impfstoffanwendung werde laufend durch die zuständigen europäischen Stellen und das Paul-Ehrlich-Institut überwacht. Dieses komme in seinem Sicherheitsbericht zu dem Ergebnis, dass schwerwiegende Nebenwirkungen sehr selten auftreten und das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis der Impfung nicht ändern würden.“

Es ist also nicht nur für dieses Verfahren von zentraler Bedeutung, dass alles darauf hindeutet, dass die in den Sicherheitsberichten des PEI berichteten Sicherheitsanalysen methodisch falsch angewendet werden, und zwar so, dass sich beispielsweise selbst im Falle einer extrem hohen Anzahl an impfbedingten Todesfällen kein Risikosignal zeigen würde. Und dies ist auch für Nicht-Fachexperten leicht erkennbar.

Damit wird vom PEI fahrlässiger Weise die Illusion einer „Sicherheit“ erzeugt, welche in Wirklichkeit womöglich nicht gegeben ist.

Gesetzgeber und auch BVerfG gehen also aufgrund der fehlerhaften Analysen des PEI von einer vermeintlichen Sicherheit der Impfstoffe aus, die in Wirklichkeit nicht valide belegt ist. Eine genauere Auswertung der vorhandenen Daten legt vielmehr nahe, dass von diesen genbasierten Injektionen eine bisher im Vergleich zu anderen Impfstoffen (die diesen Namen verdienen) nie dagewesene Gefahr für Leib und Leben ausgeht, die sich leider schon in tausenden Fällen realisiert hat.

1.

Fehlerhafte Observed-Versus-Expected Analyse

Das PEI verwendet zur Überwachung von impfbedingten Todesfällen eine eigentlich etablierte Methode zur Entdeckung von Risikosignalen, eine sogenannte „Observed-versus-Expected Analyse“. Bei einer solchen Analyse wird untersucht, ob in einem bestimmten Zeitraum nach der Impfung (z.B. 30 Tage) mehr Menschen versterben als statistisch erwartet.

Dazu wird - zunächst von der Zusammensetzung der geimpften Personengruppe ausgehend - bestimmt, wie viele Menschen binnen 30 Tagen normalerweise versterben („Expected“). Beispielsweise berechnet das PEI im Sicherheitsbericht vom 19.8.2021 (wo das Verfahren einmal genauer vorgestellt wird), dass in Bezug auf die damals mit dem BioNTech-Impfstoff geimpfte Personengruppe in einem Zeitraum von 30 Tagen normalerweise mit 75.284 Todesfällen zu rechnen ist.

Mit dieser Zahl wird dann die Anzahl der in der geimpften Personengruppe binnen 30 Tagen nach der Impfung verstorbenen Personen verglichen („Observed“). Ein Risikosignal würde sich dann ergeben, wenn die Anzahl der in der geimpften Personengruppe verstorbenen Personen statistisch signifikant über der statistisch erwarteten Anzahl an verstorbenen Personen – in diesem Fall 75.284 – liegt.

Rechtsanwalt

Es gibt eine zentrale Voraussetzung dafür, dass eine solche Analyse sinnhafte Werte liefert, und das ist selbst für medizinische Laien leicht zu sehen: Da der Vergleichsmaßstab ja die Anzahl der normalerweise auftretenden Todesfälle ist, muss man als „Observed“ selbstverständlich alle in der geimpften Personengruppe aufgetretenen Todesfälle in die Analyse einbeziehen – also sowohl die an den normalerweise auftretenden Todesursachen verstorbenen Personen als auch die verstorbenen Personen, bei denen ein Zusammenhang mit der Impfung vermutet wird.

Würde man nur die Anzahl der Todesfälle in die Analyse einbeziehen, bei der ein Zusammenhang mit den Impfungen vermutet wird, würde sich erst dann ein Sicherheitssignal zeigen, wenn die Anzahl der vermutlich impfbedingten Todesfälle höher ist (oder von mir aus: annähernd so hoch wäre) als die Anzahl der Todesfälle aufgrund aller anderen Todesursachen zusammen – **was völlig absurd wäre.**

Aber genau das wird in den Sicherheitsanalysen des PEI gemacht.

