

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 28.5.2022

In den Wehrbeschwerdeverfahren

des Herrn ...

AZ. ...

und

des Herrn ...

AZ. ...

werden mit diesem Schriftsatz insbesondere weitere Fragen an das RKI, PEI und STIKO übermittelt. Auf die Schriftsätze des Beschwerdegegners vom 11.5. und 22.5.2022 wird zur Wahrung der Übersichtlichkeit dann noch in einem separaten Schriftsatz repliziert.

A)

Angesichts dessen, dass der Beschwerdegegner in seinen Schriftsätzen vom 11.5. und 22.5.2022 immer noch längst widerlegte Mythen beschwört, die den erkennenden Senat und die Öffentlichkeit in die Irre führen sollen, sei abermals betont:

Der erkennende Senat sollte sich hier nicht durch die vielen Quellen, Studien und Fakten verwirren und vom Wesentlichen ablenken lassen. Im Kern war, ist und bleibt die Entscheidung dieser Verfahren sehr einfach, schon aus den dargelegten Rechtsgründen.

BVerwG darf sich durch all das Gerede über Studien, die teilweise nur noch wie PR-Aktionen der Pharmaindustrie wirken, nicht darüber hinwegtäuschen lassen, dass im Infektionsschutz- und Arzneimittelrecht zuständige Behörden wie das RKI und das PEI

ihren Wertekanon und ihr Selbstverständnis (spätestens) in den letzten zwei Jahren offensichtlich – still und leise – soweit abgeändert haben, dass sie ihrem gesetzlichen Auftrag nicht mehr ansatzweise gerecht werden.

Insofern kann die Wahrnehmung von Experten wie Prof. Dr. Arne Burkhardt, dass solche Behörden offenbar nur zu dem Zweck geschaffen worden sind, die Öffentlichkeit zu täuschen und für dumm zu verkaufen, diesseits nur bestätigt werden.

Wurden Arzneimittel und Impfstoffe in früheren Zeiten, d.h. vor dieser „Corona-Krise“ schon nach dem Bekanntwerden der ersten Fälle mit schweren Nebenwirkungen als bedenklich (i.S. von § 5 AMG) eingestuft und aus dem Verkehr gezogen, so darf jetzt, seit Beginn der COVID-19-„Impfungen“, offenbar ganz einfach immer weiter munter drauflos „geimpft“, alles bagatellisiert und schön geredet werden, auch wenn die Menschen im zeitlichen Zusammenhang mit solchen Injektionen „wie die Mücken sterben und allein in Deutschland hunderttausende (oder doch bereits Millionen?) Menschen unter Impfkomplicationen leiden, darunter Zehntausende mit schweren und wohl auch irreversiblen Folgen für ihre Gesundheit.

Ein angemessenes Monitoring gab und gibt es nicht, amtliche Berichte und Statistiken werden offenbar manipuliert und geschönt, die Bevölkerung wird durch immer neue aufgebauschte Horrormeldungen in Panik versetzt und vorsätzlich falsch informiert. Zudem werden die Leidtragenden dieser Kampagne, die Menschen mit schweren „Impf“-Komplikationen, oft auch noch im Stich gelassen, weil jeder kausale Zusammenhang ihrer Beschwerden mit diesen genbasierten Injektionen von den Ärzten geleugnet wird.

So auch die Erfahrung von Prof. Dr. med. Harald Matthes von der Charité in Berlin:

„Für Betroffene sei es besonders bedrückend, dass sie mit ihren Beschwerden oft nicht ernst genommen würden. Niedergelassene Ärzte würden entsprechende Symptome zu oft nicht mit den Impfungen in Verbindung bringen, weil sie entweder nicht darauf vorbereitet seien oder weil sie sich in einer aufgeheizten politischen Stimmung nicht positionieren wollten. Davon zeugten auch die vielen Zuschriften an Professor Matthes, in denen Betroffene ihre oft monatelange Suche nach wirksamer ärztlicher Hilfe und Anerkennung schildern. Sie zeigen, dass Verdachtsfälle in diesen Fällen offenbar nicht offiziell gemeldet werden. Das könnte eine Erklärung sein, warum die Zahlen schwerwiegender Impfreaktionen beim Paul-Ehrlich-Institut mit 0,2 Meldungen pro 1.000 Impfdosen so niedrig sind.“

Quelle:

<https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/panorama/corona-impfung-nebenwirkungen-impfschaeden-100.html>

Weiter heißt es in diesem Artikel:

„Es gibt bereits eine Reihe von Einrichtungen, die in der Lage wären, zumindest die Erstversorgung von Patienten mit Impfkomplicationen zu übernehmen: "Wir haben bereits mehrere Spezialambulanzen zur Behandlung der Langzeitfolgen einer Covid-Erkrankung", erklärt Prof. Matthes. "Viele Krankheitsbilder, die man von 'Long Covid' kennt, entsprechen denen, die als Impfnebenwirkungen auftreten." Die Ärzte in solchen

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Kliniken seien daher erfahren genug. Nun gehe es darum, die Ambulanzen auch für Patienten mit Impfkomplicationen zu öffnen.“

Quelle:

<https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/panorama/corona-impfung-nebenwirkungen-impfschaeden-100.html>

Wenn jemand wie Prof. Dr. Matthes von der Charité in Berlin die Öffentlichkeit warnen und Abhilfe schaffen möchte, dann mag er deshalb tausende Mails und hunderte Anrufe von Menschen erhalten, die sich für seinen Beitrag zur Aufklärung herzlich bei ihm bedanken wollen. Aber Wächter der öffentlichen Meinungsbildung in den sog. „Mainstream“-Medien lassen nichts unversucht, um solche Aussagen in Frage zu stellen, so dass sich dann viele sofort von seiner Arbeit öffentlich „distanzieren“ wollen, siehe:

<https://www.berliner-zeitung.de/news/corona-impfung-mehr-impf-nebenwirkungen-als-offiziell-bekannt-charite-distanziert-sich-von-studie-li.228128>

Dabei wissen all‘ diese „Dementierer“, „Relativierer“ und „Distanzierer“, diese „Helden“ von der Anti-Warnsignale-Front, die stets wie auf Abruf bereitstehen: die in den amtlichen Statistiken ausgewiesenen Daten zu den schweren Nebenwirkungen dieser genbasierten Injektionen sind dermaßen katastrophal, dass sie niemand mehr dementieren oder schönreden darf.

Vor dem Hintergrund dieser vernichtend negativen Bilanz muss man jedes Gerede über eine angeblich so „gute“ „Wirksamkeit“ dieser genbasierten Injektionen als zynisches Geschwätz bezeichnen, das dem hippokratischen Eid Hohn spottet. Häufig auftretende schwere Nebenwirkungen sind eben – was schon der gesunde Menschenverstand diktiert - kein „Anzeichen“ für eine „gute Wirkung“.

„Impf“-Nebenwirkungen sind auch im Übrigen kein Anzeichen für „gute Wirkung“. „Die Behauptung, dass Symptome wie Fieber, Kopfschmerzen, Übeln ein Zeichen der erwünschten Immunantwort seien, ist komplett falsch und diese Behauptung wird durch die Phase 1 Daten von Comirnaty von BioNTech/Pfizer widerlegt.“

Quelle (auch zur Vertiefung dieses Aspekts):

<https://tkp.at/2022/03/18/impf-nebenwirkung-sind-kein-anzeichen-fuer-gute-wirkung-im-gegenteil/>

Das menschliche Leid, das einzelne Schicksal zählt seit März 2020 offenbar nichts mehr.

Das Robert-Koch-Institut ist sich seiner historischen Verantwortung wohl bewusst, siehe:

https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Geschichte/ns-geschichte_node.html

Eine vergleichbar umfassende Aufarbeitung der Geschichte des PEI steht offenbar noch aus. Immerhin wird das Andenken der jüdischen Wissenschaftler geehrt, die im 3. Reich verfolgt worden sind:

<https://www.pei.de/DE/newsroom/pm/jahr/2014/11-stolpersteine-fuer-verfolgte-juedische-wissenschaftler.html>

Es gibt nun leider zahlreiche konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Institutionen RKI und PEI ihren gesetzlichen Auftrag seit März 2020 nicht erfüllt und damit in der ihnen zugedachten Funktion versagt haben.

