SG München, Beschluss v. 29.09.2026 – S 15 VJ 34/24

Titel:

Entbindung eines medizinischen Sachverständigen vom Gutachtensauftrag wegen gravierender Mängel des Gutachtens

Normenkette:

SGG § 103, § 106

Leitsätze:

1. Es ist keineswegs Aufgabe des Gutachters, abstrakt Mechanismen darzustellen, warum ein zeitliches Zusammentreffen vielleicht gar nichts mit der Impfung zu tun hat (weil bereits vorher subklinisch eine Ausprägung vorgelegen habe könnte etc), sondern es ist Aufgabe eines redlichen Gutachters, am konkreten Einzelfall zu eruieren, was dafür und was dagegen spricht. (Rn. 12) (redaktioneller Leitsatz)
2. Die epidemiologische Evidenzlage ist im Falle von seltenen Erkrankungen ohne gesicherte Daten offenkundig weder abstrakt noch individuell ein taugliches Kriterium. (Rn. 19) (redaktioneller Leitsatz)
3. Ein Impfschadensgutachten, das sich in einer Ansammlung von Spekulationen ohne Fallbezug erschöpft, ist nicht verwertbar. (Rn. 26) (redaktioneller Leitsatz)
4. Es ist Aufgabe des Gutachters, bestehendes publiziertes Material in beide Richtungen zu würdigen, und nicht als „bloße theoretische Möglichkeit“ abzutun. Denn jede Pathophysiologie-Hypothese ist am Anfang immer eine bloße theoretische Möglichkeit, aber erst die Beschreibung eines pathophysiologischen Modells eröffnet die Wege für weitere Forschung. (Rn. 36) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Impfschadensrecht, Kausalitätsbeurteilung, Beweismaßstab, Gutachtenmängel, Einzelfallbewertung, Kann-Versorgung, Pharmakovigilanz

Tenor

I. Der Gutachter K. wird vom Gutachtensauftrag entbunden.

II. Das Gutachten vom 14.01.2026 mitsamt der ergänzenden Stellungnahme vom 10.07.2026 ist nicht verwertbar.

Gründe

I.

1
Der Gutachter hat auf die Beweisanordnung vom 12.05.2025 sein Gutachten vom 14.01.2026 vorgelegt. Das Gericht hat an diesem Gutachten substanzielle Kritik geübt und dem Gutachter und den Beteiligten dargelegt, dass das Gutachten in dieser Form nicht verwertbar ist. Es hat den Gutachter mit Verfügung vom 10.03.2026 um eine ergänzende Stellungnahme gebeten, die die inhaltlichen Mängel des Gutachtens ausgleicht und das Gutachten verwertbar macht. Insoweit wird auf die Verfügung vom 10.03.2026 verwiesen.

II.

2
Das Gutachten vom 14.01.2026 mitsamt der ergänzenden Stellungnahme vom 10.07.2026 ist nicht verwertbar.

3
Auch die ergänzende Stellungnahme vom 10.07.2026 vermag die Kritik des Gerichts nicht zu entkräften, sondern vielmehr ist festzustellen, dass der Gutachter die Systematik des Impfschadensrechts nicht richtig einordnet und die Beweisfragen ungenügend, d.h. an der eigentlichen Fragestellung vorbei, beantwortet. Zudem hat K. die Auflagen des Gerichts nicht erfüllt. Besonders schwer wiegt, dass er die konkrete Klinik

des Klägers nicht berücksichtigt, sondern sich auch in der ergänzenden Stellungnahme in abstrakten Ausführungen ohne Fallbezug erschöpft.

4
1. Im Impfschadensrecht herrscht der dreigliedrige Aufbau Impfung-Primärschaden-Sekundärschaden, wobei die Kausalitätsbeziehungen Impfung und Primärschaden sowie Primärschaden und Sekundärschaden einem abgeschwächten Beweismaßstab unterliegen. Hier muss in einer wertenden Betrachtung mehr für als gegen die Kausalität sprechen, dann ist die Kausalitätsbeziehung im Gesetzessinne wahrscheinlich.

