

Titel:

Impfschaden, Kausalitätskette, Primärschaden, Sekundärschaden, Wahrscheinlichkeit, Sachverständiger, Zwischenurteil

Normenkette:

SGB I § 2 Abs. 2 Hs. 2; SGB X § 20 Abs. 2

Leitsätze:

1. Für die Anerkennung eines Impfschadens ist es nicht erforderlich, dass die Primärschädigung und der Dauerschaden medizinisch klar voneinander abgrenzbar sind (Anschluss an SG München, Urteil vom 21.05.2025, Az. S 48 VS 55/24, Rn. 22 f. juris). Auch ein sich verstetigender Primärschaden kann einen entschädigungspflichtigen Dauerschaden darstellen.
2. Das sog. Rechallenge-Phänomen ist ein anerkannter Indikator für eine Kausalitätsbeziehung zwischen Impfung und Schadensfolge.
3. Das Fehlen eines sog. Risikosignals hat bzgl. der individuellen Kausalitätsbetrachtung keine unmittelbare Auswirkung, kann vor allem nicht als Ausschlusskriterium für eine individuell festgestellte Wahrscheinlichkeit der Kausalität herangezogen werden (Anschluss an SG München, Urteil vom 30. Januar 2025 S 15 VJ 24/24 , Rn. 96 - 97, juris; Urteil vom 29. Oktober 2025 S 48 VJ 24/23 , Rn. 22-24, juris). Die Verwaltung muss bei Argumentation mit dem Fehlen eines Risikosignals zudem darlegen und beweisen, dass das Fehlen eines Risikosignals Folge einer tatsächlich erfolgten Prüfung des Paul-Ehrlich-Instituts in Bezug auf die streitgegenständliche Krankheit ist und nicht alleine auf dem Fehlen einer Prüfung oder auf der Unmöglichkeit einer Signalerzielung aus methodischen Gründen (wie hier wegen Seltenheit der Erkrankung) beruht.
4. Verneint die Verwaltung die rechtlich wesentliche Ursächlichkeit der Impfung für den eingetretenen Schaden unter Verweis auf eine sog. Reserveursache, so muss sie wegen § 2 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Erstes Buch, § 20 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch in Bezug auf den von ihr angenommenen Verursachungsbeitrag der Reserveursache den gleichen kritischen Maßstab anlegen, wie in Bezug auf die mögliche Kausalität der Impfung.

Schlagworte:

Impfschaden, Kausalitätskette, Primärschaden, Sekundärschaden, Wahrscheinlichkeit, Sachverständiger, Zwischenurteil

Fundstelle:

BeckRS 2026, 689

Tenor

- I. Der Bescheid vom 30.01.2024 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.09.2024 wird aufgehoben.
- II. Der Beklagte wird verurteilt, die "inflammatorische Myositis" als Folge einer Impfschädigung mit dem Impfstoff Comirnaty gegen das SARS-CoV-2-Virus, verabreicht jeweils am 22.06.2021, am 14.07.2021 und am 15.12.2021, anzuerkennen.
- III. Die Kostenentscheidung bleibt dem Endurteil vorbehalten.

Tatbestand

1

Streitig ist die Entschädigung eines Impfschadens.

2

Der im Jahre 1966 geborene Kläger stellte am 29.08.2023 einen Antrag auf Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Er macht geltend, dass er am 22.06.2021, am 14.07.2021 und am 15.12.2021 mit dem Impfstoff Comirnaty gegen das SARS-CoV-2-Virus geimpft worden sei und aufgrund

dieser Impfungen eine steroidresponsive Myopathie mit Hyper-CKämie (916 U/l) und Herzmuskelbeteiligung erlitten habe. In der Folge leide er unter Muskelkrämpfen, reduzierter Belastbarkeit und Einschlusskörperchen-Myositis (bioptisch gesichert).

3

Diese Gesundheitsstörungen hätten vor der Impfung nicht vorgelegen. Er sei durch die Muskelkrämpfe, reduzierte Belastbarkeit, Kurzatmigkeit, ständige Müdigkeit und Depressionen auch in seiner beruflichen Tätigkeit als Senior Disponent beeinträchtigt.

4

Vorgelegt wird ein Laborbefund vom 28.02.2023, wonach erhöhte Anti cN-1A-Autoantikörper (1,4, normal <1,0) vorlagen. Diese Erhöhung sei mit der sporadischen Einschlusskörperchen-Myositis assoziiert. Die Antikörperprävalenz betrug 60%. Der Kläger war zudem am 04.04.2023 ambulant in der Neurologischen Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) in Behandlung, wonach der Kläger bei ätiologisch unbekannter Myopathie zur Verlaufskontrolle vorstellig wurde. Gemäß Arztbrief der LMU litt der Kläger seit 2021 unter einer reduzierten Belastbarkeit mit Muskelkrämpfen, kardialer Beteiligung und laborchemisch erhöhten Muskelenzymen der Skelettmuskulatur und der Herzmuskulatur. Erhöhte Kreatinkinase (CK)-Werte seien ca. 14 Tage nach der ersten Impfung gegen das SARS-CoV-2-Virus (22.06.2021) aufgetreten. Nach der zweiten Impfung am 14.07.2021 sei eine erneute Verschlechterung eingetreten und unmittelbar nach der dritten Impfung am 15.12.2021 eine weitere Verschlechterung. Klinischneurologisch und elektrophysiologisch sei beim Kläger kein typisch myopathisches Muster nachweisbar gewesen. Ein laborchemisches Screening auf Myositis und Vaskulitis sei unauffällig gewesen. Die Werte der CK hätten im Schnitt um die 500-1000 U/l, aktuell bei ca. 700 U/l gelegen. Die MRT-Untersuchung nativ und mit Kontrastmittel der Oberschenkelmuskulatur und der Rückenmuskulatur mit der Frage nach Myositistypischen und degenerativen Veränderungen habe keinen wegweisenden Befund ergeben. Zur weiteren Einordnung sei eine Muskelbiopsie am M. quadriceps femoris links erfolgt. Diese habe eine disseminierte Polymyositis im Übergang zu einer Einschlusskörperchen-Myositis ergeben.

5

Unter einer Therapie mit Cortison sei es zu einer deutlichen Verbesserung der Schwäche und auch zu einer Senkung der CK-Werte gekommen. Die Belastbarkeit sei deutlich gebessert gewesen. Zusammenfassend würde eine steroidresponsive, am ehesten autoimmunentzündliche Genese der Myopathie vorliegen. Die Symptome würden nicht den typischerweise bei einer Einschlusskörperchen-Myositis zu erwartenden Beschwerden entsprechen. Die Klinik gehe daher von einer nach der Impfung aufgetretenen inflammatorischen Reaktion aus.