Allem Anschein nach gilt jetzt die höchst unethische, kalte mathematische Logik: „Solange die „Medizin“ bzw. das „Arzneimittel“ (diese neuartigen genbasierten Injektionen) nicht so viele Menschen tötet wie die Krankheit, gegen die sie angewendet wird (= Covid-19 mitsamt ihren Mutationen), so lange haben wir keine Bedenken, dass diese Arzneimittel bei Menschen (weiter) angewendet werden.“

Aber wenn sogar diese unsägliche „Nutzen-Risiko-Bilanz“ ins Schwanken kommt, weil es nachweislich mehr Tote durch diese Injektionen als durch die Krankheit Covid-19 gibt, dann, ja dann – so scheint es – darf durchaus in amtlichen Verlautbarungen zensiert und ein Sicherheitsbericht so geschönt werden, dass das Geschäft der Pharmaindustrie ungestört weiterlaufen kann. Nachfolgend ein Beispiel, das diese Vermutung stützt. Der erkennende Senat wird sich dann selbst die Frage beantworten können, ob dies eine Übertreibung ist.

B)

Damit komme ich zu einigen weiteren Fragen:

I.

Fragen an das PEI:

(Nachfolgende Seitenangaben beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht - auf den 18. Sicherheitsbericht (SB) des PEI vom 4.5.2022)

1.

Das PEI hat vor wenigen Monaten zugesagt, die Frequenz der Sicherheitsberichte künftig auf zwei Monate zu reduzieren: Warum vergingen seit dem 17. Sicherheitsbericht vom 7.2.2022 fast drei Monate und seit dem Datenstand des 17. Sicherheitsberichts (= 31.12.2021) insgesamt 124 Tage, bis das PEI es endlich geschafft hat, der Bevölkerung mit dem 18. Sicherheitsbericht ein aktuelleres Bild über die „Sicherheit“ der Corona-„Impfstoffe“ zu verschaffen?

Wird die möglichst aktuelle Information der Bevölkerung über sicherheitsrelevante Entwicklungen bei den Verdachtsfällen von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach Impfung zum Schutz vor „COVID-19“ seit Beginn der Impfkampagne am 27.12.2020 vom PEI etwa nicht mehr als dringlich eingestuft?

2.

Bis zum 31.3.2022 wurden 296.233 Nebenwirkungen gemeldet (Seite 2).

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Warum verschweigt das PEI in diesem Bericht, wie sich diese Meldungen auf die einzelnen „Impfstoffe“ verteilen?

3.

Der 18. SB weist 2.810 Todesfälle im Zusammenhang mit einer COVID-19-„Impfung“ auf (Seite 8).

Warum fehlt hier eine Aufteilung der Fälle nach den „Impf“-Stoffen?

4.

Bei Kindern und Jugendlichen bis 17 Jahren gab es 5.862 gemeldete Nebenwirkungen (Seite 10), aber es fehlt (nunmehr) die Angabe der schwerwiegenden Nebenwirkungen und die Anzahl der Todesfälle.

a)

Warum?

b)

Werden die Anzahl dieser schwerwiegenden Nebenwirkungen und Todesfälle (auch deshalb) nicht mehr genannt, weil amtliche Daten schon Februar / März 2022 gezeigt haben, dass die mRNA-Präparate, die im Zusammenhang mit COVID-19 verabreicht werden, Jugendlichen mehr schaden als nützen?

Dieser Umstand ist deshalb in besonderen Maße beachtlich, weil es bereits im 17. Sicherheitsbericht offenbar schon mehr tote Kinder (zwischen 12 – 17 Jahren) nach der COVID-19-„Impfung“ gab als im Zusammenhang mit der Erkrankung COVID-19.

Im 17. SB des PEI vom 7.2.2022 heißt es (auf Seite 17): „**Acht** der 3.120 Verdachtsmeldungen (0,26 %) beziehen sich auf einen tödlichen Ausgang im Abstand von zwei Tagen bis fünf Monaten nach Impfung mit Comirnaty).

In einem Beitrag des Online-Magazins multipolar vom 19.3.2022 heißt es hierzu:

„Amtliche Daten zeigen, dass bei den 12- bis 17-jährigen die Nebenwirkungen der mRNA-Präparate zu ähnlich vielen Krankenhausbehandlungen führen wie COVID-19, speziell seit der Omikron-Variante. **Auf der Intensivstation müssen inzwischen sogar mehr Kinder und Jugendliche wegen solcher Nebenwirkungen behandelt werden als wegen Corona.** Multipolar hat die Ständige Impfkommission und das Paul-Ehrlich-Institut – beide sind dem Gesundheitsministerium Karl Lauterbachs unterstellt – sowie den Deutschen Kinderschutzbund mit diesen Daten konfrontiert. Die Antworten sind alarmierend – und sollten Anlass für strafrechtliche Ermittlungen sein.“

Quelle (mit weiterführenden Feststellungen):

<https://multipolar-magazin.de/artikel/kriminelles-behoerdenversagen>

Von daher stellen sich immer noch die Fragen, auf denen multipolar – soweit bekannt – bis heute keine angemessenen Antworten erhalten hat.

a)

Vorhaltung:

„Das Paul-Ehrlich-Institut stellt in seinem Sicherheitsbericht vom 7. Februar 2022 fest, dass bis zum 31.12.2021 3.732 Verdachtsfälle einer Nebenwirkung aufgetreten sind, in denen bei Kindern und Jugendlichen nach Impfung mit COVID-19-Impfstoffen mindestens eine unerwünschte Impfreaktion berichtet worden ist, darunter 147 Meldungen einer Myo-/Perikarditis bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren. Aus dem Bericht geht nicht hervor, ob und wie die Betroffenen behandelt werden mussten. Zudem verwendet das PEI lediglich den Begriff 'Verdachtsfälle'.

Aus den vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) seit Anfang Februar bereitgestellten Abrechnungsdaten der Krankenhäuser kann man entnehmen, dass 2021 circa 900 Fälle mit Nebenwirkungen der COVID-19-Impfung in der Altersgruppe der 10- bis 17-jährigen stationär behandelt werden mussten, mindestens 76 davon intensivmedizinisch. **Die im Vergleich zum Durchschnitt der Jahre 2019 und 2020 gestiegene Anzahl von im Krankenhaus behandelten Fällen mit Myo-/Perikarditis in dieser Altersgruppe deutet darauf hin, dass es sich dabei nicht nur um 'Verdachtsfälle' einer Impfnebenwirkung handelt und dass zudem höchstwahrscheinlich eine Untererfassung der gemeldeten Nebenwirkungen der COVID-19-Impfungen mit einer Myo-/Perikarditis um ein Drittel vorliegt.**“ (Quelle: wie vor)

Fragen hierzu (von multipolar und nunmehr auch von uns):

„Inwieweit werden die Abrechnungsdaten der Krankenhäuser, welche die Verdachtsfälle des PEI bestätigen und sogar auf eine Untererfassung hinweisen, bei der Analyse der Risiken der COVID-19-Impfungen vom PEI einbezogen?

Unterjährige Datenlieferungen der Abrechnungsdaten der Krankenhäuser für die Zeiträume Januar bis Mai 2021 sowie Januar bis September 2021 wurden bereits im Juni beziehungsweise im Oktober 2021 vom InEK zur Verfügung gestellt.“ (Quelle: wie vor)

b)

Vorhaltung:

„Am 28. März 2020 wurde nach Beschluss des Bundestages § 21 des Krankenhausentgeltgesetzes insoweit verändert, dass die Krankenhäuser statt einer jährlichen Datenlieferung von diesem Zeitpunkt an drei unterjährige Datenlieferungen bereitstellen müssen, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus anonymisiert sowohl dem Gesundheitsministerium als auch der Öffentlichkeit im Internet zur Verfügung gestellt werden. Gleichzeitig wurde im Krankenhausfinanzierungsgesetz § 24 neu eingeführt, der dem Bundesgesundheitsministerium ermöglicht, einen Expertenbeirat

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

einzuberufen, um die Sonderregelungen zur Finanzierung der Krankenhäuser während der Corona-Krise zu überprüfen.