5
Bei einer nicht gesicherten Unwahrscheinlichkeit (vgl. BSG, B 9 V 2/22 B, Rn. 9; Sozialgericht München, S 48 VJ 31/23, Rn. 20) ist zudem die Kann-Versorgung zu beachten, wenn die zur Anerkennung einer Gesundheitsstörung als Schädigungsfolge erforderliche Wahrscheinlichkeit nur deshalb nicht gegeben ist, weil über die Ursache der Gesundheitsstörung in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht. Es muss also „Ungewissheit“ herrschen im Sinne einer Wissenschaft, die den Zusammenhang für „gut möglich“ hält, ihn aber noch nicht gesichert hat. Der ursächliche Zusammenhang zwischen Impfung und Schaden muss in diesem Fall zumindest von einer wissenschaftlich fundierten medizinischen Lehrmeinung als wahrscheinlich angesehen werden Die Wahrscheinlichkeitsmaßstäbe im Impfschadensrecht, d.h. die Abschwächung vom Nachweis einer Kausalität hin zur Wahrscheinlichkeit einer Kausalität und dann noch zur Kann-Versorgung soll eine Beweiserleichterung für den mutmaßlich Impfgeschädigten bewirken, da dieser in der Regel die Kausalität seines Impfschadens weder abstrakt noch individuell nachweisen kann.

6
Das Vorliegen eines Risikosignals kann in diesem Sinne ein Hinweis auf die Wahrscheinlichkeit einer Kausalität sein, wenn die Nullhypothese (hier: „Geimpfte Personen erkranken nicht häufiger an Anti-Synthetase-Syndrom als vergleichbare ungeimpfte Personen.“) signifikant abgelehnt werden kann und worden ist.

7
2. Wenn der Gutachter schreibt

„Für die konkrete gutachterliche Bewertung bleibt daher maßgeblich, dass derzeit keine belastbaren epidemiologischen Daten vorliegen, die eine signifikante Erhöhung der Inzidenz eines Antisynthetase-Syndroms nach mRNA-Impfung belegen.“

ist dies in mehrfacher Hinsicht falsch und diskreditiert die Güte des Gutachtens.

8
a. Wie der Gutachter selbst darlegt, hat man bei sehr seltenen Erkrankungen wie dem Antisynthetase-Syndrom keine statistische „Power“, d.h. die eigene Forderung nach belastbaren Daten, die eine signifikante Erhöhung der Inzidenz überhaupt messbar machen würde, ist nicht erfüllbar, d.h. dies als Prämisse der Begutachtung vorausgesetzt, würde der Gutachter einen Impfschaden bei seltenen Erkrankungen immer ablehnen.

9
b. Hinzukommt, dass – wie der Gutachter selbst einräumt – eine Hintergrundinzidenz bereits nicht eindeutig bestimmbar ist. Daher kann der Gutachter auch keine statistisch signifikante Erhöhung dieser (nicht bekannten) Inzidenz (= Ablehnung der Nullhypothese) erwarten, selbst wenn tatsächlich eine solche Erhöhung der Fallzahlen aufgrund der Impfung gegeben wäre.

10
c. Mithin ist ein statistisches Risikosignal hier methodisch nicht ableitbar. Das gilt in zweifacher Hinsicht: Das Fehlen des Signals begründet keine fehlende Kausalität, kann aber auch nicht für die Begründung der Wahrscheinlichkeit einer Kausalität herangezogen werden. Nur in diesem Punkt besteht Einigkeit zwischen der erkennenden Kammer und dem Gutachter.

11
3. Daher war es Aufgabe des Gutachters, zu prüfen, ob im Einzelfall mehr für oder mehr gegen die Kausalität spricht (unter Berücksichtigung der „herrschenden Auffassung in der Wissenschaft“), und falls

nicht, ob dies nur wegen „Ungewissheit“ der Fall ist. Die Kann-Versorgung ist hierbei eröffnet, wenn es eine Lehrmeinung gibt, die eine Kausalität für wahrscheinlich hält. Dieser Beweismaßstab wurde nicht beachtet.

