Verfassungsbeschwerde und Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

Liebe Leser,

wenn Sie mehr über uns und unsere "Truppe" wissen möchten, finden Sie uns auf Telegram unter https://t.me/Masernschutzgesetz und auf Facebook unter https://www.facebook.com/Verfassungsbeschwerde-110956561251626.

Wenn Sie uns und unsere Arbeit unterstützen möchten, freuen wir uns besonders auch über Ihre finanziellen "Zuschüsse":
IBAN: DE77 7906 9165 0006 0134 06 / BIC: GENODEF1MLV
bei der VR Bank Main-Rhön eG
Inhaber: AG MSG (... steht für Arbeitsgruppe Masernschutzgesetz)

Aktueller PayPal-Pool:
👉 https://www.paypal.com/pools/c/8JnuUmeDSM

Die Angabe eines Verwendungszwecks ist nicht notwendig, da es sich bei unseren Aktionen ja um eine Art "Rundumpaket" (Masernschutzgesetz, epidemische Lage nationaler Tragweite, Drittes Bevölkerungsschutzgesetz, Bundesnotbremse, Corona-Impfpflicht im Gesundheitswesen, Änderungen des IfSG vom 18.03.2022) handelt und alles mit allem zusammenhängt.

Leider können wir keine Spendenquittung für eure Unterstützung ausstellen, da wir zwar politisch, aber nicht im steuerrechtlichen Sinne gemeinnützig sind.

Vielen Dank!

13. Dezember 2021

In dem Verfassungsbeschwerdeverfahren und dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

[…]

legitimiere ich mich für die Beschwerdeführer und Antragsteller und stelle für diese im Hauptsacheverfahren **(A)** folgende

Anträge:

I. Art. 1 Nr. 4 und Nr. 9 a) aa) 7e) - 7h des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BGBl. 2021, 5161, 5164 – 5166) verletzt die Beschwerdeführer aus ihren Grundrechten aus

- Art. 1 I GG (Recht auf Menschenwürde)

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit),

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG (Recht auf allgemeines Persönlichkeitsrecht und auf informationelle Selbstbestimmung),

- Art. 3 I GG,

- Art. 4 I GG,

- Art. 6 II GG,

- Art. 10 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 11 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 12 I GG sowie in

- Art. 13 I, VII GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie

- Art. 33 II, V GG

und ist nichtig.

II. Die Bundesrepublik Deutschland hat den Beschwerdeführern ihre notwendigen Auslagen zu erstatten.

B) Im Eilverfahren wird beantragt:

I. Art. 1 Nr. 4 und Nr. 9 a) aa) 7e) - 7h des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BGBl. 2021, 5161, 5164 – 5166 und 5168) werden aufgrund offensichtlicher, hilfsweise aufgrund überwiegend wahrscheinlicher Verfassungsverstöße gegen die Grundrechten der Beschwerdeführer aus

- Art. 1 I GG (Recht auf Menschenwürde)

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit),

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG (Allgemeines Persönlichkeitsrecht und Recht auf informationelle Selbstbestimmung)

- Art. 3 I GG,

- Art. 4 I GG,

- Art. 6 II GG,

- Art. 10 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 11 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 13 I, VII GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie

- Art. 33 II, V GG
bis zur Entscheidung im Hauptsacheverfahren vorläufig außer Vollzug gesetzt.

II. Die Bundesrepublik Deutschland hat den Antragstellern ihre notwendigen Auslagen zu erstatten.

Die Vollmachten der Beschwerdeführer im Original werden in den nächsten Tagen als **Anlagenkonvolut B 1** nachgereicht werden. Eine ordnungsgemäße Bevollmächtigung wird anwaltlich versichert. Der Beschwerdegegenstand wird als **Anlage B 2** beigefügt.
Wir bitten höflich um zeitnahe Zuteilung eines BVR-Aktenzeichens.

Es werden sich noch weitere Beschwerdeführer und Antragsteller dem hiesigen Verfahren anschließen.