Dieser nur wenige Tage später einberufene Expertenbeirat hat die vom InEK bereitgestellten Abrechnungsdaten dazu verwendet, detaillierte Analysen zum Verlauf von COVID-19-Erkrankungen und anderer Diagnosen inklusive unterschiedlicher Behandlungsmethoden und Vergleiche zum Vorjahr vorzunehmen. Die Ergebnisse wurden unter anderem im Bericht des Beirats 'Analysen zur Erlössituation und zum Leistungsgeschehen von Krankenhäusern in der Corona-Krise' am 8. Februar 2021 veröffentlicht. **Dort finden Sie ab Seite 23 Tabellen und Diagramme, aus denen Rückschlüsse auf den Verlauf von Erkrankungen, deren Vergleich mit dem Vorjahr sowie deren Behandlungsmethoden gezogen werden.**

Es ist für einen außenstehenden Betrachter nur schwer nachvollziehbar, dass der Expertenbeirat des Bundesgesundheitsministeriums auf der einen Seite in der Lage ist, die Abrechnungsdaten für detaillierte Auswertung von Erkrankungen zu nutzen, das PEI jedoch auf der anderen Seite diese Daten bisher nicht verwendet hat, **um den Verlauf, die Schwere sowie die Behandlungsmethoden von Impfnebenwirkungen der COVID-19-Impfungen näher zu untersuchen und beispielsweise die Anzahl von Herzmuskel- und Herzbeutelinfektionen bei Kindern und Jugendlichen mit den Vorjahren zu vergleichen.**

Es ist durchaus verständlich, dass man... reine Abrechnungsdaten keinesfalls per se mit schwerwiegenden Nebenwirkungen gleichsetzen kann, welche die Nutzen-Risiko-Bewertung der Impfstoffe beeinflussen würden.“ (Quelle: wie vor)

Frage hierzu:

„Doch warum werden (diese InEK-Abrechnungsdaten) vom PEI nicht genutzt, um beispielsweise die Anzahl oder die Schwere von Impfnebenwirkungen wie die einer Myo- oder einer Perikarditis bei Kindern und Jugendlichen zu plausibilisieren beziehungsweise darzustellen, ähnlich wie dies der Expertenbeirat des Bundesgesundheitsministeriums für Lungenentzündungen in Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung und anderen Diagnosen vorgenommen hat?“ (Quelle: wie vor)

c)

Vorhaltung:

„...Zu den vom Paul-Ehrlich-Institut bereits vor Beginn der Impfkampagne begonnenen Planungen für verschiedene Sicherheitsstudien zu den COVID-19-Impfstoffen gehört auch eine retrospektive Auswertung auf Basis von Gesundheitsdaten der gesetzlichen Krankenkassen. [...] Das Paul-Ehrlich-Institut hat sein Interesse an einem Zugang zu den Daten der Krankenkassen bereits bekundet. Der Zugang und die Auswertung dieser Daten unterliegen einem weitreichenden Datenschutz, so dass sich der Beginn der beabsichtigten Studie verzögert hat.“ (Quelle: wie vor)

Fragen hierzu:

„Wann hat das PEI sein Interesse an einem Zugang zu den Daten der Krankenkassen bekundet? Wer war der Adressat dieser Bekundung? Inwieweit unterscheiden sich die von Ihnen benötigten Daten von denen, die das InEK regelmäßig bereitstellt? Was ist der Grund für die Verzögerungen?“ (Quelle: wie vor)

d)

Vorhaltung:

„Die vom InEK bereitgestellten Abrechnungsdaten mögen in ihrer Detailtiefe nicht geeignet sein, eine fallgenaue Auswertung von Impfnebenwirkungen vorzunehmen. Doch sie geben Grund zur Sorge, dass das PEI, beispielsweise hinsichtlich der Anzahl von Herzmuskel- und Herzbeutelentzündungen bei Kindern und Jugendlichen, nicht alle Fälle von Nebenwirkungen der COVID-19-Impfung erfasst hat. Zudem wird den Lesern (der) Sicherheitsberichte nicht deutlich, welche Behandlungsmethoden, beispielsweise stationär oder intensivmedizinisch, die Impfnebenwirkungen nach sich ziehen. Die Gefahren, die von den Impfstoffen ausgehen, werden so nur schwer nachvollziehbar.“ (Quelle: wie vor)

Frage hierzu:

Warum gehen die Sicherheitsberichte nicht darauf ein, welche Behandlungsmethoden die Impfnebenwirkungen nach sich ziehen?

e)

Hat sich die Pressesprecherin des PEI mehrfach geweigert, die Zahlen zu gemeldeten schwerwiegenden Komplikationen und Todesfällen bei Kindern zwischen 12 und 17 Jahren an die Presse herauszugeben?

Genau dies wird in einem Beitrag auf „The next Pandemic – Future Magazine“ behauptet, siehe:

<https://just-now.news/de/deutschland/bundesinstitut-verweigert-herausgabe-wichtiger-daten-zu-impfschaeden-bei-kindern/>

5.

Wieso gibt das PEI keine genauen Zahlen zu den Menstruationsstörungen nach einer COVID-19-„Impfung“ heraus?

Wie hoch ist die genaue Zahl der Verdachtsfälle hierzu aktuell?

6.

Warum werden im SB keine konkreten Fallzahlen zu „unerwünschten Ereignissen von besonderem Interesse“ (siehe Seite 6) genannt?

7.

Rechtsanwalt

Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) veröffentlichte am 19.8.2021 einen Sicherheitsbericht, wonach (bis 1.8.2021) **43.454.685** Menschen in Deutschland vollständig geimpft waren (Seite 6 des SBs vom 19.8.21). Bis zum 31.7.2021 wurden insgesamt **131.671** Einzelfallberichte zu Verdachtsfällen von Nebenwirkungen oder Impfkomplicationen registriert. Die Melderate betrug für alle Impfungen mit COVID-19-„Impfstoffen 1,4 Fälle pro 1.000 Impfdosen, für schwerwiegende Fälle betrug sie 0,2 (aufgerundet) pro 1.000 Impfdosen (ebenda, Seite 6). Insgesamt wurden **1.254** Verdachtsfälle über einen tödlichen Ausgang erfasst, in nur **48** dieser Verdachtsfälle hält das Institut einen ursächlichen Zusammenhang mit der Impfung „für möglich oder wahrscheinlich“ (ebenda, Seite 13), darunter **31** Fälle mit Thrombosen (Seiten 13/14).

Quelle:

https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-07-21.pdf?__blob=publicationFile

Die Gesamtzahl der dem PEI gemeldeten Nebenwirkungen deutlich unter der Zahl von **226.011**, die in den Niederlanden zuständigen Behörde (Lareb) bis zum 15.5.2022 gemeldet worden sind, siehe:

<https://www.lareb.nl/coronameldingen>

In den Niederlanden wurden also wesentlich mehr Nebenwirkungen gemeldet, obschon in Deutschland 82 Millionen Menschen leben, in den Niederlanden aber nur ca. 17 Millionen.

Dazu heißt es in dem Beitrag auf tkp.at mit dem Titel „Massive Untererfassung von Nebenwirkungen und Todesfällen nach Impfungen“ vom 29.8.2021 u.a.:

„Das Interesse daran, die Nachrichten über Impf-Nebenwirkungen möglichst zu unterdrücken, ist in einigen Ländern wesentlich stärker ausgeprägt als bei anderen. In der EudraVigilance Datenbank in der die Europäische Medizin-Agentur EMA die Nebenwirkungen sammelt, hat der holländische Analyst Wouter Aukema **per 28. Mai** (2021) die Zahl der Nebenwirkungen pro 100.000 Impfungen für jedes Land ermittelt. In den **Niederlanden** sind es **701 pro 100.000 Impfungen**, in Österreich nur 331, in **Deutschland aber ganze 38**, was offensichtlich nicht stimmen kann. Für Österreich hatte der Pharmazeutenverband Pharmig die Berichtsquote auf magere 6% geschätzt.“

Quelle:

<https://tkp.at/2021/08/29/massive-unterfassung-von-nebenwirkungen-und-todesfaellen-nach-impfungen/>

Welche Schlussfolgerungen zieht das PEI aus diesen Daten im Hinblick auf die Frage, ob es bei der Erfassung der Verdachtsfälle durch das PEI ein (massives) Underreporting gibt?