Man mag es kaum glauben, aber das PEI vergleicht tatsächlich die Anzahl der statistisch erwarteten Todesfälle – also im obigen Fall 75.284 – mit der Anzahl der beim PEI gemeldeten Verdachtstodesfälle. Diese betrug im o.g. Sicherheitsbericht für die mit dem BioNTech-Impfstoff geimpfte Personengruppe 926. Und dann schließt das PEI doch tatsächlich aus der Tatsache, dass die Zahl 926 kleiner als die Zahl 75.284 ist, dass es kein Risikosignal gäbe. Konkret schreibt das PEI beispielsweise im aktuellen Sicherheitsbericht nach wie vor:

„Ein Vergleich der Anzahl der gemeldeten Verdachtsfälle von Nebenwirkungen mit tödlichem Ausgang im Abstand von einem Tag bis 30 Tagen nach einer COVID-19-Impfung mit der im gleichen Zeitraum statistisch zufällig zu erwartenden Anzahl der Todesfälle (Daten des Statistischen Bundesamtes) ergab für keinen der fünf zugelassenen COVID-19-Impfstoffe ein Risikosignal.“

Eine solche methodisch falsch angewendete Sicherheitsanalyse würde also selbst bei einer äußerst hohen Anzahl an impfbedingten Todesfällen die Illusion eines angeblich sicheren Impfstoffes erzeugen.

Daraus ergibt sich folgende Vorhaltung und Frage an das PEI:

Vorhaltung dazu:

Das PEI verwendet zur Überwachung von impfbedingten Todesfällen eine „Observed-versus-Expected Analyse“, bei der die in der geimpfte Personengruppe normalerweise auftretende Anzahl an Todesfällen („Expected“) mit der Anzahl der beim PEI gemeldeten impfbedingten Verdachtstodesfälle („Observed“) verglichen wird. Beispielsweise errechnet das PEI im Sicherheitsbericht vom 19.8.2021, dass in Bezug auf die damals mit dem BioNTech-Impfstoff geimpfte Personengruppe in einem Zeitraum von 30 Tagen normalerweise mit 75.284 Todesfällen zu rechnen ist. Diese Zahl vergleicht das PEI dann mit der Anzahl der gemeldeten Verdachtstodesfälle in Bezug auf den BioNTech-Impfstoff, die damals bei 926 lag. Aus der Tatsache, dass die Anzahl der Verdachtstodesfälle – also 926 – kleiner ist als die Anzahl der insgesamt erwarteten Todesfälle – also 75.284 – schließt das PEI dann, dass es kein Risikosignal gäbe. Eine solche Sicherheitsanalyse würde erst dann ein Risikosignal ergeben, wenn die Anzahl der gemeldeten Verdachtstodesfälle höher ist als die Anzahl der Todesfälle aufgrund aller anderen

Todesursache zusammengenommen – es kann sich also selbst bei einer extrem hohen Anzahl der Verdachtstodesfälle kein Risikosignal ergeben.

Die Frage hierzu lautet:

Warum verwendet das PEI eine solche methodisch fragwürdige Sicherheitsanalyse, welche selbst starke Risiken in Wirklichkeit verdeckt und damit die Bevölkerung und die Politik in einer Sicherheit wiegt, die womöglich nicht gegeben ist?

2.

Irreführende Darstellung der Prüfung des ursächlichen Zusammenhangs mit den Impfungen bei den gemeldeten Verdachtstodesfällen

Das PEI berichtet die Ergebnisse der Prüfung des ursächlichen Zusammenhangs mit den Impfungen bei den gemeldeten Verdachtstodesfällen in den Sicherheitsberichten folgendermaßen (Beispiel aus dem aktuellen Sicherheitsbericht:

„In ca. einem Prozent der Verdachtsfallmeldungen (n = 2.810 Fälle) wurde ein tödlicher Verlauf in unterschiedlichem zeitlichem Abstand zu einer COVID-19-Impfung mitgeteilt. 116 Fälle wurden vom Paul-Ehrlich-Institut als konsistent mit einem ursächlichen Zusammenhang mit der jeweiligen COVID-19-Impfung bewertet (synonym: wahrscheinlich oder möglicher ursächlicher Zusammenhang).“