12
Es ist keineswegs Aufgabe des Gutachters, abstrakt Mechanismen darzustellen, warum ein zeitliches Zusammentreffen vielleicht gar nichts mit der Impfung zu tun hat (weil bereits vorher subklinisch eine Ausprägung vorgelegen habe könnte etc.), sondern es ist Aufgabe eines redlichen Gutachters, am Einzelfall zu eruieren, was dafür und was dagegen spricht, d.h.: Gibt es im Fall des Klägers Hinweise, dass sich vorher eine Manifestation ereignet hat oder ist es wahrscheinlicher, dass die zeitliche Koinzidenz auch für eine Kausalität spricht? Die subklinische (= definitionsgemäß unterhalb der Wahrnehmungsschwelle vorliegende) Manifestation des Antisynthetasesyndroms müsste anhand von Laborparametern etc. nachweisbar sein. Andernfalls ist es reine Spekulation, die in der Kausalitätsbetrachtung keinen Platz hat.

13
Der Gutachter hat es wiederholt versäumt, alle Kriterien des Einzelfalls zu benennen und medizinisch zu bewerten/ gewichten.

14
a. Gem. der ergänzenden Stellungnahme würdigt der Gutachter die grundsätzliche Bedeutung des Rechallenge in der Pharmakovigilanz. Er führt aus: „Ein positives Rechallenge-Phänomen kann die Annahme eines kausalen Zusammenhangs stützen, insbesondere dann, wenn nach erneuter Exposition ein gleichartiges Ereignis in engem zeitlichen Zusammenhang reproduzierbar auftritt und alternative Erklärungen weniger wahrscheinlich sind.“

15
Anschließend wird dargelegt, dass das Rechallenge nicht auch durch die Eigendynamik der Grunderkrankung erklärt werden dürfe. Bei chronischfluktuierenden Autoimmunerkrankungen sei dies regelmäßig deutlich schwerer zu erfüllen.

16
Erneut: Es ist nicht Aufgabe des Gutachters, (nur) abstrakte Lehrsätze niederzuschreiben, sondern vielmehr ist es gerade die medizinische Aufgabe darzulegen, wie es beim Kläger ist. Die Regelmäßigkeit hilft nicht weiter, wenn es im Einzelfall dann gerade auch anders sein kann. Es wäre daher darzulegen gewesen, warum es im Einzelfall beim Kläger wahrscheinlicher ist, dass kein Rechallenge vorliegt. Da sich das ursprüngliche Gutachten selbst zum Rechallenge gar nicht geäußert hat, ist anzunehmen, dass diese Fragestellung a) zunächst nicht betrachtet wurde und b) die Fallakte des Klägers auf diese Fragestellung hin nicht untersucht wurde.

17
b. Vielmehr wiederum abstrakt ohne Klägerbezug wird ausgeführt, nach welchen weiteren Kriterien das Rechallenge zu bewerten ist.

18
Der Gutachter hat hierbei nicht dargelegt (unter Bezugnahme auf die eigene Befundung und/oder die Aktenlage) und begründet,

1. wie gut die diagnostische Sicherung des Rechallenge im vorliegenden Einzelfall ist.

2. wie plausibel das Rechallenge zeitlich beim Kläger ist.

3. wie spezifisch das Rechallenge ist (unter genauer Erläuterung, was genau der Gutachter unter „Spezifität eines Rechallenge-Ereignisses“ fasst).

4. wie plausibel das Rechallenge im vorliegenden Einzelfall biologisch ist (Anmerkung des Gerichts: Diese Frage wurde bereits von M./ PEI abstrakt dahingehend beantwortet, dass bei Impfungen, insbesondere den im Vergleich zu herkömmlichen Impfstoffen sehr immunogenen mRNA-Impfstoffen, ein Rechallenge nach Reexposition biologisch grundsätzlich plausibel ist, weil das Immunsystem ja gerade die zweite Impfung für die Ausbildung des Impfschutzes benötigt, d.h. eine Grundimmunisierung erst ab der zweiten Impfung eintritt. Der Gutachter geht auf diese öffentlich bekannten Zusammenhänge nicht ein.).