8.

Wieso berichtet das PEI die Nebenwirkungen in Prozent bezogen auf die Zahl der Injektionen und nicht bezogen auf die Zahl der geimpften Personen?

Wird die Bilanz der Nebenwirkungen dadurch nicht „beschönigt“?

9.

Hat das PEI seine gesetzlichen Pflichten nach dem IfSG vollumfänglich erfüllt?

Wenn nicht: Wo gab es Defizite? Welche Umstände und/oder Personen waren für diese Defizite verantwortlich?

10.

Wie stellt das PEI sicher, dass Fälle von „Impf“-Komplikationen nicht als Long-Covid- oder Post-Covid-Fälle erfasst und ausgewiesen werden?

11.

Wie bzw. in welcher Form wirkt das PEI – in Kooperation mit anderen Behörden – darauf hin, dass möglichst viele Todesfälle, die im zeitlichen Zusammenhang mit einer COVID-19-„Impfung“ aufgetreten sind, untersucht werden, insbesondere durch Obduktionen, damit die Frage, ob diese „Impfung“ kausal für das Ableben verantwortlich ist, zuverlässig abgeklärt werden kann?

12.

Hat das PEI am 16.3.2022 und 24.22.2022 im Namen einer Forschergruppe von Prof. Dr. Arne Burkhardt eine dringende Anfrage mit detaillierter Dokumentation von Organschäden bei nach der Impfung Verstorbenen (40 Obduktionen) und mit Nachweis des toxischen Spikeproteins in den Läsionen (Organen und Geweben) noch 124 Tage nach der „Impfung“ erhalten?

Hat das PEI diese Anfragen von Prof. Burkhardt beantwortet?

Wenn nicht: Warum nicht?

Wie werden die Warnhinweise von Prof. Burkhardt bewertet?

13.

Kann das PEI ausschließen, dass es sog. BIAS-Effekte (der englische Begriff „BIAS“ bedeutet im Wesentlichen: Voreingenommenheit oder Verzerrung) und Manipulationen gibt, die zuverlässige Aussagen zur „Wirksamkeit“ der COVID-19-„Impf“-Stoffe verhindern?

Denn genau dieser Vorwurf wird immer wieder erhoben, siehe u.a.:

<https://tkp.at/2021/10/22/bias-effekte-und-manipulation-verhindern-zuverlaessige-aussagen-zu-wirksamkeit-von-impfstoffen/>

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

14.

Wie interpretiert das PEI Warnsignale von Wissenschaftlern, nach deren Analysen der mRNA-„Impfstoff“ von Pfizer in einer fünfwöchigen Impfperiode 40 Mal mehr (ältere) und 260 Mal mehr (jüngere) Menschen getötet haben soll als die Krankheit selbst getötet hätte?

Quelle:

<https://transition-news.org/geimpfte-in-israel-haben-eine-40-mal-hohere-mortalitat-als-ungeimpfte>

15.

Wie viele Menschen müssen – mutmaßlich („Verdachtsfall“) oder nachweislich kausal – auf Grund der Corona-„Impfstoffe“ versterben oder schwer und dauerhaft krank werden, damit diese „Impf“-Stoffe vom PEI als bedenklich im Sinne von § 5 AMG eingestuft werden?

Wie viele Menschen mussten vor Beginn der „Corona-Krise“ mutmaßlich oder nachweislich kausal – auf Grund eines neuen Arzneimittels oder neuer Impfstoffe“ versterben oder schwer und dauerhaft krank werden, damit diese Arzneimittel oder „Impf“-Stoffe vom PEI als bedenklich im Sinne von § 5 AMG eingestuft wurden?

Welche Behörde bzw. welche Amtsträger sind dafür verantwortlich, dass Corona-„Impfstoffe“ nicht schon auf Grund der ersten bekannt Fälle mit schweren „Impf“-Komplikationen als „bedenklich“ eingestuft wurden?

16.

Prof. Dr. Klaus Cichutek ist seit dem 1. Dezember 2009 Präsident des PEI.

Auf Wikipedia wird seine Vita unter der Überschrift „Leben“ u.a. wie folgt dargestellt (Zitat):

„Im Zeitraum von 2000 bis 2010 war Cichutek Vorsitzender der *Kommission Somatische Genterapie* des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer. Von 2003 bis 2010 war er Vorsitzender der *Gene Therapy Working Party* (GTWP) des Ausschusses für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products, CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA).^[3] Von 2004 bis 2010 war er Ko-Vorsitzender der *ICH Gene Therapy Discussion Group* der *International Conference on Harmonisation of Pharmaceutical Requirements for Human Use*.

Als Mitglied im Vorstand der European Society of Gene and Cell Therapy (ESGCT) war er von 2005 bis 2010 tätig. Seit 2010 ist Cichutek Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft der Ressortforschungseinrichtungen. Im Jahr 2012 wurde er Gründungsmitglied und PDU (*Product Development Unit*)-Koordinator des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung (DZIF) und Mitglied des Loewe-Zentrums Zell- und Genterapie in Frankfurt am Main...“(Zitat Ende)

Weiter heißt es in diesem Wikipedia-Artikel unter der Überschrift „Forschung“ (Zitat):

„Zu Cichuteks Forschungsschwerpunkten zählen biomedizinische Arzneimittel (einschließlich Arzneimittel für neuartige Therapien und

DNA/Vektorimpfstoffe), Gentherapie (hier u. a. virale Vektoren, Stammzellgentransfer) sowie Retrovirologie mit dem Schwerpunkt der HIV / SIV-Immunpathogenese und AIDS...“(Zitat Ende)

Quelle:

https://de.wikipedia.org/wiki/Klaus_Cichutek

Frage hierzu:

Ist Prof. Dr. Cichutek gerade auch deshalb zum Präsidenten des PEI berufen worden, weil er neuartige Therapien, darunter auch DNA- und Vektorimpfstoffe und Gentherapien befürwortet?

Wurde er deshalb berufen, damit er solchen neuartigen Therapien den Weg bereiten kann?

17.

Von welchen privaten Stiftungen und Personen erhält das PEI Drittmittel-Zuwendungen?

Zählt die Bill & Melinda-Gates Stiftung ebenfalls zu diesen Geldgebern?

Welchen Anteil nehmen diese Drittmittel-Zuwendungen an dem Gesamtbudget des PEI ein?

Welche Projekte / Forschungen / Stellen / sonstige Ausgaben etc. des PEI sind durch diese Drittmittel vollständig, überwiegend oder zumindest teilweise finanziert worden?

II.

Fragen an das RKI:

1.

Trifft es zu, dass Prof. Dr. Lothar Wieler seit 2016 Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des internationalen Netzwerks GLOPID-R ist und die Bill & Melinda-Gates Stiftung Mitglied in diesem Netzwerk ist?

So steht es jedenfalls auf den Webseiten des RKI und von GLOPID-R, siehe:

https://www.rki.de/SharedDocs/Lebenslauf/Wieler_Lothar_H.html

<https://www.glopid-r.org/about-us/members/>

GloPID-R ist nach eigener Darstellung „ein einzigartiges internationales Netz wichtiger Forschungsförderungsorganisationen.“, das „eine schnelle und wirksame Reaktion auf Ausbrüche von Infektionskrankheiten“ erleichtern möchte.

Quelle:

<https://www.glopid-r.org>

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Begründet die Mitgliedschaft von Lothar Wieler in GloPID-R, die maßgeblich von NGOs wie der Bill & Melinda-Gates Stiftung geprägt wird, die auf vielfältige Weise mit den Interessen der Pharma-Industrie verbunden sind, nicht die Besorgnis der Befangenheit?