6

Auf Anfrage des Beklagten stellte die dem Beklagten alle Befundberichte zum Krankheitsverlauf des Klägers zur Verfügung (Blatt 14-36 der Verwaltungsakte), wobei auf Blatt 35 f. der Verwaltungsakte der Verlauf der Labormedizin dargelegt ist.

7

Der Beklagte holte sodann die Gesamtauskunft über den Kläger bei der gesetzlichen Krankenversicherung des Klägers, der BKK Gildemeister Seidensticker ein (Blatt 40-41 der Verwaltungsakte). Markiert wurden von den Bearbeitern der Beklagten hierbei das Vorkommen von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und von einer Koronarthrombose ohne nachfolgenden Myokardinfarkt als codierte Diagnosen von Krankenhausaufenthalten in den Jahren 2013 und 2015. Markiert wurde auch, dass im Hinblick auf den Kläger für den Zeitraum vom 05.11.2012 bis zum 14.12.2012 Gelenkschmerzen im Unterschenkel und am 14.06.2021 Kreuzschmerzen kodiert wurden.

8

Der behandelnde Facharzt für Allgemeinmedizin S. führte am 28.09.2023 in einem ärztlichen Attest (Blatt 43a der Verwaltungsakte) aus, dass der Kläger seit Mitte 2021 Muskelschmerzen und eine eingeschränkte Belastbarkeit angegeben habe. Bei Laboruntersuchungen sei eine Erhöhung des CK-Wertes aufgefallen. Die weitere Abklärung und Diagnosestellung sei über die LMU erfolgt. Dort sei ein Zusammenhang der Einschlusskörperchen-Myositis mit der Impfung gegen das SARS-CoV-2-Virus gesehen worden. S. würde nur Laborkontrollen unter der Therapie der LMU durchführen. Die Laborbefunde finden sich in Blatt 44-47 der Verwaltungsakte.

9

Gemäß dem Befundbericht der Ärzte für Innere Medizin und Rheumatologie der Praxis Medcover M-Stadt Ost vom 10.08.2022 stellte sich der Kläger am 17.05.2022 vor. Gemäß Arztbrief leidet der Kläger seit Mitte 2021 unter Schmerzen in der linken Schulter mit Ausstrahlung in die linke Brust, aber nicht in den linken Unterarm, ohne Schwellung und ohne Kraftminderung. Zur gleichen Zeit sind Schmerzen im linken Unterschenkel aufgetreten, die im Liegen auftreten. Der Kläger habe ein brennendes Gefühl im linken Unterschenkel bis zum Fuß beschrieben. Im September 2021 sei der Kläger kardiologisch untersucht worden, wobei keine Auffälligkeit des Herzens bei Stresstest und ECHO gefunden worden sei. Bei einer Routineuntersuchung beim Hausarzt sei der erhöhte CK-Wert festgestellt worden. Dieser würde nicht mehr sinken und die Schmerzen würden nicht abnehmen. Der Kläger nehme seit 20 Jahren MST nach sechs Bandscheibenvorfällen ein, aufgrund derer er Gefühlsstörungen im beiden Beinen habe. Chronische Lendenwirbelsäulenbeschwerden oder Augenentzündungen seien vom Kläger verneint worden. In der Zusammenschau der Anamnese, Klinik und Labor würde kein eindeutiger Hinweis auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung vorliegen. Das erhöhte C-reaktive Protein (CRP) stehe höchstwahrscheinlich im Zusammenhang mit der erhöhten CK. Es gebe keinen weiteren Hinweis auf eine Myositis aus dem rheumatologischen Formenkreis. Daher werde keine Indikation für eine systemische immunsuppressive Therapie gesehen. Die Laborwerte, die von der Praxis bestimmt worden sind, finden sich auf Blatt 91-92 der Verwaltungsakte.

10

Auf Anfrage des Beklagten stellte das Landratsamt Pfaffenhofen am 26.10.2023 alle vorliegenden Befunde zur Verfügung. Hier findet sich ein Laborbericht der Laborgemeinschaft M-Stadt vom 29.08.2023 (Blatt 101 f. der Verwaltungsakte), der Operationsbericht bezüglich der Muskelbiopsie vom 21.12.2022 (Blatt 103 der Verwaltungsakte) und ein Laborbefundausdruck von S. vom 24.09.2021 (Bl. 110 der Verwaltungsakte) mit bereits erhöhten CK-Werten.

11

Der Beklagte holte sodann eine versorgungsärztliche Stellungnahme des Ärztlichen Dienstes vom 11.12.2023 durch T.(Fachärztin für Innere Medizin/Sozialmedizin) ein (Blatt 128-130 der Verwaltungsakte).

12

Diese führte aus, dass der Kläger gegenüber der LMU-Klinik am 11.08.2022 angegeben habe (vergleiche Arztbrief vom 29.08.2022, Blatt 14 der Verwaltungsakte), dass er bereits vor der akuten Episode des Jahres 2021 seit Jahren unter Muskelkrämpfen und verhärteter Muskulatur gelitten habe. Der Schwerpunkt der Muskelschmerzen betreffe die Oberschenkelmuskulatur beidseits. Die ärztlichen Kollegen würden erhöhte CK-Werte ca. 14 Tage nach der ersten angeschuldigten Impfung beschreiben, wobei Laborwerte nicht vorliegen würden, bei weiterer Verschlechterung nach jeweils der zweiten und dritten Impfung. Bei der Einschätzung, dass am ehesten eine nach der Impfung aufgetretene inflammatorische Reaktion vorliegen würde, würde auch noch in den Berichten im Mai und Juli 2023 verblieben. Eine Verschlechterung im Juli 2023 mit allgemeiner Schwäche sei auf die Cortison-Therapie zurückgeführt und nicht als Rezidiv gewertet worden. Entsprechend einem hausärztlichen Laborausdruck vom 28.09.2023 seien die CK-Werte im April und Mai 2023 nicht erhöht gewesen, im Juli 2023 wieder leicht ansteigend und erneut mit hoher Konzentration (716 U/l) im August 2023.

13

Nach Vorstellung im September 2023 würde die neurologische Klinik der LMU nunmehr davon ausgehen, dass nach dem Absetzen des Cortisons eine erneute Zunahme der Myositisassoziierten Symptome aufgetreten sei. Erneut sei eine niedrigdosierte Cortison-Therapie begonnen worden und perspektivisch eine Medikation mit Methotrexat diskutiert worden. Die Theorie einer inflammatorischen Reaktion nach Impfungen sei in diesem Bericht nicht mehr erwähnt worden.