Bei den hiesigen Beschwerdeführern und Antragstellern handelt es sich teilweise um Ärzte, teilweise um Zahnärzte sowie teilweise um Reinigungskräfte, die von § 20a BIfSG n.F. persönlich und unmittelbar betroffen sind. Sie lehnen die sog. Impfungen ab. Die übrigen Beschwerdeführer und Bürger sind “nur” in ihrem Grundrecht auf freie Arztwahl tangiert, weil ihren ungeimpften Ärzten und Zahnärzten ab Mitte März 2022 durch das hier angefochtene neue Bundesgesetz ein konkretes und unmittelbar kraft Gesetzes angeordnetes Berufsverbot droht. Ein Teil der sich zeitnah den hiesigen Verfahren (Hauptsache- und Eilverfahren) anschließenden weiteren Beschwerdeführer ist bereits doppelt geimpft, verweigert sich aber der dritten, vierten, fünften etc. Impfung, die das neue Gesetz in § 20a IV BIfSG n.F. anordnet.

Die Begründung der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache und im Eilverfahren bleibt gesonderten Schriftsätzen vorbehalten.

Es wird vorab mitgeteilt, dass sich die hiesigen Beschwerdeführer und Antragsteller vor allem auf evidente wie schwerwiegende Formfehler sowie auf Gleichheitsverstöße berufen werden, ferner auf die Unverhältnismäßigkeit der Impfpflichten. Es werden u.a. eindeutige Verstöße gegen das Zitiergebot gerügt werden, ferner aber auch zahlreiche Verstöße gegen die Parlamentsvorbehaltslehre, weil der Gesetzgeber die entscheidende grundrechtsrelevante Frage gerade nicht selber getroffen hat, sondern diese über weite Strecken der Bundesregierung als Exekutive überlassen hat, dies sogar im Rahmen einer sog. dynamischen Verweisung.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 1 (Vollmachten im Original; werden zeitnah nachgereicht werden)

B 2 (Beschwerdegegenstand)

15. Dezember 2021

In Sachen
XXXXXX u.a. ./. BRD
Az. AR 9698/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

bitten wir wie in unserem Schriftsatz vom 13.12.2021 erbeten, bereits jetzt vorab um Zuteilung eines BVR-Aktenzeichens.

Es ist geplant, eine erste Begründung im Laufe der Woche beim Bundesverfassungsgericht einzureichen.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

17. Dezember 2021

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD
BvR-Az.: noch nicht bekannt
früheres Az. AR: 9698/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird zunächst höflich darum gebeten, das Rubrum wie folgt zu berichtigen und zu ergänzen:

1. -
[…]
29. -

Die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache wird wie folgt begründet:

A) Zulässigkeit der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache

1. Vorbemerkung: Zu den einzelnen Beschwerdeführern

Die Beschwerdeführer Nr. 4 und Nr. 5 üben als selbstständige Ärzte je in eigener Praxis den Arztberuf aus. Beide sind ungeimpft. Der Beschwerdeführer Nr. 4 lehnt die Impfung und auch das regelmäßige “Nachboostern” der Impfungen aus vor allem medizinischen Gründen ab. Der Beschwerdeführer Nr. 5 sieht die Impfung für jüngere und gesunde Menschen kritisch und setzt sich für eine individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung ein. Der Beschwerdeführer Nr. 5 impft derzeit nur noch die Generation Ü-70 mittels sog. “Booster-Impfungen”, weil er für diese Gruppe bislang den Nutzen eher als positiv eingestuft hat.

Der Beschwerdeführer Nr. 5 hat zunächst, der Mehrheit der Ärzte folgend, u.a. BioNTech-Dosen an seine Patienten verabreicht. Aufgrund sorgfältiger Beobachtungen und Rücksprache mit seinen geimpften Patienten war er im Sommer 2021 zu dem Ergebnis gekommen, dass die Fortführung der Impfungen medizinisch wie ethisch nicht mehr zu verantworten ist.

[…]

Der Beschwerdeführer Nr. 5 hat zudem mehrfach ernsthafte Beschwerden im direkten zeitlichen Zusammenhang der Impfung(en) an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) weitergeleitet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Anonymisierte Meldungen des Beschwerdeführers Nr. 5 an das PEI

- vom 31.03.2021 (betreffend einen 1987 geborenen Mann, der die erste BioNTech-Impfung erhalten hatte),

- vom 01.12.2021 (betreffend eine 1948 geborene Frau, die zwei BioNTech-Impfungen erhalten hatte),

- 29.07.2021 (betreffend eine 1958 geborene Frau, die eine BioNTech-Impfung erhalten hatte),