Wenn nicht: Warum nicht?

2.

Trifft es zu, dass Lothar Wieler seit 2017 Mitglied des Executive Board der „International Association of National Public Health Institutes“ ist und die Bill & Melinda-Gates Stiftung auch in diesem Netzwerk Mitglied ist?

Auch diese Information kann den jeweiligen Webseiten entnommen werden, siehe:

https://www.rki.de/SharedDocs/Lebenslauf/Wieler_Lothar_H.html

<https://www.ianphi.org/about/partners.html>

Begründet die Mitgliedschaft von Lothar Wieler in dieser Organisation, die ebenfalls maßgeblich von der Bill & Melinda-Gates Stiftung geprägt wird, nicht die Besorgnis der Befangenheit?

Wenn nicht: Warum nicht?

3.

Trifft es zu, dass Lothar Wieler beim Lagebericht des RKI am 20.3.2020 geäußert hat:

„Bei uns gilt jemand als Corona-Todesfall, bei dem eine Corona-Infektion nachgewiesen wurde.“?

Trifft es deshalb zu, dass das RKI seit Beginn der „Corona-Pandemie“ jeden Todesfall als Corona-Todesfall ausgewiesen hat, wenn vor – oder auch nach dem Tod – ein PCR-Test ein positives Ergebnis ausgewiesen hat, ganz gleich, ob diese Person kausal auf Grund von anderen (schweren) Vorerkrankungen verstorben ist?

4.

Trifft es zu, dass das RKI im Rahmen des täglichen Pressebriefings zu COVID-19 in Deutschland am 28.2.2020 noch klar und unmissverständlich die Auffassung vertreten hat, dass das Tragen einer Maske aus medizinischer Sicht nicht zu empfehlen ist?

Quelle:

<https://www.youtube.com/watch?v=AsQW0AVbTNo>

Trifft es zu, dass das RKI diese Einschätzung erst am 2.4.2020 geändert hat?

<https://www.rnd.de/gesundheit/auch-ohne-symptome-rki-andert-einschätzung-zu-mundschutz-ONRQB6U3UIHHJMCBSXWBYF7LC4.html>

Was waren die Gründe für diese Änderung der Einschätzung?

Welche Studien aus der Zeit vor Februar 2020 belegen einen positiven Effekt des Maskentragens zur Eindämmung der Ausbreitung des SARS-CoV2-Virus?

5.

Wieso bejaht das RKI den Nutzen von nicht-pharmazeutischen Interventionen wie Maskentragen und Abstandsgeboten?

„So hat etwa das renommierte unabhängige US-Institut National Bureau of Economic Research (NBER) in seiner Metaanalyse mit Daten von 24 Ländern und 25 US-Bundesstaaten im August 2020 aufgezeigt, dass die verordneten Maßnahmen **wie Maskentragen** das Infektionsgeschehen **nicht relevant beeinflussen**.“ („Virus-Wahn“ von Dr. med. Köhnlein et al., Seite 445 m.w.N.).

Auch eine **Studie von Ines Kappstein** kommt zu der eindeutigen Erkenntnis:

„Die Empfehlung für MNB im öffentlichen Raum hat

1. **keine wissenschaftliche Grundlage und ist**
2. **sogar potenziell kontraproduktiv.**
- 3.

Angesichts der niedrigen Inzidenz von COVID-19 (Juli 2020) und somit auch angesichts der Tatsache, dass eine Überlastung des Medizinsystems und insbesondere der Intensivbehandlungskapazität nicht zu erwarten ist (und im Übrigen auch in den Wochen zuvor nicht gegeben war), ist eine so einschneidende Maßnahme wie die generelle Maskenpflicht für die bei weitem überwiegende Mehrheit aller Bürger im öffentlichen Raum **nicht zu begründen und entspricht auch nicht den Empfehlungen der WHO.**“ (Zitat Ende)

Diese Studie ist im Volltext abrufbar unter:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-1174-6591>

Dass „nichtpharmazeutische Maßnahmen“ wie Lockdowns – zu deren Maßnahmen auch diese unsägliche Maskenpflicht gehörte – im Hinblick auf die damit angeblich beabsichtigte Eindämmung der Ausbreitung des Corona-Virus letztlich keine Wirkung hatten, ergibt sich auch aus folgenden einschlägigen Studien:

a)

Analyse von **Prof. Dr. Werner Müller**, abrufbar unter:

<https://www.prof-mueller.net/corona/analyse/>

b)

Studie von **Isaac Ben-Israel**, die leider nur in englischer Fassung vorliegt:

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

<https://www.timesofisrael.com/the-end-of-exponential-growth-the-decline-in-the-spread-of-coronavirus/>

Frage:

Ist das RKI vor dem Hintergrund dieser Fakten also lediglich einer politischen Vorgabe gefolgt, soweit es den Nutzen solcher nicht-pharmazeutischer Interventionen bejaht hat?

6.

Wieso bejaht das RKI die Tauglichkeit von PCR- und Schnelltests zur Beobachtung des Infektionsgeschehens?

Damit zusammenhängend:

a)

Wieso bejaht das RKI die Tauglichkeit von PCR- und Schnelltests zur Feststellung einer Infektion und Infektiosität?

b)

Wieso bejaht das RKI die massenhafte anlasslose Testung von Menschen ohne Symptome?

c)

Wieso bejaht das RKI die Übertragung des SARS-CoV2-Virus durch Menschen ohne Krankheitssymptome (Asymptomatische)?

Wieso wurde diese Behauptung aus der Sicht des RKI nicht bereits durch die Wuhan-Studie, die November 2020 publiziert worden ist, widerlegt?

„Im Zeitraum 23. Januar und dem 8. April 2020 wurde in Wuhan ein sehr strenger Lockdown durchgeführt. Nach Ende des Lockdowns wurde zwischen dem 14. Mai und dem 1. Juni 2020 ein stadtweites SARS-CoV-2-Nukleinsäure-Screening-Programm eingeleitet. Alle Stadtbewohner im Alter von sechs Jahren oder älter waren zur Teilnahme eingeladen und 9.899.828 (92,9%) nahmen daran teil. Das Ergebnis: Es wurden keine neuen symptomatischen Fälle und lediglich 300 asymptomatische Fälle identifiziert. Die 1.174 engen Kontakte der asymptomatischen Fälle wurden alle negativ getestet.

Zusammenfassend kommen die Forscher zu dem Ergebnis, dass die Entdeckungsrate asymptomatischer positiver Fälle im Wuhan nach der Abriegelung sehr niedrig war (0,303/10.000), und es keine Hinweise darauf gibt, dass die identifizierten asymptomatischen positiven Fälle überhaupt infektiös waren.“ (siehe: <https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/138997/Neue-Wuhan-Studie-Asymptomatische-uebertragen-Corona-nicht>)

Quelle zur Wuhan-Studie:

<https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

7.

Wieso hat das RKI in seinem Epidemiologischen Steckbrief, Stand 26.11.2021, eine Infektions-Sterbe-Rate (IFR) von „etwa 0,4 – 0,9 %“ ausgewiesen, wenn Prof. John P.A. Ioannidis, einer der meistzitierten Wissenschaftler dieser Welt, von einer IFR von 0,15 % ausgeht?

Quelle:

tkp.at/2021/03/29/neue-ioannidis-studie-infektionssterblichkeit-weltweit-etwa-015-prozent/

8.

Das RKI verweist in seinem in seinem Epidemiologischen Steckbrief, Stand 26.11.2021, ohne jede Einschränkung auf die S3-Leitlinie zur „Stationären Therapie von COVID-19-Patienten“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

In dieser S3-Leitlinie, im Volltext abrufbar unter:

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGI_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2022-03.pdf

wird u.a. (Seite 14) „Remdesivir“ empfohlen, aber von Medikamenten wie Ivermectin und Vitamin D3 abgeraten.

Entsprechen diese Empfehlungen aktuell immer noch dem Standpunkt des RKI?

Ist dem RKI bekannt, dass viele Ärzte in diesem Kontext nachdrücklich vom Einsatz von Remdesivir abraten?