14

Gemäß der Schwerbehindertenakte Bl. 132 (Arztbrief vom 28.08.2002) sei eine koronare 1-Gefäßerkrankung vorbekannt. Dem Kläger sei am 24.09.2002 ein GdB von 60 zuerkannt worden, wobei hier die „Funktionsbehinderung der Wirbelsäule, Wirbelsäulenverformung, Bandscheibenschäden, Funktionsbehinderung des oberen Sprunggelenksregion, Funktionsbehinderung des Hüftgelenks rechts“ einen Einzel-GdB von 30 ausgemacht habe. Am 14.03.2003 hätten neben lumbosakralen Rückenschmerzen auch Myalgien bei Muskelverkürzung der Hüfte und des rechten Oberschenkels

bestanden. In einem Bericht aus dem Jahr 2008 (Blatt 194 der Schwerbehindertenakte) sei aufgrund von Wirbelsäulenbeschwerden ein Schwächegefühl im Bereich der linken unteren Extremität mit Gangunsicherheit angegeben worden.

15

Es ließe sich insbesondere nach Durchsicht der Schwerbehindertenakte feststellen, dass die klinische Symptomatik, welche nach den ersten Impfungen zur ärztlichen Vorstellung geführt habe, im Wesentlichen seit vielen Jahren vorbekannt gewesen sei. Dies betreffe sowohl die thorakalen Schmerzen als auch Beschwerden allgemein an Armen und Beinen. Dem Kläger sei bereits im Jahre 2002 ein Gesamt-GdB von 60 zuerkannt worden. Diverse weitere Anträge auf Merkzeichen G, B, aG und auf Zuerkennung eines höheren GdB seien im Weiteren abgelehnt worden. Der Kläger habe zum Teil massive Beeinträchtigungen der Mobilität beklagt.

16

Die CK-Erhöhung sei unbestritten ab September 2021 dokumentiert. Die Diagnose aus der neurologischen Klinik der LMU M-Stadt im Sinne einer steroidresponsiven Myopathie sei nicht anzuzweifeln. Hierfür spreche, dass sich die CK-Werte nach Steroidtherapie normalisiert hätten und nach Absetzen der Cortison-Therapie es zu einem erneuten Anstieg gekommen sei.

17

Fraglich sei, ob die zunächst erhobene These, dass von einer inflammatorischen Reaktion auf die Impfungen auszugehen sei, stimmen würde. Nachdem im September 2023 von den Kollegen der LMU M-Stadt das Rezidiv festgestellt worden sei, sei dieser festgestellte Zusammenhang nicht mehr dokumentiert. Dies sei auch nachvollziehbar, da ein erneutes Rezidiv zwei Jahre nach der letzten angeschuldigten Impfung schwerlich noch als inflammatorische Reaktion gewertet werden könne. Betrachte man den gesamten Leidensverlauf des Klägers und die Tatsache, dass die klinische Beschwerdesymptomatik schon seit vielen Jahren bekannt sei, erscheine ein kausaler Zusammenhang zwischen der Myopathie und den Impfungen nicht gegeben. Selbst der zeitliche Zusammenhang sei schwer nachzuvollziehen, nachdem eine enge zeitliche Dokumentation über die ärztlichen Vorstellungen nach den Impfungen nicht vorliegen würde und die Symptomatik vorbekannt sei. Eine tatsächliche intensive Abklärung nach den Impfungen sei nach Aktenlage erst im Mai 2022 erfolgt. Bei der letztlich diagnostizierten Erkrankung würde es sich um einen chronisch schleichenden Verlauf handeln. Hätte die Symptomatik mit erhöhten CK-Werten tatsächlich fulminant 14 Tage nach der ersten Impfung eingesetzt, wäre eigentlich schon vor diesem Hintergrund der zeitliche Abstand so kurz gewesen, dass der Beginn des Krankheitsprozesses vor den Impfungen anzunehmen sei. Bezüglich des Aspektes einer kardialen Mitbeteiligung und einer Myokarditis (wofür es tatsächlich ein Risikosignal nach Impfungen mit RNA-Impfstoffen geben würde), sei darzulegen, dass in den zahlreich vorliegenden Laboruntersuchungen nur vereinzelt ein tatsächlich erhöhter CK-MB-Wert bei deutlich erhöhten allgemeinen CK-Werten gemessen worden sei. Eine kardiale Mitbeteiligung könne nicht völlig von der Hand gewiesen werden, aber nicht im Sinne einer klassischen Myokarditis.

18

Letztlich würde es sich bei der disseminierten Polymyositis oder EinschlusskörperchenMyositis um eine rheumatische bzw. Autoimmun-Erkrankung handeln, deren Ursache nicht völlig geklärt ist. Das Paul-Ehrlich-Institut habe kein Risikosignal für Autoimmunerkrankungen erhoben. Allgemein werde immer wieder das Auftreten von Autoimmunerkrankungen nach Impfungen diskutiert. Auch das Robert-Koch-Institut habe bislang keinen ursächlichen Zusammenhang zwischen einer Impfung und einer neu aufgetretenen Autoimmunerkrankung oder einem Schub einer bereits bestehenden Erkrankung belegen können. Es sei daher nach derzeitigem wissenschaftlichem Kenntnisstand nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Impfungen kausal für die geltend gemachten Gesundheitsstörungen waren.

19

Auf dieser Grundlage wurde der Antrag mit Bescheid vom 30.01.2024 abgelehnt.

20

Hiergegen richtet sich der Widerspruch vom 17.02.2024. Der Kläger fragte die Verwaltung, was eine Schmerzsymptomatik und ein Gesamt-GdB von 60 mit einer steroidresponsiven Myopathie mit Hyper-CKämie und Herzmuskelbeteiligung zu tun habe. Sowohl sein Schmerztherapeut und sein Kardiologe hätten gesagt, dass beides zusammen im Ansatz zu bringen, (nicht) von hohem medizinischem Kenntnisstand zeugen würde. Die Muskelbiopsie habe ein eindeutiges Ergebnis gebracht und es habe eine

zwölfwöchige ärztliche Bemühung gebraucht, das Blut nach der Biopsie aus dem linken Bein zu entfernen, da die Biopsie zu einer massiven Blutung geführt habe. Innerhalb von drei Jahren seien nur zweimal CK-Werte innerhalb der Grenzwerte gemessen worden. Und für dieses Ergebnis sei die Gabe von täglich 100 mg Cortison notwendig gewesen. Noch während der Reduktion der Cortison-Dosis seien die CK-Werte drastisch gestiegen. Es sei bemerkenswert, dass hochspezialisierte Mediziner des Klinikums der LMU nach detaillierten Spezialuntersuchungen und Ausschlussverfahren zu anderen Schlussfolgerungen gekommen seien als die Verwaltung nach dem Studium der Untersuchungsergebnisse. Auch dem Schreiben vom 22.05.2023 könne nicht entnommen werden, dass die klinische Beschwerdesymptomatik (hauptsächlich Wirbelsäulenerkrankung) ursächlich für die Myopathie sei. Insoweit werde auf das Schreiben der LMU vom 22.05.2023 und vom 09.01.2024 verwiesen, wonach klar zum Ausdruck komme, dass die Erkrankung des Klägers impfassoziert sei. Bezüglich der Behauptung, dass es sich um einen chronischen und schleichenden Verlauf handeln würde, werde auch auf das Schreiben vom 22.05.2023 der LMU verwiesen.