Mit einer solchen Art der Darstellung wird der Eindruck erweckt, als seien nur 4 Prozent der gemeldeten Verdachtstodesfälle wirklich ursächlich an den Impfungen verstorben. Aber das muss nicht so sein, in Wirklichkeit ist auch das eine irreführende Art der Berichterstattung, aus der sich keine validen Schlüsse ziehen lassen. So wird nicht berichtet, wie viele der gemeldeten Verdachtstodesfälle vom PEI überhaupt geprüft wurden. Man weiß also nicht, ob bei den anderen 96 Prozent ein ursächlicher Zusammenhang ausgeschlossen wurde, oder ob stattdessen viele Fälle beispielsweise aufgrund fehlender Daten nicht geprüft werden konnten. Weiterhin bleibt völlig offen, auf welche Weise – beispielsweise durch Obduktionen – belegt bzw. ausgeschlossen wurde, dass ein Verdachtstodesfall auf einen ursächlichen Zusammenhang mit den Impfungen zurückgeht.

Dass der Anteil der ursächlich an den Impfungen verstorbenen Verdachtstodesfälle in Wirklichkeit um ein Vielfaches größer liegt, legen – wie bereits vorgetragen worden ist – u.a. auch die Obduktionsergebnisse des renommierten Pathologen Prof. Dr. med. Peter Schirmacher, Direktor des Pathologischen Instituts am Universitätsklinikum Heidelberg, und auch die Beobachtungsstudie von Prof. Dr. med. Harald Matthes von der Charité in Berlin nahe.

Vorhaltung dazu:

Das PEI berichtet in den Sicherheitsberichten immer die Anzahl der Verdachtstodesfälle, bei denen tatsächlich ein ursächlicher Zusammenhang mit den Impfungen wahrscheinlich ist. Die Art der Darstellung erweckt den Eindruck, als sei das nur bei vier Prozent der Fall. Allerdings wird nicht berichtet, wie viele der gemeldeten Verdachtstodesfälle überhaupt

Rechtsanwalt

geprüft werden konnten und bei wie vielen ein Zusammenhang tatsächlich ausgeschlossen werden konnte. Weiterhin wird nicht berichtet, auf der Basis welcher Methoden solche Schlüsse gezogen wurden. Dass der Anteil tatsächlich ursächlich an den Impfungen verstorbener Verdachtstodesfälle deutlich größer sein könnte, legen beispielsweise die Obduktionsergebnisse des renommierten Pathologen Prof. Peter Schirmacher, Direktor des Pathologischen Instituts am Universitätsklinikum Heidelberg, nahe, der auf einen Anteil von 30-40 Prozent bei den von ihm untersuchten Verdachtstodesfällen kommt.

Fragen dazu:

Wie hoch schätzt das PEI den Anteil tatsächlich ursächlich an den Impfungen verstorbener Verdachtstodesfälle in Wirklichkeit ein?

Und auf der Basis welcher Methoden basiert eine solche Schätzung?

3.

Begründung der Aussage, schwere Nebenwirkungen seien sehr selten?

Wie geschildert, sind die Sicherheitsanalysen des PEI nicht geeignet, das Risiko der Impfstoffe valide abzuschätzen. Insbesondere zeigt eine genauere Betrachtung der vorliegenden Daten, dass sich in Wirklichkeit Risikosignale zeigen, welche ein bisher für Impfstoffe nie gekanntes Ausmaß erreichen.

Laut aktuellem Sicherheitsbericht wurden seit Beginn der Impfungen bisher 2.810 Todesfälle an das PEI gemeldet, bei denen ein Verdacht auf einen Zusammenhang mit den Impfungen besteht. Diese Anzahl ist – wie schon vorgetragen worden ist - weitaus höher als es – auf einen viel längeren Zeitraum bezogen - für alle andere Impfstoffe gemeinsam der Fall ist.

Beispielsweise ist laut einer begutachteten Fachpublikation die Anzahl der in der europäischen Überwachungsdatenbank EudraVigilance gemeldeten Verdachtstodesfälle für die COVID-Impfstoffe **um das 42,5-fache höher** als für die Influenza-Impfstoffe, die ebenfalls häufig an ältere Menschen verabreicht werden.

Quelle:

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

Hinsichtlich der im aktuellen Sicherheitsbericht erfassten Impfungen wurde damit bezogen auf die Anzahl der mindestens einmal geimpften Personen pro 23.000 geimpften Personen ein Verdachtstodesfall gemeldet.