5. welche alternativen Ursachen für das Rechallenge nach Ansicht des Gutachters im Falle des Klägers bestehen.

6. wie gut die Qualität der Dokumentation insbesondere in Bezug auf den Rechallenge-Verlauf beim Kläger einzuschätzen ist.

19
Die epidemiologische Evidenzlage ist im Falle von seltenen Erkrankungen ohne gesicherte Daten offenkundig weder abstrakt noch individuell ein taugliches Kriterium.

20
c. Der Gutachter führt aus, dass ein Rechallenge nicht die Gesamtbetrachtung aller verfügbaren Informationen ersetzen würde. Nicht dargelegt wird hingegen, welche verfügbaren Informationen der Gutachter konkret betrachtet hat, jenseits seiner Darlegung, dass eine saubere epidemiologische Beweisführung bei seltenen Erkrankungen nicht möglich ist. Zu einer Gesamtbetrachtung gehört auch, zu betrachten, was für eine Kausalität spricht. Hierzu enthalten das Gutachten sowie die ergänzende Stellungnahme nichts.

21
Auch wurde gutachterlich nicht gewürdigt, inwieweit allein die bloße Seltenheit der Erkrankung eine bloße Koinzidenz unwahrscheinlich macht, zumal wenn (mutmaßlich) Rechallenge auftritt.

22
4. Der Gutachter hat weder dezidierte noch fallbezogen Ausführungen gemacht, aus welchen Gründen er davon ausgeht, dass eine bloße Koinzidenz wahrscheinlicher als ein kausales Ereignis ist. Er hat lediglich behauptet, dass der Kläger bereits subklinisch vor der ersten Impfung ein Antisynthetase-Syndrom entwickelt haben könnte. Das Gericht wertet dies aus o.g. Gründen als Vermutung ins Blaue hinein ohne Faktenbezug im Einzelfall des Klägers.

23
K. hat zudem lediglich behauptet, dass sich beim Kläger bestehende Beschwerden unspezifisch aktiviert bzw. verstärkt hätten, ohne auch nur zu erkennen, dass eine Verstärkung bestehender Beschwerden – soweit mit Wahrscheinlichkeit kausal – vom Schutzbereich des Impfschadensrechts umfasst wäre. K. geht ohne weitere Begründung von einer natürlichen Krankheitsprogression aus, ohne mit Quellenangabe darzulegen, welche natürliche Krankheitsprogression bei einem Antisynthetase-Syndrom zu erwarten ist und inwieweit der Verlauf des Klägers dem entspricht.

24
Der Gutachter geht abstrakt vom Vorliegen eines fluktuierenden Krankheitsverlaufs aus, ohne die gewöhnlich zu beobachtenden Fluktuationen zu beschreiben und darzulegen, inwieweit die Klinik des Klägers hierzu passt. Schließlich behauptet K. ins Blaue hinein, dass Infekte oder andere Faktoren die jeweiligen Verschlechterungen nach den Impfungen verursacht haben könnten, ohne anzugeben, von welchen Infekten oder Faktoren der Gutachter im Falle des Klägers ausgeht und darzulegen, wo diese befundet worden sind.

25
Auch wird die Möglichkeit eines Aufmerksamkeitsbias in den Raum gestellt, ohne zu begründen, aufgrund welcher Tatsachen dieses beim Kläger vorgelegen haben soll und ob der Gutachter diesen Bias dem Kläger selbst oder seinen behandelnden Ärzten unterstellt.

26
Das Gutachten ist insoweit nur eine Ansammlung von Spekulationen ohne Fallbezug, die für die Beantwortung der Fragestellung wertlos ist.