- 11.11.2021 (betreffend eine 1942 geborene Frau, die zwei Dosen des Moderna-Impfstoffs erhalten hatte),

- 19.07.2021 (betreffend eine 1941 geborene Frau, die eine Dosis von AstraZeneca und eine Dosis Moderna-Impfstoff erhalten hatte; das genaue Datum der Impfschadens-meldung wurde versehentlich nicht eingetragen),

- vom 14.12.2021 (betreffend einen 1939 geborenen Mann, der am 01.12.2021 seine Booster-Impfung, seine dritte BioNTech-Impfung erhalten hatte: Diagnose: Fulminantes Leberversagen mit Todesfolge)

- als Anlagenkonvolut B 4 -

Keine einzige dieser Meldungen ernsthafter Beschwerden hat das PEI auch nur zu einer Rückmeldung veranlasst. Die grundsätzlichen strukturellen Mängel beim System der Impfnebenwirkungen und Impfschädenmeldungen in Deutschland (keinerlei Rückmeldung des PEI, ob die Meldung überhaupt angekommen ist; keinerlei Rückfragen des PEI, so dass dieses keine etwaigen Unklarheiten ausräumen oder zusätzliche Informationen gewinnen könnte bzw. überhaupt wollte; keinerlei weitere Nachverfolgung der gemeldeten Fälle, so dass die Spätfolgen der gemeldeten Fälle, wenn solche auftreten, per se unbekannt bleiben und, für die Politik, zum Glück sich nicht statistisch nieder-schlagen u.v.a.m.) hat der Beschwerdeführer Nr. 5 als Praktiker insoweit im ganz besonderen Maße real mitbekommen.

Ferner wurde der Beschwerdeführer Nr. 5 im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit am 11.XX.2020 mittels PCR-Testverfahrens positiv getestet. Die Infektion hatte er im Folgemonat bereits überwunden. Er hat weiterhin völlig ausreichende Antikörper im Blut, was bereits mehrfach per Testung nachgewiesen worden ist. Er ist jetzt bereits über einen Zeitraum von rund einem Jahr (!) bestmöglich immun, während die derzeitige gesellschaftliche, wie politische und auch medizinische Diskussion sich um die Frage dreht, ob man nach der zweiten Impfung bereits nach 3 oder doch erst nach 6 Monaten “nachboostern” soll oder gar schon nach vier Wochen. Schlimmer noch: Selbst trotz hoher Antikörper-Titer und / oder eindeutig gegebener T-Zellenimmunität verordnet der Staat nach (derzeit) spätestens 6 Monaten auch für Genesene eine "Booster-"Impfung.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Quarantänebescheid des Gesundheitsamts Xxxxx vom 16.XX.2020 (Mitteilung über einen positiven PCR-Test) **- als Anlage B 5 -**

2. Antikörpertest-Ergebnis von Anfang Xxxxx 2021 **- als Anlage B 6 -**

4. Aktuelles Antikörpertest-Ergebnis vom XX.12.2021, nachdem mehr als 1X Monate seit der Infektion vergangen sind: “Die Spezifität des lgG-Testes liegt bei bei > 99%.“
- als Anlage B 7 -

5.
https://www.morgenpost.de/vermischtes/article234079223/corona-booster-biontech-omikron-3-dosen.html (Plädoyer für eine sog. “Booster-Impfung” bereits nach 3 Monaten nach der 2. Impfung) **- als Anlage B 8 -**

6.
https://web.de/magazine/news/coronavirus/corona-news-ticker-zahl-sterbefaelle-november-20-prozent-vorjahresschnitt-corona-alleiniger-grund-36341800:

“Immunologen gegen Boostern für alle schon nach vier Wochen

Eine Booster-Impfung schon nach vier Wochen macht aus Sicht von Immunologen wenig Sinn. In Nordrhein-Westfalen ist eine dritte Impfung gegen das Coronavirus nach einem Erlass der Landesregierung künftig wohl bereits nach einem Monat möglich. Manche Politiker fordern bereits, diesen Weg auszuweiten. Die Deutsche Gesellschaft für Immunologie sieht das kritisch: Vier Wochen nach der Zweitimpfung seien bestimmte immunologische Prozesse noch nicht abgeschlossen. Der Booster wirke dann viel schlechter.