9.

Das RKI hat in seinem Bericht vom 10.3.2022 gerade bei der wichtigen, weil klinisch-relevanten Betrachtung der hospitalisierten Fälle nur 4.330 Fälle ausgewertet, aber 33.317 hospitalisierten Fälle, von deren Existenz das RKI offenbar wusste, unter den Tisch fallen lassen.

Warum?

Denn die Folgen, die sich aus der Nichtberücksichtigung dieser 33.317 hospitalisierten Fälle ergeben, sind von weitreichender Bedeutung im Hinblick auf die Einschätzung, ob die COVID-19-„Impfungen“ doch zumindest schwere Verläufe mindern.

Die sich hier aufdrängende Frage, die sich auch Dr. Hans-Joachim Kremer in seinem tkp-Beitrag „Die Daten-Eisberge des RKI – hoher Anteil unter Wasser“ vom 25.3.2022 stellte, lautet:

Rechtsanwalt

„Wie mögen sich die fehlenden rund 33.000 Fälle auf die Impfstatus-Kategorien verteilen? Es wäre völlig absurd anzunehmen, dass ein relevanter Anteil dieser Fälle zu den nur einfach oder soeben erst Geimpften zuzuordnen sei. Diese Klasse ist nämlich sehr klein und dürfte derzeit deutlich unter 1% der Gesamtbevölkerung liegen. ...

Von daher und angesichts des fortwährenden Mauerns des RKI in Sachen Corona und Impfung ist viel naheliegender, dass die meisten jener 33.317 nicht berücksichtigten hospitalisierten Fälle in Mehrheit den Grundimmunisierten sowie Geboosterten zuzuordnen sind. Ich meine sogar: Hätte das RKI und deren Führung aus Politik und Militär einen größeren Teil dieser Fälle den Ungeimpften zuordnen können, sie hätten es bestimmt gemacht.

Im jüngsten Wochenbericht zählt das RKI 2.512 geimpfte Personen, die in den letzten 4 Wochen mit oder wegen Covid-19 hospitalisiert wurden, gegenüber 2.073 ungeimpften Personen. Angenommen, 80% alle Einwohner wären geimpft, dass wären bereits bei einer Zuordnung von rund 26.650 zu den Geimpften und rund 5.330 zu Ungeimpften in Sachen Hospitalisierungszinidenz ein Gleichgewicht erreicht. **Dann wäre die Impfung also nutzlos in Sachen Hospitalisierung wegen oder mit Covid-19. Und ein wesentliches Narrativ („Schützt vor schweren Verläufen“) wäre widerlegt.**

Bei jeder Zuordnung, die über diesen Quoten liegt, also z.B. etwa 27.500 zu Geimpft und 4.800 zu Ungeimpft, läge eine eindeutige Schadwirkung der Impfung vor. Wohlgermerkt: Schadwirkung in Sachen Covid-19! Die sonstigen Impfnebenwirkungen, also jene ohne positiven SARS-CoV-2 Nachweis, müsste man da noch hinzurechnen.“ (Zitat Ende, Fettdruck hinzugefügt)

Quelle:

<https://tkp.at/2022/03/15/die-daten-eisberge-des-rki-hoher-anteil-unter-wasser/>

Frage hierzu:

Hat das RKI in seinen Wochenberichten deshalb eine hohe Anzahl von hospitalisierten Fällen nicht berücksichtigt, weil ihre Berücksichtigung bestätigt hätte, dass die COVID-19-„Impfungen“ gar nicht vor schweren Verläufen schützen?

10.

Wann und warum ist das RKI im Zusammenhang mit den COVID-19-„Impfungen“ von der Empfehlung, dass intramuskuläre Injektionen nur mit Aspiration erfolgen sollen, abgerückt?

Trifft es zu, dass die Aspiration gem. dem Grundsatz „primum non nocere“ für Ärzte und ärztliches Personal seit jeher absolute Verpflichtung ist?

11.

Lothar Wieler äußerte auf der RKI-Pressekonferenz am 28.7.2020:

„Diese Regeln werden wir noch monatelang einhalten müssen. Die müssen der Standard sein die dürfen überhaupt nie hinterfragt werden: Abstand halten, Händehygiene, und dort, wo wir Abstand nicht halten können: Zusätzlich Alltagsmasken oder Mund-Nasen-Schutz tragen. Und das gilt für drinnen und draußen. Das ist die Grundregel. Die dürfte und sollte niemand mehr in Frage stellen. Das sollten wir einfach so tun.“

Quelle:

<https://www.youtube.com/watch?v=oAmQmjTX0Z4>

Auf der Webseite des RKI heißt es aber (Zitat):

„Zu den Aufgaben gehört der generelle gesetzliche Auftrag, wissenschaftliche Erkenntnisse als Basis für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Vorrangige Aufgaben liegen in der wissenschaftlichen Untersuchung, der ... Analyse und Bewertung von Krankheiten mit hoher Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad oder hoher öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung...“

Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html;jsessionid=A4C751A0E00030E0A295B34319BC45F0.internet111

Frage somit:

Wie kann der Leiter des Bundesinstituts RKI, das sich einer wissenschaftlichen Arbeitsweise verpflichtet hat, zu deren grundlegenden bzw. konstitutiven Eigenschaften es zählt, Einschätzen, Lehren und Empfehlungen immer wieder hinterfragen zu dürfen, solche unwissenschaftlichen und geradezu hanebüchenen Aussagen wie die vom 28.7.2020 treffen?

Oder sind diese Aussagen von Lothar Wieler vom 28.7.2020 jetzt so zu verstehen, dass das RKI nicht mehr wissenschaftlich arbeitet?

Oder bedeutet dies, dass seit dem 28.7.2020 – oder einem früheren Datum – beim RKI

a)

nur noch das als wissenschaftlich oder gar als nicht mehr zu hinterfragendes Dogma gilt, was nach dem Willen der Politik als wissenschaftlich gelten darf?

b)

Einschätzungen zur „pandemischen Lage“ von „politischen Grundeinschätzungen“ geleitet werden, die mit Wissenschaft nichts mehr zu tun haben?

Die Berechtigung dieser Frage ergibt sich daraus, dass die vormalige Kanzlerin Angela Merkel auf die Nachfrage eines Journalisten Januar 2021 öffentlich erklärte, dass ihr bewusst sei, dass es auch andere Stimmen in der Wissenschaft gebe, die gegen einen solchen harten Kurs bei den Anti-Corona-Maßnahmen sind, dass es aber ihre politische

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Entscheidung sei, auf genau diesen zu setzen. Wörtlich äußerte sie „Es gibt in dem ganzen auch politische Grundentscheidungen, die haben mit Wissenschaft nichts zu tun.“

Quelle:

<https://reitschuster.de/post/merkel-harter-corona-kurs-ist-politische-entscheidung/>

12.

Dem RKI wird von vielen Experten Tricks und Intransparenz vorgeworfen.

Dabei dürfte es einer sehr kleinen Gruppe von versierten Experten vorbehalten bleiben, diese Statistik-Tricks des RKI zu erkennen und aufzudecken.

Wir würden absehbar einen ganzen Sitzungstag für die Einvernahme eines Sachverständigen benötigen, um die Manipulation auch nur von 1 – 2 Wochenberichten des RKI im Detail schlüssig darlegen und nachweisen zu können.