27
5. Der Gutachter führt aus, dass es ein Signal in einer pharmakovigilanzbasierten Datenbank der EMA geben würde, dies aber wiederum keine Auswirkung auf die Wahrscheinlichkeitseinschätzung habe. Letztere Aussage erfolgt wiederum rein apodiktisch. Der Gutachter führt in diesem Kontext aus, dass der Beweismaßstab des Gesetzes alleine durch die EMA-Meldung nicht erfüllt sein würde. Dass ggf. bereits

andere Aspekte für die Kausalität sprechen könnten (Rechallenge, zeitliche Koinzidenz, biomechanisches Modell) wird hierbei weder in Erwägung gezogen noch diskutiert geschweige denn abgewogen.

28
6. Der Gutachter führt danach aus, dass es an einem spezifischen, gesicherten pathophysiologischen Mechanismus fehlen würde. Hierzu sei ausgeführt, dass der Gutachter wieder den gesetzlichen Maßstab verkennt, es braucht keine gesicherte Pathophysiologie, sondern im Rahmen der Kann-Versorgung für die Bejahung einer „guten Möglichkeit“ eine Lehrmeinung, die auch eine plausible Pathophysiologie benennt.

29
Weiter bemängelt der Gutachter, dass keine belastbaren populationsbezogenen epidemiologischen Daten vorliegen würden, und dies, nachdem er zuvor dargelegt hat, dass diese nicht erhoben werden können.

30
Schließlich führt der Gutachter aus, dass alternative Erklärungen (sog. Reserveursachen oder Alternativursachen) bestehen würden (subklinisches Vorbestehen, natürliche Krankheitsprogression, unspezifische immunologische Aktivierung).

31
Auch hier verkennt der Gutachter den gesetzlichen Maßstab: Reserveursachen dürfen nicht mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit angenommen werden als die Hauptursache (die Impfung), denn ansonsten wäre ein Impfschaden schon denklogisch ausgeschlossen. Alle drei hier genannten Reserveursachen sind aber rein hypothetisch und es gibt keine Tatsachen, die hierfür streiten. Sie sind daher in der Kausalitätsbetrachtung als unwahrscheinlich zu bewerten. Sie dürfen rechtlich nicht als Reserveursache in einer wertenden Kausalitätsbetrachtung herangezogen werden, um die Wahrscheinlichkeit der Hauptursache (Impfung) abzuschwächen.

32
Hierbei sei auch angemerkt, dass der Verdacht einer gewissen Überstrapazierung des Koinzidenzgedankens im Raum steht, wenn man nicht alleine das Auftreten einer sehr seltenen Erkrankung im Nachgang einer Impfung als zeitlich nur koinzident betrachtet, sondern zudem noch davon ausgehen möchte, dass zuvor, also vor der als Primärschädigung geltend gemachten Gesundheitsstörung, eine subklinische Ausprägung koinzident mit dem Impfereignis war.

33
7. Das Gericht hat den Gutachter ausdrücklich aufgefordert, alle Quellen mit Unterstreichungen der Textstellen, auf die sich der Gutachter stützt, einzureichen. Dies ist wieder nicht erfolgt. Der Gutachter hat ein kurzes Quellenverzeichnis angebracht, allerdings sind diese nur epidemiologischer Natur und nicht klinischer, d.h. es fehlt gerade Evidenz zum normalen Verlauf eines Antisynthetase-Syndroms, zur Erforschung der Pathophysiologie im Allgemeinen und zu einer Impfüberreaktion im Besonderen. Das Literaturverzeichnis auf S. 23 der ergänzenden Stellungnahme ist ausführlicher, hingegen wurden auch hier die Studien trotz der Bitte des Gerichts nicht mitversandt und vor allem wurde nicht markiert, welche Stellen in den Studien der Gutachter für die Beweisfragen besonders relevant hält.

34
Im Hinblick auf die publizierte internationale Literatur zu seltenen idiopathischen inflammatorischen Myopathien bzw. Antisynthetase-Syndromen, auf die sich die Einschätzung des Gutachters stützt, wurden die Quellen nicht offengelegt.