“Bei allen anderen – und das ist die Mehrheit – möchte ich mit der dritten Impfung eine Verstärkung der Immunität erreichen”, sagte Watzl. “Dafür müssen bestimmte Prozesse erst abgeschlossen sein.2 Es müssten sich ausreichend antikörperproduzierende Plasmazellen und T-Zellen gebildet haben, manche müssten in Gedächtniszellen umgewandelt werden, andere ins Knochenmark wandern. “Das sind Prozesse, die nach vier Wochen noch nicht abgeschlossen sind.”

Aus immunologischer Sicht seien vier Monate das Minimum, sagte Watzl. “Wenn ich dann ein drittes Mal impfe, hat der Körper die Zellen, die am besten auf den Erreger zugeschnitten sind, bereits ausgebildet - und die möchte ich noch mal verstärken. Damit ist die Immunität viel besser als wenn ich nach vier Wochen erneut impfe.” Die Entscheidung sei vermutlich aus Angst vor Omikron gefallen, sagte Watzl, hält das aber “für nicht zielführend. Was zielführender wäre, wäre jetzt noch mal die Rate der Erst- und Zweitimpfungen zu steigern.”

Auch die Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Immunologie, Prof. Christine Falk (Hannover), hält eine Verkürzung für falsch. “Aus immunologischer Sicht sind vier Wochen Abstand zu der dritten Impfung zu früh”, sagte Falk der Deutschen Presse-Agentur. Das Immunsystem sei dann noch mit der “Reifung” zugange. “Dabei werden vor allem die Antikörper noch einmal verbessert - wie bei der Reifung eines guten Weines”.

“Wenn man diesen Vorgang zu früh durch eine dritte Impfung mit der Verabreichung des Antigens beschäftigt, stört das den Reifungsprozess eher, als dass es ihn unterstützt."

Außerdem seien die Antiköperspiegel nach vier Wochen auf dem höchsten Niveau - "daher bringt eine dritte Impfung zu diesem frühen Zeitpunkt noch nicht so viel", sagte Falk. Es sei besser, die Ressourcen dafür einzusetzen, um Menschen zu boostern, deren Zweitimpfung mehr als sechs Monate zurückliege oder für Risikogruppen.“ ***- als Anlage B 9 -***

7.
https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/coronavirus/Auffrischungsimpfung-gegen-Corona-in-Hamburg-Fuer-wen-und-wo,impfen726.html:

“*Die Ständige Impfkommission (Stiko) empfiehlt inzwischen grundsätzlich allen Menschen ab 18 Jahren eine Auffrischungsimpfung gegen das Coronavirus.*

Die sogenannte Booster-Impfung soll demnach mit einem mRNA-Impfstoff erfolgen, also den Vakzinen von Biontech oder Moderna. Die Auffrischung soll im Regelfall sechs Monate nach Abschluss der Grundimmunisierung durchgeführt werden. Über 60-jährige können sich aber auch schon nach fünf Monaten boostern lassen, bei den städtischen Impfstellen beispielsweise ist das nun möglich.

Und wer den Impfstoff von Johnson & Johnson erhalten hat, kann die Auffrischung auch schon deutlich früher erhalten - auch schon bereits nach vier Wochen. Ausnahmen oder Abweichungen sind laut Sozialbehörde im ärztlichen Ermessen möglich.” **- als Anlage B 10 -**

Für den Arzt und Beschwerdeführer Nr. 4 gilt insoweit Ähnliches. Er selber hat zwar bewusst von Anfang an keine Impfungen durchgeführt, aber er hat natürlich die zahlreichen Impfschäden und Nebenwirkungen – sowohl die offiziell gemeldeten als auch die aus diversen Gründen von den Ärzten gar nicht erst gemeldeten – aus seinem Umfeld mitbekommen. Die Erfahrungen seines Mitbeschwerdeführers Nr. 5 überraschen ihn nicht, ebenso, das gänzliche Ausbleiben irgendeiner Rückmeldung des PEI. Der Beschwerdeführer Nr. 4 ist zudem als Psychotherapeut in Teilzeit in einer Klinik tätig. Auch ihm droht durch das neue Gesetz ein Berufsverbot und der finanzielle Bankrott. Da er bereits 54 Jahre alt ist, ist es für ihn völlig unrealistisch, sich ein gänzlich anderes berufliches Standbein zu verschaffen.