21

Aufgrund des Widerspruchs wurde beim behandelnden Allgemeinmediziner S. am 10.07.2024 um die Übermittlung der Laborwerte zeitlich datiert vor der ersten Impfung gegen das SARS-CoV-2-Virus am 22.06.2021 und unmittelbar nach der Impfung gebeten. Blutwerte vom 23.09.2021 würden bereits vorliegen. Auch werde um Mitteilung gebeten, wann sich der Kläger erstmalig bei S. wegen Muskelschmerzen und eingeschränkter Belastbarkeit in Behandlung befand sowie wann er nach den Impfungen wegen welcher Beschwerden vorstellig geworden ist.

22

S. beantwortete dieses Ansinnen am 10.07.2024 (Blatt 151 ff. der Verwaltungsakte). Der Kläger sei erstmals am 23.09.2021 wegen der Belastungsdyspnoe und Abgeschlagenheit untersucht und beraten worden. Vor der ersten Impfung sei zeitnah keine Bestimmung des CK-Wertes veranlasst worden. Der Kläger nehme auch bei einer Vorerkrankung mit koronarer Herzerkrankung regelmäßig Statine ein. Die Erhöhung der CK sei auch unter Pausen der Medikation nicht rückläufig gewesen.

23

Der Beklagte bat den Kläger am 10.07.2024 um die Vorlage weiterer Befundberichte.

24

Der Kläger schrieb dem Beklagten sodann am 04.08.2024 (Bl. 175 der Verwaltungsakte), dass seine langjährigen klinischen Beschwerden seit mindestens 25 Jahren bestehen würden, die zusätzlichen massiven gesundheitlichen Probleme aber erst 14 Tage nach der ersten Impfung gegen das SARS-CoV-2-Virus eingetreten seien. Für den Beklagten würde wohl naheliegen, dass dies Zufall sei, aber der Kläger sei gespannt auf die Begründung, weshalb die gesundheitlichen Probleme mit jeder der zwei nachfolgenden Impfungen gegen das SARS-CoV-2-Virus zugenommen hätten. Der Beklagte solle sich auch nicht auf die CK-Werte fixieren, sondern auf seine Herz-/Luft- und Muskelprobleme, verbunden mit dem Verlust seiner bisherigen Leistungsfähigkeit, und diese Beschwerden nicht großzügig überlesen. Sein Hausarzt habe zu ihm gesagt: „Die meisten meiner Kollegen, mich eingeschlossen, sind mit Ihrer Erkrankung noch niemals in Berührung gekommen und werden es auch nicht tun. Ich kann Ihnen aber versichern, ich werde meine Kollegen, Spezialisten ihres Faches, in G-Stadt aber so gut wie möglich unterstützen.“

25

Die Ärzte der LMU M-Stadt hätten dem Kläger gesagt, dass es einen erheblichen Unterschied zwischen einer Diagnose und einem Verdacht geben würde. Im Falle des Klägers würde es sich um eine gesicherte Diagnose handeln.

26

Der Kläger legte seinem Schreiben einen Arztbrief des Arztes für Innere Medizin B. vom 02.08.2022 vor. In der pneumologischen Diagnostik fand sich hierbei eine unauffällige bodyplethysmographische Lungenfunktion und CO-Diffusionsmessung.

27

Mit weiterer versorgungsärztlicher Stellungnahme vom 28.08.2024 führte der Arzt für Innere Medizin S1. aus, dass aus versorgungsärztlicher Sicht gegen eine impfbedingte inflammatorische Reaktion das Fehlen von Entzündungszeichen in den Laborwerten und die fehlende erhöhte Körpertemperatur sprechen würde. Auch das erneute Auftreten von Myalgien in deutlichem Abstand zur letzten Impfung nach Ausschleichen

des Cortisons und der histologische Befund der Muskelbiopsie würden es wahrscheinlich machen, dass die Muskelerkrankung keiner ausschließlichen Einschlusskörper-Myositis entsprechen würde, weshalb die untypischen Beschwerden für eine Einschlusskörper-Myositis nicht auf eine zusätzliche inflammatorische Impfreaktion zurückgeführt werden müssten. Auf dieser Grundlage wurde der Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 11.09.2024 zurückgewiesen.

28

Hiergegen richtet sich die Klage zum Sozialgericht München vom 14.10.2024. Bereits 14 Tage nach der ersten Impfung mit Comirnaty hätten die gesundheitlichen Probleme des Klägers begonnen. Seitdem leide er an muskulären Problemen sowie Herzrasen und Atemnot. Labormedizinisch hätten erhöhte CK-Werte festgestellt werden können. Nur mithilfe einer ständigen medikamentösen Behandlung könnten die Symptome abgeschwächt werden. Nach aufwendiger Diagnostik sei die steroidresponsive Myopathie mit Hyper-CKämie und Herzmuskelbeteiligung gesichert worden. Die Erkrankung sei nicht therapierbar, sodass der Kläger auf dauerhafte medikamentöse Behandlung angewiesen sei. Die Leistungsfähigkeit des Klägers habe merklich nachgelassen. Andere Ursachen als die Impfung würden nicht in Betracht kommen. Ein Zusammenhang mit früheren Erkrankungen habe nach Auftreten des Primärschadens in Form von auftretenden Schmerzen auf der linken Seite im Brustbereich und von Schmerzen im linken Unterschenkel von den behandelnden Ärzten nicht festgestellt werden können.

29

Am 10. Mai sei eine rheumatologische Untersuchung durch M. erfolgt. Diese sei zu dem Ergebnis gekommen, dass keine entzündliche rheumatische Erkrankung vorliegen würde und für die erhöhten CK-Werte keine Ursache festgestellt werden könne. Eine SLC01B1-Genmutation läge ebenfalls nicht vor. Die im August 2022 durchgeführten pneumologischen und kardiologischen Untersuchungen seien ebenfalls ohne Befund geblieben.

30

Die CK-Werte seien weiterhin erhöht. Die neurologische Klinik der LMU habe die Erkrankung als impfassoziiert bestätigt. Der enge zeitliche Zusammenhang mit den drei Impfterminen und das Fehlen der sonst üblichen Symptomentwicklung zeigten an, dass die gesundheitlichen Folgen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf die Impfung zurückzuführen seien. Sämtliche übrigen in Betracht kommenden Ursachen hätten ausgeschlossen werden können. Auch ein Zusammenhang mit Vorerkrankungen sei auszuschließen.