Hier ist aber noch nicht einberechnet, dass es vermutlich eine höhere Dunkelziffer an nicht gemeldeten Verdachtstodesfällen gibt. Wenn nur 20% der tatsächlichen Verdachtstodesfälle gemeldet wurden, würde man auf einen Wert von 1 Verdachtstodesfall pro 4.585 geimpften Personen kommen, wenn nur 10% der tatsächlichen Verdachtstodesfälle gemeldet wurde, würde man auf einen Wert von 1

Verdachtstodesfall pro 2.293 geimpften Personen, wenn nur 5% der tatsächlichen Verdachtstodesfälle gemeldet wurde, würde man auf einen Wert von 1 Verdachtstodesfall pro 1.146 geimpften Personen kommen.

Wie insbesondere auch die Kollegin Bahner schon vorgetragen hat, dürften solche Dunkelziffern gerade auch angesichts der Schätzungen aus Studien zur Meldehäufigkeit sehr realistisch sein.

Dass hier in der Tat in Wirklichkeit ein außerordentliches Risiko vorliegen könnte, legen auch Analysen zur Zunahme unerwarteter Todesfälle im Jahr 2021 nahe.

Ähnlich wie bei der oben beschriebenen Observed-versus-Expected Analyse kann man hier die Anzahl der beobachteten Todesfälle mit der Anzahl an Todesfällen vergleichen, die ausgehend von den Sterbefallzahlen vor der Corona-Pandemie eigentlich zu erwarten war.

In einer kürzlich in einer Fachzeitschrift veröffentlichten Publikation einer Gruppe um Prof. Göran Kauermann von der LMU München zeigte sich, dass im Jahr 2021 – dem Pandemiejahr mit Impfungen – eine deutlich stärkere Zunahme unerwarteter Todesfälle zu verzeichnen war als im Jahr 2020 – dem Pandemiejahr ohne Impfungen. **Besonders besorgniserregend ist, dass die Zunahme nicht etwa in den höheren Altersgruppen am stärksten war, sondern in den – gerade für die Bundeswehr relevanten - mittleren Altersgruppen. Die stärkste prozentuale Zunahme in Höhe von sieben Prozent war in der Altersgruppe der 40-49-Jährigen zu beobachten.**

Quelle:

<https://link.springer.com/article/10.1007/s11943-022-00303-9>

Diese Altersverteilung lässt eine Reihe von möglichen Erklärungen für die hohe Zahl an unerwarteten Todesfällen im Jahr 2021 unplausibel erscheinen.

Dieses Muster steht im Kontrast zum Risikoprofil bei COVID-19-Erkrankungen, so dass eine Erklärung durch COVID-bezogene Faktoren wenig wahrscheinlich erscheint.

Unplausibel sind auch weitere denkbare Erklärungsversuche wie verschobene Operationen oder Long-COVID-Effekte, weil solche Effekte auch und vor allem die älteren Altersgruppen betreffen müssten.

Und dass es Grund zu der Annahme gibt, dass hinter dem Etikett „Long-Covid“ in Wahrheit Impfkomplicationsfälle versteckt werden, haben wir schon vorgetragen.

Hinweise auf eine mögliche Erklärung liefert eine Analyse der Sterbefallzahlen im Jahresverlauf.

Quelle:

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

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Es zeigt sich, dass eine erhöhte Anzahl an unerwarteten Todesfällen nicht kontinuierlich über das Jahr hinweg zu beobachten ist. Stattdessen ist eine massive Zunahme unerwarteter Todesfälle im April und erneut im Oktober zu beobachten, welche dem zeitlichen Verlauf der Anzahl der verabreichten Impfungen folgt.

Beweis im Bestreitensfalle: Einholung eines Sachverständigengutachtens

Angesichts der hohen Anzahl an Verdachtstodesfällen und der Obduktionsergebnisse erscheint es demnach wahrscheinlich, dass die hohe Zahl unerwarteter Todesfälle im Jahr 2021 im Zusammenhang mit den COVID-Impfungen stehen könnte.