Das Berufsverbot droht ihm ungeachtet der Tatsache, dass grundsätzlich in allen, jedenfalls aber in seiner psychosomatischen Klinik kein selektiertes "Risiko-Klientel" anzutreffen ist. Im Gegenteil, dort sind Patienten im Alter von über 70 Jahren eine Rarität und ausgeprägte körperliche Beschwerden mit schwerwiegendem medizinischem Hintergrund oft unterrepräsentiert. Zudem kann und wird die körperliche Nähe für die psychotherapeutischen Behandlungen auf einem hohen Abstand gehalten werden. Insbesondere aber ist zu beachten, dass sich **alle Patienten untereinander** regelmäßig und unkontrollierbar nahekommen, weshalb schon aus diesem Grund eine Impfpflicht **des (noch dazu gesamten) Krankenhauspersonals** das Risiko für jeden einzelnen Patienten, wenn überhaupt, nur minimalst vermindert. Der Beschwerdeführer Nr. 4 stellt daher zu Recht in Abrede, dass es sachlich gerechtfertigt sei, Psychotherapeuten in planbar körperlich distanziertem Setting gleichzusetzen mit Pflegekräften, die Körperpflege und Lagerungstätigkeiten (bei Risiko-Gruppen-Patienten) durchführen. Gleiches ist zu seiner ambulanten Tätigkeit zu betrachten: Im ambulanten psychotherapeutischen Setting ist

üblicherweise ein recht großer (2-3 m) Sitzabstand gewährleistet, der leicht durch Luftreiniger nochmals "erhöht" werden könnte. Darüber hinaus sind Bürger mit psychotherapeutischem Behandlungsbedarf gerade nicht eine spezielle Risikogruppe, die – im Hinblick auf Corona – besonders schutzbedürftig wäre und deren Grundrechte auf gesundheitliche Unversehrtheit per se deutlich höher zu setzen wären, als jene des Behandlers. Aber ausschließlich im Falle einer deutlich höheren Risiko"klasse" der behandelten Patienten dürfte die Abwägung geführt werden, ob die Behandler kollektiv und pauschal-einzelfallunabhängig einer Körperverletzung ausgesetzt werden dürfen, die erschreckend oft eben nicht nur in dem Nadelstich, sondern in teils lebenslangen Folgen besteht (dazu ausführlicher in späteren Schriftsätzen).

Die Beschwerdeführer Nr. 5 und Nr. 4 sehen unter medizinischen und ethischen Aspekten die Verpflichtung zum Dauer-Geimpft-Werden i. S. d. § 20a IV BIfSG n.F. aufgrund des Vorgenannten ganz besonders skeptisch. Dies gilt für jüngere Menschen ohne Vorerkrankungen und für Genesene. Der Beschwerdeführer Nr. 5 betreut pro Woche mehrere Corona-positiv-getestete Personen, und zwar sowohl geimpfte als auch ungeimpfte.

Der Beschwerdeführer Nr. 6 ist Leiter einer seit langem bestehenden Zahnarztpraxis. Er und alle seine Mitarbeiter sind ungeimpft und wollen dies ebenfalls aus medizinischen, beruflichen und auch wissenschaftlichen Gründen (u.a.: keine vollständige Abfrage von Nebenwirkungen in den sog. Notfallzulassungsstudien; viel zu kurzer Beobachtungsraum) bleiben.

Die Beschwerdeführerin Nr. 7 arbeitet als Reinigungskraft in einer Azrtpraxis. Sie hat keinerlei Kontakt zu Patienten, da sie zu Zeiten die Praxisräumlichkeiten reinigt, zu denen keine oder nur noch wenige Patienten anwesend sind. Sind noch wenige Patienten anwesend (meist befinden sich diese im Wartezimmer oder diese sind bei der Untersuchung beim Arzt), reinigt sie zunächst die Räume, in denen sich keine Menschen mehr aufhalten. Erst wenn alle Patienten die Praxis verlassen haben, reinigt sie die restlichen Räume.

Die Beschwerdeführerin Nr. 24 ist seit Mai 2000 als Küchenhilfe in einer Klinik tätig. Sie hat keinen Kontakt zu den sog. vulnerablen Personengruppen, also zu Personen, die laut Robert-Koch-Institut besonders durch eine potenzielle Corona-Infektion gefährdet wären. Sie arbeitet nur in der Küche, sieht die Patienten nicht.