31

Der Kläger beantragt:

1. Der Bescheid vom 30.01.2024 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.09.2024 wird aufgehoben.
2. Der Beklagte wird verurteilt, die „inflammatorische Myositis“ als Folge einer Impfschädigung mit dem Impfstoff Comirnaty gegen das SARS-CoV-2-Virus, verabreicht jeweils am 22.06.2021, am 14.07.2021 und am 15.12.2021, anzuerkennen und dem Kläger ab Antragstellung (29.08.2023) Entschädigungsleistungen nach einem Grad der Schädigungsfolgen (GdS) von 80 zu gewähren.

32

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

33

Im Klageverfahren holte der Beklagte noch eine versorgungsärztliche Stellungnahme von dem Arzt für Innere Medizin B1. vom 25.02.2025 ein. Dieser führte aus, dass die Ursache für die Erkrankung des Klägers nicht bekannt sei. Männer über 50 Jahren seien dreimal häufiger als Frauen betroffen. Die steroidresponsive Myopathie mit Hyper-CKämie und Herzmuskelbeteiligung sei die häufigste entzündliche Myopathie in diesem Zeitabschnitt. Diskutiert würden [vermutlich als Auslöser, Anmerkung des Gerichts] Infektionen mit Viren, eine Autoimmunreaktion oder eine Muskelerkrankung mit Entzündungskomponente. Auch nach Durchsicht des aktuellen Sicherheitsberichts des PEI sei weiterhin von keinem erhöhten Signal für die geltend gemachten Gesundheitsstörungen auszugehen.

34

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung der Befundberichte der behandelnden Ärzte. S. legte dem Sozialgericht am 08.01.2025 einen Arztbrief der Neurologischen Klinik und Poliklinik der LMU vom 09.10.2024 vor, wonach als Diagnose eine „steroidresponsives myositisches Syndrom DD impfassoziert nach SARS-CoV-2-Impfung“ aufgenommen wurde. Die letzte Vorstellung sei April 2024 erfolgt, bei der bei einer erneuten Verschlechterung der Symptome (Kraftabnahme der Beine) und erneutem CK-Anstieg auf > 1000 U/l die erneute Erhöhung der Medikation mit Prednisolon auf 20 mg/d sowie eine Erhöhung von MTX auf 20 mg/d besprochen worden sei. Anamnestisch habe der Kläger nunmehr im Oktober 2024 berichtet, dass er weiterhin an linksseitigen, aus dem Gesäß ins linke Knie ausstrahlenden Schmerzen leiden würde, welche teilweise von lateralen Kribbelparästhesien am linken Oberschenkel begleitet würden. Weitere aktuelle Befundberichte der Poliklinik stammten vom 09.07.2024, vom 06.05.2024, vom 09.04.2024 vom 09.01.2024 (mit Labordiagnostik), vom 30.10.2023 und vom 05.09.2023 (mit Laborbefund). S. legte zudem einen Befundbericht des Arztes für Innere Medizin B. vom 04.12.2023, einen Antikörperbefund von K. vom Max vom Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie vom 08.09.2023, einen kardiologischen Bericht von S2 vom 28.09.2021 und das Laborblatt von S. selbst mit allen gemessenen Werten inklusive aktuellen Werten des Jahres 2024 vor.

35

Die erkennende Kammer hat den behandelnden Z. in der mündlichen Verhandlung als sachverständigen Zeugen vernommen. Insoweit wird auf die Sitzungsniederschrift vom 29.01.2026 verwiesen.

36

Wegen der weiteren Einzelheiten wird zur Ergänzung des Sachverhalts auf den Inhalt der Verwaltungsakte des Beklagten sowie der Gerichtsakte des hiesigen Verfahrens Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

37

Die Frage nach der Wahrscheinlichkeit der Verursachung des geltend gemachten Impfschadens (hier: die inflammatorische Myositis) durch die erfolgten Impfungen mit dem Impfstoff Comirnaty ist eine entscheidungserhebliche Sachfrage, die damit einem Zwischenurteil nach § 130 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zugänglich ist. Ein Zwischenurteil ist sachdienlich, da die Wahrscheinlichkeit der Kausalität aus dem Inbegriff der mündlichen Verhandlung aufgrund der Zeugeneinvernahme von Z. festgestellt wurde.

38

Ein Endurteil ist noch nicht möglich, da die Frage des Grads der Schädigungsfolge noch nicht geklärt ist und daher über den Leistungsantrag des Klägers noch nicht abschließend entschieden werden konnte.

39

Die Klage ist im hier zu entscheidenden Umfang zulässig und begründet.

40

1. Die angegriffenen Bescheide halten einer rechtlichen Überprüfung nicht stand und beschweren den Kläger im Sinne von § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die inflammatorische Myositis beruht mit Wahrscheinlichkeit auf den Impfungen mit Comirnaty vom 22.06.2021, 14.07.2021 und 15.12.2021. Diese führten auch zu einem Primär- und Sekundärschaden, wobei die Bestimmung des GdS noch weiterer Ermittlungen bedarf.

41

2. Nach § 60 Abs. 1 Satz 1 IfSG in der zum Zeitpunkt der Antragstellung vom 29.08.2023 geltenden Fassung erhält, wer durch eine Schutzimpfung oder durch eine andere Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die (1.) von einer zuständigen Landesbehörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurde, die (1a.) gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vorgenommen wurde oder, im Fall einer Schutzimpfung, gegenüber einer Person, die in der privaten Krankenversicherung versichert ist, in einem dem Anspruch nach einer Rechtsverordnung nach § 20i Absatz 3, des Fünften Buches Sozialgesetzbuch entsprechenden Umfang vorgenommen wurde, die (2.) auf Grund dieses Gesetzes angeordnet wurde, die (3.) gesetzlich vorgeschrieben war oder die (4.) auf Grund der Verordnungen zur Ausführung der

Internationalen Gesundheitsvorschriften durchgeführt worden ist, eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, nach der Schutzimpfung wegen des Impfschadens im Sinne des § 2 Nr. 11 IfSG oder in dessen entsprechender Anwendung bei einer anderen Maßnahme wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen der Schädigung auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BVG.

42

Gemäß § 141 Satz 1 SGB XIV, der eine Übergangsvorschrift zum Anwendungsbereich der alten Regelung des Impfschadensrechts in § 60 IfSG einerseits und der Neuregelung in § 24 SGB XIV andererseits darstellt, erhalten Personen, die wie der Kläger vor dem Inkrafttreten des SGB XIV am 01.01.2024 geschädigt worden sind, Leistungen nach dem SGB XIV, wenn die Voraussetzungen nach § 60 IfSG in der bis zum 31.12.2023 geltenden Fassung erfüllt waren.