Vorhaltung dazu:

Laut aktuellem Sicherheitsbericht des PEI, welche die gemeldeten Verdachtsfälle bis Ende März 2022 enthält, wurden seit Beginn der Impfungen bis Ende März 2.810 Verdachtstodesfälle gemeldet. Bezogen auf die Anzahl der mindestens einmal geimpften Personen wurde damit pro 23.000 geimpften Personen ein Verdachtstodesfall gemeldet. Hier ist noch nicht einberechnet, dass es vermutlich eine höhere Dunkelziffer an nicht gemeldeten Verdachtstodesfällen gibt. Wenn nur 20% der tatsächlichen Verdachtstodesfälle gemeldet wurden, würde man auf eine Rate von einem Verdachtstodesfall pro 4.585 geimpften Personen kommen, wenn nur 10% der tatsächlichen Verdachtstodesfälle gemeldet wurde, würde man auf eine Rate von einem Verdachtstodesfall pro 2.293 geimpften Personen kommen. Laut einer peer-reviewed publizierten Studie liegt damit die Anzahl der gemeldeten Verdachtstodesfälle für die COVID-Impfstoffe um das 42,5-fache höher als für die Influenza-Impfstoffe, die ebenfalls häufig an ältere Menschen verabreicht werden.

Die Frage dazu:

Wie kommt das PEI angesichts dieser Zahlen zu der Aussage, dass schwere Nebenwirkungen sehr selten wären?

Weitere Vorhaltung:

Laut einer kürzlichen Fachpublikation der CODAG-Gruppe der LMU München um Prof. Kauermann war im Jahr 2021 – dem Pandemiejahr mit Impfungen – ein deutlicher Anstieg der Übersterblichkeit gegenüber dem Jahr 2020 – dem Pandemiejahr ohne Impfungen – zu verzeichnen. Die stärksten Anstiege traten dabei nicht in den hohen Altersgruppen, sondern in den mittleren Altersgruppen auf, der Spitzenwert wurde in der Gruppe der 40-49-Jährigen erreicht. Der Verlauf der Übersterblichkeit über das Jahr hinweg folgte dabei dem Verlauf der Impfungen.

Fragen dazu:

Sieht das PEI ein solches Muster als ein Risikosignal an? Und wenn nicht, warum nicht?

III.

Fragen an BioNTech:

Ist es korrekt, dass die in Cormirnaty verwendete RNA nicht - wie öffentlich behauptet - eine normale "messenger" RNA (mRNA) ist, sondern eine technisch hochoptimierte und „basenmodifizierte (mod)“ RNA ist, deren Eigenschaften u.a. schwere Abbaubarkeit im menschlichen Körper und ein Ausschalten der Immunantwort gegen diese RNA als Ziel haben?

Gibt es Daten zur Verteilung und Halbwertszeit der modRNA im Körper? Wenn nein: Warum nicht?

Gibt es Daten zur Auswirkung der mod. RNA auf die Immunzellen, hier vor allem dendritische Zellen?

Aufgrund welcher Sequenzinformation wurde die Basensequenz für Cormirnaty ausgesucht?

Im Besonderen: Enthält das resultierende Spike-Protein auf Aminosäurebasis die von Pradnan et al. in der Wuhan-Variante beschriebene und in einer Mail an Fauci vom 02.02.2020 bestätigten 3 HIV Epitope aus GP 120, welche eine mögliche Bindung an CD4 T-Zellen (und damit eine HIV ähnliche Wirkung) auslösen?

Wenn ja: Mit welcher Intention wurden diese in der mod RNA von Cormirnaty belassen bzw. absichtlich in Kauf genommen, da der Verdacht einer "gain of function"-Wirkung im Spike besteht, welche dieses zu einem Gefährlichen Toxin macht?

Dies betrifft auch die Furin-Spaltstelle. Ist diese ebenfalls in der modRNA von BioNTech codiert und auf Proteineben aktiv?

Warum hat Herr Sahin in einem Interview mit der BBC im Herbst 2020 erklärt, man müsse für die Mitarbeiter und Zulieferer von Biontech eine eigene Impfcharge herstellen, da man sich keine Ausfälle erlauben könne? Wenn doch die Injektionen sicher sind: Warum dann eine eigene Charge?

Bekommen die Soldaten der Bundeswehr auch diese ungefährliche Charge der BioNTech-Mitarbeiter?

Das sind Fragen von allergrößtem Interesse.

Nicht nur die Beschwerdeführer, sondern die gesamte Öffentlichkeit hat ein Anrecht auf angemessene Antworten.

Schmitz
Rechtsanwalt