Hier nur einige Beispiele, die das ganze Ausmaß der Datenmanipulation durch das RKI erahnen lassen:

a)

„Vorsätzliche Täuschung durch das RKI? Sind bereits 70% der Intensivpatienten geimpft?“ vom 9.11.2021 (Update vom 12.11.2021), abrufbar unter:

<https://corona-blog.net/2021/11/09/vorsaetzliche-taeschung-durch-das-rki-sind-bereits-70-der-intensivpatienten-geimpft/>

Dort heißt es u.a.(Zitat):

„Das RKI hat in den vergangenen Wochen immer wieder die Angabe der „Impfversager“ angepasst bzw. von den allergrößten Mängeln befreit. Bis zum 23.09.2021 hat man einfach Personen ohne bekannten Impfstatus als „ungeimpft angesehen“ und damit natürlich die Rate an Impfdurchbrüchen künstlich klein gerechnet. Seit dem Wochenbericht vom 30.09.2021 werden nun nur noch Personen mit bekanntem Impfstatus zur Berechnung der Raten an Impfversagern herangezogen – was eigentlich plausibel ist. Intuitiv sollte man meinen, dass man doch nur ins Krankenhaus schauen müsste, wer da auf Intensivstation liegt, um ein realistisches Bild der Wirksamkeit der Impfung zu erhalten. Sind die „Covid Fälle“ auf Intensivstation geimpft oder ungeimpft? ... wir wollen dem RKI ja auf die Finger schauen, also haben wir uns wirklich die Arbeit gemacht und alle Neuaufnahmen der 28 Berichte in den KW 40 – 43 von Hand abgelesen. Damit kommt man auf insgesamt **2.788 Personen in Deutschland**, die als „Corona Patienten“ auf Intensivstation eingeliefert wurden. Demgegenüber ist dem RKI von lediglich **1.173 Personen**, die in dieser Zeit als Corona Patienten auf Intensivstation eingeliefert wurden, **der Impfstatus bekannt**. Das sind lediglich 42% der Fälle. Das muss man sich einmal auf der Zunge zergehen lassen... Glaubt das ernsthaft noch jemand? Das RKI will uns glauben lassen, **dass von 1.615 der 2.788 Corona Patienten auf Intensivstation der Impfstatus nicht bekannt ist?** Was machen die „Experten“ beim RKI, die die Wirksamkeit der Vakzine beurteilen sollen, eigentlich?...“

Daher die Frage:

Wieso kennt das RKI nicht den Impfstatus aller Patienten auf den Intensivstationen?

Hat das RKI nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt ausreichende Maßnahmen ergriffen, um den Impfstatus aller Patienten auf den Intensivstationen erfassen zu können?

Wenn nicht: Warum nicht?

b)

„RKI manipuliert Impfeffektivitäten – Analyse zeigt gravierende Abweichungen zu Rohdaten“ vom 18.1.2022, abrufbar unter

<https://corona-blog.net/2022/01/18/rki-manipuliert-impfeffektivitaeten-analyse-zeigt-gravierende-abweichungen-zu-rohdaten/>

Frage:

Wie hoch ist die Impfeffektivität bei der Omikron-Variante?

Hat das RKI in den Wochenberichten auf die Angabe der Impfeffektivität bei der Omikron-Variante verzichtet? Wenn ja: Warum?

c)

„55.89 Fälle verteilen sich auf 446 Tage – wir decken weitere Lügen des RKI auf“ vom 8.1.2022, abrufbar unter:

<https://corona-blog.net/2022/01/08/55-889-faelle-verteilen-sich-auf-446-tage-wir-decken-weitere-luegen-des-rki-auf/>

Fragen:

Trifft es zu, dass in die Meldungen des RKI zu den „Neuinfektionen“ auch immer wieder Zahlen (alte) Zahlen eingeflossen sind und ggf. immer noch einfließen, also sogar Zahlen, die Monate oder sogar bis zu 446 Tage alt sind?

Wenn ja: Warum ist dies aktuell immer noch so?

Wie hoch war und ist der Anteil dieser nicht tagesaktuellen Zahlen bei den jeweiligen Meldungen?

d)

„Was rauchen die beim RKI“ vom 22.1.2022, abrufbar unter:

<https://tkp.at/2022/01/22/was-rauchen-die-beim-rki/>

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Dort heißt es u.a.:

„In seinen jüngeren Wochenberichten schätzte das RKI die Wirkung der Impfung als sehr positiv ein – zu positiv! Dabei unterliefen dem RKI eine Reihe von Fehlern, die vermutlich alle zu einer Überschätzung der Impfwirksamkeit führten. Dies betraf sowohl die weiterhin unklare und wenig transparente Datenlage, als auch die Rechenmethode an sich. Richtig berechnet belegen selbst die fragwürdigen Daten des RKI nicht einmal Wirksamkeit der Corona-Impfungen gegen Omikron, sondern eher das Gegenteil.“

Zahlreiche Veröffentlichungen berichten davon, dass die „Impfungen“ gegen die Omikron-Variante des SARS-CoV2-Virus wirkungslos sein oder sogar das Infektionsrisiko mit Omicron erhöhen sollen, siehe u.a.:

<https://corona-blog.net/2022/01/06/studie-zeigt-geimpfte-haben-hoeheres-risiko-einer-corona-infektion/>

<https://tkp.at/2021/12/24/neue-studie-aus-daenemark-zeigt-mrna-impfung-erhoeht-sogar-das-infektionsrisiko-mit-omicron-variante/>

<https://tkp.at/2021/12/27/neues-rekordergebnis-bei-covid-faellen-in-grossbritannien-geimpfte-staerker-betroffen/>

<https://corona-blog.net/tote-im-zusammenhang-mit-der-covid-impfung/>

Zudem sollen diese COVID-19-„Impfungen“ sogar das mittlere Sterbealter der Geimpften gesenkt haben, siehe u.a.:

<https://corona-blog.net/2022/04/29/offizielle-daten-zeigen-impfen-senkt-mittleres-sterbealter/>

Wieso hält das RKI trotz dieser vielen Warnhinweise und Berichte über die Wirkungslosigkeit der COVID-19-„Impfungen“ an ihrer Aussage fest, dass diese „Impf“-Stoffe eine „gute Wirkung“ haben?

13.

Trifft es zu, dass die „Arbeitsgemeinschaft Influenza“ (AGI) des RKI, deren Hauptaufgabe bis heute die Überwachung der Grippewellen ist, 1992 von vier pharmazeutischen Unternehmen gegründet worden ist?

So steht es jedenfalls auf der Webseite der AGI, siehe:

<https://influenza.rki.de/Arbeitsgemeinschaft.aspx>

14.

Von welchen privaten Stiftungen und Personen erhält das RKI Drittmittel-Zuwendungen?

Zählt die Bill & Melinda-Gates Stiftung ebenfalls zu diesen Geldgebern?

Trifft es insbesondere zu, dass das RKI alleine von der Bill & Melinda Gates Stiftung 500.000,00 € erhalten hat?

Quelle:

<https://deutsche-wirtschafts-nachrichten.de/516814/Bill-Gates-spendet-fast-halbe-Million-Dollar-an-das-RKI>

Welchen Anteil nehmen diese Drittmittel-Zuwendungen an dem Gesamtbudget des RKI ein?

Welche Projekte / Forschungen / Stellen / sonstige Ausgaben etc. des RKI sind durch diese Drittmittel vollständig, überwiegend oder zumindest teilweise finanziert worden.

III.

Fragen an die STIKO (werden ergänzt, sobald Ladung STIKO feststeht)

1.

Wann und warum ist die STIKO im Zusammenhang mit den COVID-19-„Impfungen“ von der Empfehlung, dass intramuskuläre Injektionen nur mit Aspiration erfolgen sollen, abgerückt?

Trifft es zu, dass die Aspiration gem. dem Grundsatz „primum non nocere“ für Ärzte und ärztliches Personal seit jeher absolute Verpflichtung ist?

2.

Trifft es zu, dass die STIKO in der Vergangenheit negativ durch ihre Verstrickungen mit der Pharmaindustrie aufgefallen ist?

Gründe für diese Frage:

a)

Sogar die Online-Ausgabe der Welt berichtete am 14.2.2008 in einem Artikel mit der Überschrift „Impfanweisungen aus der Pharmaindustrie?“ (Zitat):

„...Die AT-Redaktion führte als "Beispiele für mögliche Befangenheit" detailliert Zuwendungen auf, die einzelne Stiko-Mitglieder von Impfstoffherstellern für Vorträge, Einladungen zu Kongressen oder für Beratertätigkeiten empfangen haben.