35
Die Aussage des Gutachters

„Insbesondere existiert nach gegenwärtigem wissenschaftlichem Kenntnisstand kein konsistenter experimenteller oder klinischer Nachweis dafür, dass mRNA-Impfstoffe spezifisch eine gegen Anti-Jo1 gerichtete Autoimmunreaktion induzieren.“

erfolgte apodiktisch ohne Nachweis, d.h. unklar bleibt, wieviele Arbeitsgruppen sich überhaupt mit dieser sehr spezifischen Fragestellung beschäftigt haben und was das Ergebnis ist. Der Gutachter hat hierbei auch versäumt darzulegen, was er unter „konsistent“ bzw. „konsistent nachgewiesen“ versteht. Es besteht auch hier die Möglichkeit eines Kategorienfehlers: Es benötigt keinen Nachweis, sondern alleine die Wahrscheinlichkeit.

36
8. Es ist Aufgabe des Gutachters, bestehendes publiziertes Material in beide Richtungen zu würdigen, und nicht als „bloße theoretische Möglichkeit“ abzutun. Denn jede Pathophysiologie-Hypothese ist am Anfang immer eine bloße theoretische Möglichkeit, aber erst die Beschreibung eines pathophysiologischen Modells eröffnet die Wege für weitere Forschung.

37
Auch nach Ansicht des PEI ist die Impfung mit mRNA-Impfstoffen sehr immunogen im Vergleich zu herkömmlichen Impfungen (Fussnote:Aussage des PEI gegenüber den bayerischen Impfschadensrichtern am 03.12.2025; belegt durch Wolff et al., Neutralizing antibody titers elicited by CoronaVac and BNT162b2 vaccines in health care workers with and without prior SARS-CoV-2 infection, Journal of Travel Medicine 2022; 29(3):taac010: „Our results confirm that the mRNA vaccine elicits higher NAbs titers when compared to the inactivated virus vaccine, even in individuals presenting hybrid immunity. Indeed, NAbs titers in volunteers receiving the BNT162b2 vaccine were 18.7-fold or 11.4-fold higher for individuals with vaccine immunity or hybrid immunity, respectively, compared to the respective CoronaVac group.“), d.h. mit großer Auswirkung auf das Immunsystem, so dass auch (Auto-)Immunerkrankungen als Folge der Impfungen erörtert werden (nicht jedoch vom PEI, das hierfür gem. der Antwort des PEI vom 01.04.2026 auf die Anfrage vom 22.12.2025 der 15. Kammer des SG München keinen Zusammenhang sieht).