43

Nach § 2 Nr. 11, 1. Halbsatz IfSG in der bis 31.12.2023 unverändert geltenden Fassung vom 20.07.2000 ist der Impfschaden definiert als die gesundheitliche und wirtschaftliche Folge einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung durch die Schutzimpfung.

44

a. Die Anerkennung als Impfschaden setzt eine dreigliedrige Kausalkette voraus (BSG, Urteil vom 25.03.2004 – B 9 VS 1/02 R; BSG, Urteil vom 16.12.2014 – B 9 V 3/13 R): Ein schädigender Vorgang in Form einer „Schutzimpfung oder einer anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe“, der die Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 Satz 1 IfSG erfüllt (1. Glied), muss zu einer „gesundheitlichen Schädigung“ (2. Glied), also einem Primärschaden in Form einer Impfkomplication geführt haben, die wiederum den „Impfschaden“, d.h. die dauerhafte gesundheitliche Schädigung, also den Folgeschaden (3. Glied) bedingt.

45

Diese drei Glieder der Kausalkette müssen – auch im Impfschadensrecht – im Vollbeweis, d.h. mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, nachgewiesen sein (ständige Rspr., vgl. BSG, Urteile vom 15.12.1999 – B 9 VS 2/98 R – und vom 07.04.2011 – B 9 VJ 1/10 R; BayLSG, Urteil vom 25.07.2017 – L 20 VJ 1/17; Hessisches LSG, Urteil vom 26.06.2014 – L 1 VE 12/09; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01.07.2016 – L 13 VJ 19/15). Für diesen Beweisgrad ist es zwar nicht notwendig, dass die erforderlichen Tatsachen mit absoluter Gewissheit feststehen. Ausreichend, aber auch erforderlich ist jedoch ein so hoher Grad der Wahrscheinlichkeit, dass bei Abwägung des Gesamtergebnisses des Verfahrens kein vernünftiger, den Sachverhalt überschauender Mensch am Vorliegen der Tatsachen zweifelt (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.2000 – B 9 VG 3/99 R) und somit eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit vorliegt (vgl. BSG, Urteil vom 05.05.1993 – 9/9a RV 1/92).

46

Ausgehend von diesen Grundsätzen sind die diese drei Glieder der Kausalkette gegeben. Der Kläger leidet seit der ersten Impfung mit Comirnaty, d.h. seit Mitte 2021 unter einer gesicherten inflammatorischen Myositis mit reduzierter Belastbarkeit mit Muskelkrämpfen, kardialer Beteiligung und laborchemisch erhöhten Muskelenzymen der Skelettmuskulatur und der Herzmuskulatur.

47

Dieser Primärschaden hat sich in einen chronischen Dauerzustand, der nur durch die ständige Gabe von Glukokortikoiden beruhigt werden kann, verstetigt (Sekundärschaden). Unerheblich ist es hierbei, ob Primär- und Dauerschaden ggf. medizinisch abgrenzbar sind, da auch ein sich verstetigender Primärschaden einen entschädigungspflichtigen Dauerschaden darstellt (ebenso SG M-Stadt, Urteil vom 21.05.2025, Az. S 48 VS 55/24, Rn. 22 f. juris).

48

b. Die Beurteilung des Ursachenzusammenhangs zwischen den drei Gliedern der Kausalitätskette folgt, wie ansonsten im Versorgungsrecht auch, der Theorie der wesentlichen Bedingung (ständige Rspr. des BSG, vgl. z.B. Urteile vom 23.11.1977 – 9 RV 12/77, vom 08.05.1981 – 9 RV 24/80, vom 20.07.2005 – B 9a V 1/05 R – und vom 18.05.2006 – B 9a V 6/05 R). Diese beruht auf der naturwissenschaftlichphilosophischen Bedingungstheorie: Danach ist jedes Ereignis Ursache eines Erfolges, das nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg entfielen (conditio sine qua non). Als rechtserheblich werden allerdings nur solche

Ursachen angesehen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben.

49

Für den ursächlichen Zusammenhang zwischen den drei Gliedern der Kausalitätskette reicht nach § 61 Satz 1 IfSG der Beweismaßstab der Wahrscheinlichkeit aus. Die Beweisforderung der Wahrscheinlichkeit gilt sowohl für den Bereich der haftungsbegründenden Kausalität zwischen dem ersten und dem zweiten Glied der Kausalitätskette als auch für den Bereich der haftungsausfüllenden Kausalität zwischen dem zweiten und dem dritten Glied (vgl. BSG, Urteil vom 15.12.1999 – B 9 VS 2/98 R).

50

Eine potentielle, versorgungsrechtlich geschützte Ursache begründet dann einen wahrscheinlichen Zusammenhang, wenn ihr nach sachgerechter Abwägung aller wesentlichen Umstände gegenüber jeder anderen Möglichkeit ein deutliches Übergewicht zukommt (vgl. BSG, Urteil vom 22.09.1977 – 10 RV 15/77), also mehr für als gegen einen Kausalzusammenhang spricht (vgl. BSG, Urteile vom 19.08.1981 – 9 RVi 5/80, vom 26.06.1985 – 9a RVi 3/83, vom 19.03.1986 – 9a RVi 2/84, vom 27.08.1998 – B 9 VJ 2/97 R – und vom 07.04.2011 – B 9 VJ 1/10 R). Nicht ausreichend ist dagegen eine bloße – abstrakte oder konkrete – Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs (vgl. BSG, Urteile vom 26.11.1968 – 9 RV 610/66, und vom 07.04.2011, a.a.O.).

51

Kann eine Aussage zu einem wahrscheinlichen Zusammenhang nur deshalb nicht getroffen werden, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht, kommt die sogenannte Kann-Versorgung gemäß § 60 Abs. 1 IfSG i.V.m. § 61 S. 2 IfSG in Betracht.

52

Lässt sich der Vollbeweis in Bezug auf die drei Glieder der Kausalitätskette nicht führen oder der Ursachenzusammenhang zwischen den drei Gliedern der Kausalitätskette nicht wahrscheinlich machen und auch über die Kann-Versorgung nicht herstellen, so geht die Nichterweislichkeit der Tatsache bzw. des Ursachenzusammenhangs nach den allgemeinen Regeln der Beweislast zu Lasten dessen, der sich zur Begründung seines Anspruchs hierauf stützen will.

53

Allein ein gewisser zeitlicher Zusammenhang ist für die Annahme einer Kausalität nicht ausreichend (vgl. Teil C Nr. 3c Versorgungsmedizinische Grundsätze – VG, Anlage zu § 2 Versorgungsmedizin-Verordnung). Jedoch kann eine zeitliche Nähe zwischen der Impfung und dem Auftreten von Gesundheitsstörungen einen potentiellen Hinweis auf einen möglichen ursächlichen Zusammenhang darstellen, ohne einen solchen generell zu belegen. Denn für die Annahme einer auf die Impfung zurückzuführenden Primärschädigung ist die Erfüllung mehrerer Kriterien im Rahmen einer detaillierten Prüfung erforderlich (vgl. für viele z.B. Karl: in Schmidt, SGB XIV, 1. Aufl. 2021, § 24, Rn. 70 ff.).