"Verquickungen mit der Industrie lassen sich bei fast allen Kommissionsmitgliedern feststellen", bilanzierte AT und forderte mehr "Transparenz bei der Offenlegung von Interessenkonflikten und auch hinsichtlich des Verlaufs der Beratungen selbst", gerade auch angesichts "der beträchtlichen Kosten, die Impfungen verursachen".

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

<https://www.welt.de/wissenschaft/article1674454/Impfanweisungen-aus-der-Pharmaindustrie.html>

b)

Zu den Verbindungen von STIKO-Mitglied Prof. Dr. Fred Zepp zur Pharmaindustrie finden sich auf der Webseite des RKI folgende Selbstauskünfte (nachfolgend bedeutet pU = Unternehmen, die Impfstoffe oder Mittel der spezifischen Prophylaxe entwickeln, herstellen oder vertreiben):

„Mitgliedschaft in bzw. Tätigkeiten für Beratungsgremien eines pU:

Chairman//Mitglied im (seit 2017): Entwicklung eines neuen DataMonitoring Safety Board oralen Polio-2-Impfstoffes (nOPV2). Studiensponsor: Universität Antwerpen (Belgien)/WHO, PATH

Erstellung von bzw. Mitwirkung an Gutachten im Bereich Schutzimpfungen oder auf dem Gebiet der spezifischen Prophylaxe im Auftrag von oder finanziert durch pU:

Evaluation wissenschaftlicher Projekte im Auftrag der "Innovative Medicines Initiative" (IMI) zu Influenza-Impfstoffen (2014), und Pertussis-Impfstoffen (2015) und Paneuropäisches Netzwerk für klinische Studien im Kindesalter(2017). IMI ist ein Gemeinschaftsprojekt der EU mit der "European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations" (EFPIA).

Durchführung von bzw. Mitwirkung an sonstigen Studien im Bereich Schutzimpfungen oder spezifische Prophylaxe: Chairman/Mitglied Data Safety Monitoring Board (seit 2017): Entwicklung eines neuen oralen Polio-2-Impfstoffes (nOPV2). Studiensponsoren: Universität Antwerpen (Belgien)/WHO, PAHT

Vorträge auf Fortbildungs- oder sonstigen Veranstaltungen auf Einladung, im Auftrag von oder mit Honorar von einem pU: 2017 Vortrag und Diskussionsteilnehmer im japanischen Gesundheitsministerium zur Struktur von NITAGs in Europa mit besonderem Schwerpunkt auf der Organisation und Arbeitsweise der STIKO (MHLW, Japan und EFPIA Japan)

Vorträge zu einem Impfstoff oder Mittel der spezifischen Prophylaxe auf Veranstaltungen Dritter (z.B. Ärztekammern, Fachgesellschaften) mit teilweiser (Re-)Finanzierung der Veranstaltung durch pU: Mehrere Vorträge zu Impfstoffen ohne Produktbezug auf verschiedenen Tagungen und Kongressen, nicht im Auftrag von pU

Sonstige Tätigkeiten für pU oder mit finanzieller Unterstützung von pU (z.B. Veröffentlichungen, Teilnahme an Kongressen oder Fortbildungsveranstaltungen, werbende Auftritte, Teilnahme an Pressekonferenzen, Mitarbeit an einer Web-Seite), sowie sonstige relevante Umstände:

Experte beim Treffen "Global Health 2035: Mission Grand Convergence" im Jahr 2015 (initiiert von Novartis und GSK), ohne Honorar, nur Reisekostenerstattung durch das EU-Projekt ADITEC - Advanced Immunization Technologies (www.aditecproject.eu).“

Frage hierzu:

Warum wurden selbst diese Angaben aus der Selbstauskunft, die engste Verbindungen zur Pharmaindustrie nahelegen, „als unkritisch“ bewertet?

c)

So heißt es sogar in einem Artikel der TAZ vom 16.11.2007:

„Wer recherchiert, findet Auffälligkeiten, angefangen beim langjährigen Stiko-Vorsitzenden Heinz-Josef Schmitt. Der Mainzer Professor erhielt im Juni 2006 den Helmut-Stickl-Preis - für sein "besonderes Engagement zur Förderung des Impfgedankens". Gestiftet wurde die mit 10.000 Euro dotierte Auszeichnung vom Gardasil-Hersteller Sanofi Pasteur MSD. Im September 2007 legte Schmitt den Stiko-Vorsitz nieder, der *Ärztezeitung* sagte er zur Begründung: "Inzwischen habe ich mich entschieden, ganz in die Industrie zu wechseln und für den Impfstoffhersteller Novartis Vaccines und Diagnostics tätig zu werden....Derzeit amtieren 16 Stiko-Mitglieder, die meisten von ihnen tauchen auch auf Internetseiten auf, die von Impfstoffherstellern bezahlt werden. So bedankt sich GlaxoSmithKline auf seiner Website www.gesundes-kind.de für die wissenschaftliche Beratung von Professor Fred Zepp. Beim "Forum Impfen", finanziert von vier Impfstoffherstellern, machen gleich fünf Stiko-Mitglieder mit: Frank von Sonnenburg, Christel Hülße, Friedrich Hofmann, Wolfgang Jilg, Ursel Lindlbauer-Eisenach. Baxter, Novartis Behring und Wyeth unterstützen die Arbeitsgemeinschaft Meningokokken beim Grünen Kreuz. Aus der Stiko dabei ist Jan Leidel, im Hauptberuf Leitender Medizinaldirektor am Gesundheitsamt Köln Viel beschäftigt ist offensichtlich das Stiko-Mitglied Ulrich Heininger: Der Baseler Professor erklärte in mehreren wissenschaftlichen Aufsätzen, er habe Honorare von Impfstoffherstellern für Vorträge und Beratungstätigkeiten sowie finanzielle Unterstützung für Forschungsprojekte erhalten..."

Quelle:

<https://taz.de/Kontakte-zu-Pharmafirmen/!5191620/>

d)

Auch die ARTE-Dokumentation „Profiteure der Angst“ stellte fest: „(Die Ständige Impfkommission (STIKO) des Robert Koch Instituts) empfiehlt, welche Impfungen sinnvoll sind und von den Krankenkassen bezahlt werden müssen. Die Kommissionsmitglieder sind Mediziner, deren Projekte zum Teil von der Pharmaindustrie finanziert werden. ... Auf den Internetseiten des Robert Koch Instituts geben die Mitglieder der Kommission in der Tat an, welche Beziehungen sie zur Pharmaindustrie haben. Bei fast allen finden sich Verbindungen, die zu Interessenkonflikten führen können.“

Quelle:

ARTE-Doku „Profiteure der Angst“, abrufbar auf YouTube unter:

<https://www.youtube.com/watch?v=9KqpWeeizxU>

e)

Wilfried Schmitz

Rechtsanwalt

Sogar auf [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de) wurde schon 2004 darüber berichtet, dass Kritiker der STIKO vorwerfen, zu stark die Interessen der Pharmaindustrie zu berücksichtigen, siehe:

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/44143/Impfungen-Kommission-in-der-Kritik>

3.

Fazit:

Bloße „Kontakte“ von Behörden zur Pharmaindustrie sind das Eine. Der erhebliche Einfluss von Pharmaunternehmen auf die Entscheidungsfindung eines staatlichen Gremiums wie der STIKO, dessen Empfehlungen weitreichende Konsequenzen haben, sind etwas gänzlich anderes.

Die STIKO kann folglich nicht als unabhängiges Gremium bezeichnet werden. Sie wirkt vielmehr wie eine Pharma-Lobbyorganisation.

IV.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt:

Auch bei sonstigen Beratern der Regierung zum Thema Impfwang sind massive Interessenkonflikte deutlich geworden, so u.a. bei Prof. Leif-Erik Sander, der für und mit dem Hauptbegünstigten der Impfkampagne – dem Unternehmen Pfizer – Kurze über die „Impfung“ abhält, siehe:

<https://tkp.at/2022/04/30/interessenskonflikte-bei-beratern-der-regierung-zum-thema-impfwang/>

V.

Fragen an BioNTech (werden ebenfalls nachgereicht, sobald die Ladung von Vertretern der Fa. BioNTech feststeht)

Schmitz

Rechtsanwalt