38
Ein Zusammenhang mit der COVID-19-(mRNA-)Impfung wurde gleichwohl bislang unter anderem untersucht für idiopathische inflammatorische Myopathien, Arthritiden und Polymyalgia rheumatica; Vaskulitiden, Bindegewebserkrankungen und Myositis; bullöses Pemphigoid und weitere bullöse Autoimmundermatosen; Immunthrombozytopenie, autoimmune Lebererkrankungen, das Guillain-Barré-Syndrom, die IgA-Nephropathie, die rheumatoide Arthritis und den systemischen Lupus erythematodes; die durch funktionelle GPCR-/RAS-Autoantikörper gekennzeichnete Dysautonomie und chronische Fatigue; sowie autoreaktive Antikörper gegen periphere Nervenstrukturen beim neurologischen Post-Vac-Syndrom – bei insgesamt bei PACVS nachweisbarer Immundysregulation mit distinktem Autoantikörpermuster (Fussnote:Mit hoher Evidenz im Jahr 2026 (Die zitierten Untersuchungen stammen ganz überwiegend aus anerkannten, peerreviewten Fachzeitschriften; eine Arbeit (Yale-LISTEN) ist ein noch nicht begutachteter Preprint): Shumnalieva et al, Characteristics of emerging new autoimmune diseases after COVID-19 vaccination: a substudy by the COVAD group, Int J Rheum Dis 2024; 27(4):e15178: „Of 16.750 individuals, 74 had newonset SAID postvaccination, mainly idiopathic inflammatory myopathies (IIMs) (n = 23, 31.51%), arthritis (n = 15; 20.53%), and polymyalgia rheumatica (PMR) (n = 12, 16.40%)."; Nune et al, New-Onset Rheumatic Immune-Mediated Inflammatory Diseases Following SARS-CoV-2 Vaccinations until May 2023: A Systematic Review, Vaccines 2023; 11(10):1571: „Vasculitis was the most prevalent clinical presentation (86, 31.7%), followed by connective tissue [diseases]. (…) Two patients died due to myositis.“; Wu et al, New Onset and Exacerbation of Autoimmune Bullous Dermatosis Following COVID-19 Vaccination: A Systematic Review, Vaccines 2024; 12(5):465: „Among the newonset cases, bullous pemphigoid (BP) was the most frequently reported subtype. Notably, mRNA vaccines were commonly associated with the development of AIBD.“ Chen et al, Newonset autoimmune phenomena post-COVID-19 vaccination, Immunology 2022; 165(4):386-401: „[Newonset autoimmune phenomena] have been reported increasingly (e.g. immune thrombotic thrombocytopenia, autoimmune liver diseases, Guillain-Barré syndrome, IgA nephropathy, rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus).“; Bhattacharjee et al, Immunological and Antigenic Signatures Associated with Chronic Illnesses after COVID-19 Vaccination, medRxiv 2025.02.18.25322379: „Compared with controls, PVS participants exhibited differences in immune profiles, including reduced circulating memory and effector CD4 T cells (type 1 and type 2) and an increase in TNFα+ CD8 T cells. (…) Participants with PVS have a distinct set of autoantibodies.“; Mantovani et al, Autoantibodies Targeting G-Protein-Coupled Receptors and RAS-Related Molecules in Post-Acute COVID Vaccination Syndrome: A Retrospective Case Series Study, Biomedicines 2024; 12(12):2852: „(…) a high percentage of subjects were positive for antibodies against G proteincoupled receptors and molecules involved in the response to SARS-CoV-2. … the levels of autoantibodies directed against ACE2, and probably also MAS1 and STAB1, may serve as biomarkers for PACVS.“; Semmler et al, Chronic Fatigue and Dysautonomia following COVID-19 Vaccination Is Distinguished from Normal Vaccination Response by Altered Blood Markers, Vaccines 2023; 11(11):1642: „In PACVS, serological vaccinationresponse appeared significantly ($p < 0.0001$) altered, allowing discrimination from normal postvaccination state (sensitivity = 90%, $p < 0.0001$) by increased Angiotensin II

type 1 receptor antibodies (…) PACVS is thus indicated as a somatic syndrome delineated/detectable by diagnostic blood markers.“; Arlt et al, High serum prevalence of autoreactive IgG antibodies against peripheral nerve structures in patients with neurological post-COVID-19 vaccination syndrome, Front Immunol 2024; 15:1404800: „Compared with controls, PCVS patients had a significantly greater frequency of autoantibodies against peripheral nervous system structures (9/50 (18%) vs 1/35 (3%); p=0.04). … Our data suggest that autoantibodies against nervous system tissue could be relevant in PCVS patients.“.). Eine Auseinandersetzung mit der einschlägigen klinischen Literatur erfolgte im Gutachten nicht.

39
9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Gutachter die Fragen im Schreiben vom 08.03.2026 nicht ausreichend beantwortet hat, insbesondere die Frage A5 (besonders zur Klinik des Klägers im Einzelfall) nicht beantwortet hat.

40
Zudem wurden in fast allen Antworten die fehlerhaften gesetzlichen Maßstäbe angewandt und die Systematik des Impfschadensrechts verkannt.

41
Der Kausalitätsteil des Gutachtens war der entscheidende Teil der Beauftragung ist, da das Krankheitsbild des Klägers aus der Aktenlage heraus gut beschrieben ist. Dieser entscheidende Teil wurde aus den o.g. Gründen heraus auch in der ergänzenden Stellungnahme vom 10.07.2026 nicht verwertbar beantwortet.

42
Das Gutachten ist damit insgesamt nicht zu verwerten. Angesichts der gravierenden Mängel auch der ergänzenden Stellungnahme macht eine weitere Nachfrage bei K.. erkennbar keinen Sinn. Er war daher vom Gutachtensauftrag zu entbinden.

43
Dieser Beschluss ist unanfechtbar.