54

Schließlich ist eine Kann-Versorgung mit Zustimmung des zuständigen Ministeriums zu gewähren, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur deshalb nicht als wahrscheinlich angenommen werden kann, weil über die Ursache des festgestellten Leidens in der medizinischen Wissenschaft Ungewissheit besteht. Nach Teil C Nr. 4.2 VG ist eine Kann-Versorgung zu prüfen, wenn über die Ätiologie und Pathogenese des als Schädigungsfolge geltend gemachten Leidens keine durch Forschung und Erfahrung genügend gesicherte medizinischwissenschaftliche Auffassung herrscht und entsprechend die ursächliche Bedeutung von Schädigungstatbeständen für die Entstehung oder den Verlauf des Leidens nicht mit Wahrscheinlichkeit beurteilt werden kann. In diesen Fällen ist die Kann-Versorgung zu gewähren, wenn ein ursächlicher Einfluss des geltend gemachten schädigenden Tatbestandes in den wissenschaftlichen Arbeitshypothesen als theoretisch begründet in Erwägung gezogen wird.

55

Dabei reicht die allein theoretische Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs nicht aus. Denn die Verwaltung ist nicht ermächtigt, bei allen Krankheiten ungewisser Genese immer die Möglichkeit des Ursachenzusammenhangs – die so gut wie nie widerlegt werden kann – ausreichen zu lassen (vgl. BSG, SozR 3-3200 § 81 Nr. 9 m.w.N.). Es genügt nicht, wenn ein Arzt oder auch mehrere Ärzte einen Ursachenzusammenhang nur behaupten. Vielmehr ist es erforderlich, dass diese Behauptung

medizinischbiologisch nachvollziehbar begründet und durch wissenschaftliche Fakten untermauert ist. Die Fakten müssen – in Abgrenzung zu den Voraussetzungen der Pflichtversorgung – zwar (noch) nicht so beschaffen sein, dass sie bereits die überwiegende medizinische Fachwelt überzeugen. Die niedrigere Schwelle zur Kann-Versorgung ist daher bereits dann überschritten, wenn die vorgelegte Begründung einschließlich der diese belegenden Fakten mehr als die einfache Möglichkeit eines Ursachenzusammenhangs belegt (vgl. BSG, Urteile vom 12.12.1995 – 9 RV 17/94 – und vom 17.07.2008 – B 9/9a VS 5/06 R) und damit zumindest einen eingeschränkten Personenkreis der Fachmediziner überzeugt. Es darf also nicht nur eine theoretische Möglichkeit des Zusammenhangs bestehen. Es muss sich vielmehr um eine „gute Möglichkeit“ handeln, die sich in der wissenschaftlichen Medizin nur noch nicht so zur allgemeinen Lehrmeinung verdichtet hat, dass von gesicherten Erkenntnissen gesprochen werden kann (BSG, Urteil vom 12.12.1995 – 9 RV 17/94).

56

c. Nach diesen Grundsätzen ist vorliegend eine weit überwiegende Wahrscheinlichkeit für den kausalen Bezug zwischen den drei Impfungen mit Comirnaty und der Entwicklung der inflammatorischen Myositis gegeben, ohne dass auf die Grundsätze der Kann-Versorgung zurückgegriffen werden muss.

57

Die Kammer stützt sich hierbei auf die überzeugenden und schlüssigen Ausführungen des sachverständigen Zeugen Z., der einer von ganz wenigen Experten (er selbst nennt ca. 30 deutschlandweit) auf dem Gebiet der sehr seltenen inflammatorischen Myositis ist. Der Sachverständige führte aus, dass die inflammatorische Myositis nach dem Stand der Wissenschaft toxische Genese (d.h. nach Medikamenteneinnahme) haben und sich somit theoretisch auch nach Impfung aufgrund angestoßener autoimmunologischer Prozesse entwickeln kann. Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die angeschuldigten drei Impfungen den entscheidenden Triggerreiz für die Entwicklung dieser Erkrankung gesetzt haben und direkt in das Krankheitsgeschehen führten, zeigt sich nach den schlüssigen Ausführungen des sachverständigen Zeugen darin, dass die Erkrankung nach 14 Tagen nach der ersten Impfung bereits laborchemisch mit erhöhten CK-Werten nachweisbar war und dass dieses Zeitfenster exakt mit den publizierten Daten zur Latenz korreliert. Auch spricht das Rezidiv nach Ausschleichen des Kortisons für die Entstehung der Erkrankung aufgrund der Impfung, da genau dies zu erwarten war: Durch die Gabe von Glukokortikoiden kann diese chronische Erkrankung beruhigt, nicht aber geheilt werden. Sobald die Medikation verringert wird, wird das darunterliegende Grundleiden wieder aktiv.

58

Weiter spricht die Seltenheit der Erkrankung gegen eine rein zufällige Genese: Die Inzidenz (d.h. das statistisch jährlich zu erwartende Neuauftreten der Erkrankung) beträgt lediglich 1 pro 500.000 Einwohner, so dass der Sachverständige bei gesichert erhöhten CK-Werten bereits ca. 14 Tagen nach der ersten Impfung ein zufälliges Auftreten nahezu ausschließen konnte.

59

Schließlich ist der von Z. im Fall des Klägers bejahte sogenannte Rechallenge-Effekt, wonach sich eine Impfschadensfolge nach jeder einzelnen Impfung verstärkt, in Übereinstimmung mit dem Paul-Ehrlich-Institut, welches dem Rechallenge-Phänomen auch eine hohe Bedeutung in der Kausalitätsbetrachtung beimisst (vgl. hierzu z. B. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit April 2021, S. 39: „In Anbetracht der verfügbaren Daten zur toxischen epidermalen Nekrolyse aus Spontanberichten, die in einigen Fällen einen engen zeitlichen Zusammenhang, ein Abklingen der Symptome nach Absetzen der Therapie (positive Dechallenge) und/oder Wiederauftreten der Symptome nach Wiederaufnahme der Therapie (positive Rechallenge) beinhalten, ist der PRAC der Ansicht, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen Vancomycin und toxischer epidermaler Nekrolyse zumindest möglich ist.“ Vgl. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 03/2014, S. 4: „Eine Nebenwirkung wurde mit „sicher“ bewertet, wenn sie in einem plausiblen, zeitlichen Zusammenhang zur Gabe des Arzneimittels auftrat, durch andere Umstände, wie Begleiterkrankungen oder Komedikation nicht erklärt werden konnte, die Reaktion auf das Absetzen der Medikation plausibel war (positive Dechallenge) und AP nach Reexposition mit demselben Medikament erneut auftrat (positive Rechallenge).“), ein entscheidender faktischer Anhaltspunkt für die Bejahung der Kausalität.

60

Die Argumente, die vom Ärztlichen Dienst des Beklagten gegen die Kausalität angebracht worden sind, wurden vom sachverständigen Zeugen sämtlich verworfen. Z. führte überzeugend aus, dass es bei einer autoimmunen Genese der Erkrankung nicht notwendigerweise zu einer Erhöhung der Labor-Entzündungszeichen kommen muss. Auch Fieber sei kein obligates Symptom für die Entwicklung der Erkrankung. Das Rezidiv beim Kläger wird sogar als Argument pro Kausalität gewertet, da es sich genau in den Erwartungshorizont bzgl. der weiteren Krankheitsentwicklung, wenn diese sich einmal etabliert hat, einfügt.

61

Das fehlende Risikosignal kann gem. den schlüssigen Ausführungen des sachverständigen Zeugen Z. in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung dieser Kammer und der 48. Kammer des Sozialgerichts München (vgl. hierzu bereits SG M-Stadt, Urteil vom 30. Januar 2025 – S 15 VJ 24/24 –, Rn. 96 – 97, juris; ebenso SG M-Stadt, Urteil vom 29. Oktober 2025 – S 48 VJ 24/23 –, Rn. 22-24, juris) sowie in Übereinstimmung mit den Aussagen des Paul-Ehrlich-Instituts nicht als Argument gegen die Kausalität im Einzelfall herangezogen werden: Denn trotz eines fehlenden Risikosignals kann im Einzelfall eine Kausalverkettung vorliegen.

62

Im Fall des Klägers spricht für diese Verkettung zudem, dass bereits regional beschrieben worden ist, dass nach der Impfkampagne mehr Myositiden beobachtet worden sind. Zudem bestätigt Z., dass wegen der Seltenheit der inflammatorischen Myositis die statistische Teststärke/ Aussagekraft (im medizinischen Kontext und daher auch im Sprachgebrauch des Zeugen „statistische Power“ genannt) fehlt, um ein hartes (signifikantes) Signal zu generieren. Das Risikosignal soll nach den überzeugenden Ausführungen von Z. zudem nur eine gewisse Aufmerksamkeit bei den Medizinerinnen und Medizinem generieren, damit die geprüfte Symptomatik nicht übersehen wird.

63

Das Fehlen eines Risikosignals ist daher nach allem, auch in Einklang mit den eigenen Aussagen des Paul-Ehrlich-Instituts, aufgrund methodologischer Erwägungen nicht geeignet, die individuelle Kausalität zu widerlegen und in der individuellen Kausalitätsbetrachtung einen „Gegenbeweis“ zu führen.

64

Keine andere Betrachtung erlaubt die vom sachverständigen Zeugen bestätigte Tatsache, dass der Kläger einer Alters- und Geschlechtskohorte angehört, die statistisch häufiger von einer inflammatorischen Myositis betroffen ist. Denn auch in dieser Gruppe ist ein zufälliges Auftreten aufgrund der insgesamt großen Seltenheit der Erkrankung sehr unwahrscheinlich. Das SG M-Stadt hat im Übrigen bereits festgestellt, dass für den Fall, dass aus der Fehlsteuerung des Immunsystems ein dauerhafter Gesundheitsschaden entsteht, dieser auch dann eine Impfschadensfolge darstellen, wenn er sich nur auf dem Boden einer bestimmten genetischen Disposition entwickeln konnte, vorausgesetzt, der Dauerschaden wäre ohne die Impfschädigung wahrscheinlich nicht in gleicher Weise eingetreten (SG M-Stadt, Urteil vom 7. August 2024 – S 48 VJ 8/22 –, Rn. 23, juris). Die Tatsache, dass sich der Kläger in einer vulnerableren Geschlechts- und Alterskohorte befand und die Vulnerabilität ggf. auch genetische Gründe hatte (etwa, weil Frauen genetisch besser geschützt sind), ist somit für die Kausalitätsbetrachtung nicht relevant, solange die Impfung den entscheidenden auslösenden Reiz gesetzt hat, wie dies hier von Z. klar bestätigt wurde.

65

Schließlich liegt keine überzeugende Reserveursache vor, die für die Ausbildung der Schadensfolge gleichfalls so wahrscheinlich ist, dass sie den Wahrscheinlichkeitszusammenhang der Impfung mit dem Schaden in rechtlich entscheidender Weise abschwächt. Zum einen ist festzustellen, dass der Beklagte in der von der Kammer beobachteten Praxis an den Wahrscheinlichkeitszusammenhang einer Reserveursache weit weniger hohe Ansprüche stellt als bzgl. der Impfung selbst. Dies ist methodisch fehlerhaft und von der höchstrichterlichen Rechtsprechung sowie vom Gesetz (vgl. § 2 Abs. 2 Hs. 2 Sozialgesetzbuch Erstes Buch, § 20 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch) nicht gedeckt. Auch bzgl. der Reserveursache muss die Verwaltung entsprechend kritisch überprüfen, weshalb sich das gesetzte Risiko der Reserveursache gerade in dem Moment mit Wahrscheinlichkeit verwirklicht haben soll, in dem zugleich in zeitlicher Nähe die angeschuldigte Impfung erfolgte. Auch hier ist zu fordern, dass die Verwaltung darlegt, welche Pathophysiologien für die Ausbildung der Schadensfolgen aufgrund der Reserveursache streiten.

66

Zum anderen ist im konkreten Fall kein einheitliches klinisches Geschehen gegeben, wie dies der Beklagte, vor allem in der Stellungnahme von T., behauptet. Vielmehr hat der sachverständige Zeuge Z. überzeugend dargelegt, dass die Vorerkrankungen des Klägers und die neuartige inflammatorische Myositis zwar in Teilen überlappende Symptomatiken auslösen, gleichwohl die Myositis und die Vorerkrankungen (hier vor allem die degenerative Wirbelsäulenerkrankung und die kardiale Vorschädigung) in Ätiologie und Symptomatik klar unterschieden werden können.

67

Es bleibt der weiteren Beweiserhebung der Kammer vorbehalten zu ermitteln, welche Gesundheitsbeschwerden primär auf der neu entwickelten inflammatorischen Myositis beruhen und welchem GdS diese Beschwerden entsprechen.

68

Nach allem war der Klage im hier zu entscheidenden Umfang stattzugeben. Die Kostenentscheidung bleibt dem Endurteil vorbehalten.

69

Dieses Zwischenurteil ist nicht selbständig anfechtbar (vgl. Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer/ Schmidt, SGG, § 130 Rn. 11).