Die Beschwerdeführerin Nr. 25 arbeitet als Medizinphysik-Expertin in einem Klinikum. Sie ist nach §14 StrlSchG u.a. für die Genehmigung einer Anlage zur Erzeugung ionisierender Strahlung zur Behandlung mit radioaktiven Stoffen oder ionisierender Strahlung zuständig. Sie arbeitet hauptsächlich computerbezogen, in Teilzeit zwei volle Tage pro Woche. Da sie vom Ärztlichen Dienst ein Attest hat, dass sie vom Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung befreit, arbeitet sie seit einigen Monaten im Home Office. Aktuell ist sie einen Tag in Xxxxxx, um eventuell nötige Messungen zu machen, und weiterhin einen Tag im Home Office tätig...

Der Beschwerdeführer Nr. 26 ist Feuerwehrbeamter auf Lebenszeit und absolviert einen Teil seiner Arbeitszeit als Oberbrandmeister und Rettungsassistent bei der Feuer- und Rettungswache Xxxxx, Zur Feuerwache X in Xxxxx. Sein Dienstherr ist mithin die Stadt Xxxxx. Er kann einen nicht unwesentlichen Teil seiner vorgeschriebenen Dienstzeit als kommunaler Beamter nicht mehr als Rettungssanitäter absolvieren, da ihm insoweit kraft Bundesgesetzes die Erfüllung eines wesentlichen Teils seiner Dienstpflicht unmöglich gemacht wird. Ihm drohen ab 15.03.2022 diverse beamtenrechtliche Maßnahmen wie z.B. die Einbeziehung eines Teils seines Gehalts, die Beendigung des Beamtenverhältnisses, die Versetzung o.Ä.. Der Beschwerdeführer Nr. 26 will jedoch ausdrücklich als Beamter seine Rettungsdiensttätigkeit ungeimpft fortführen.

Die Beschwerdeführer Nr. 27 und Nr. 28 wollen sich nach einem sehr tragischen und für beide sehr erschreckenden Ereignis im Bekanntenkreis ihrer Familie nicht (mehr) impfen lassen und sehen der Covid-Impfung seit längerer Zeit mit großer Angst entgegen. Hierzu ist Folgendes ausführen:

Ein Bekannter der Beschwerdeführer Nr. 27 und Nr. 28 wurde zwei Tage nach einer Covid-Erstimpfung in seinem Haus ohnmächtig und ganz blau angelaufen gefunden. Er kam ins Krankenhaus und es mussten ihm aufgrund massiver Durchblutungsstörungen beide Unterschenkel, die linke Hand und der rechte Daumen amputiert werden. Danach fing die Nase ebenfalls wegen dieser Durchblutungsstörungen an abzusterben. Er lag dann im Koma und starb einige Wochen später. Seitdem haben die Beschwerdeführer Nr. 27 und Nr. 28 eine panische Angst vor der Impfung. Aus diesen Gründen können und wollen sich beide auf keinen Fall gegen Covid impfen lassen. Auch wollen beide ihren Arbeitsplatz nicht verlieren.

Die Beschwerdeführerin Nr. 27 war in ihrem 1. Ausbildungsjahr bis Ende Oktober 2021 in einer anderen Hausarztpraxis tätig, nunmehr arbeitet sie in der Praxis des Beschwerdeführers Nr. 5. Aufgrund von Ausgrenzung und Mobbing, da sie nicht geimpft war und ist, war sie gezwungen, die Ausbildungspraxis zu wechseln. Die Beschwerdeführerin Nr. 28 arbeitet in einer Zahnarztpraxis und muss nun ebenfalls ab 15.03.2022 um ihre Arbeitsstelle bangen.

Der Beschwerdeführer Nr. 29 arbeitet als Heilerziehungspfleger und arbeitet derzeit als Pflegefachkraft bei einem Pflegedienst. Er arbeitet dort derzeit 26 h pro Woche. Sein Arbeitgeber ist eine gGmbH.

Darüber hinaus möchte auch er sich aus Glaubens- und Gewissensgründen nicht impfen lassen, weil auch die gängigen Corona-Impfstoffe auf den Zelllinien abgetriebener Föten beruhen.

Alle anderen Beschwerdeführer sind bei ungeimpften Ärzten, Zahnärzten und sonstigen medizinischen Dienstleistern in Behandlung. Letzteren drohen allesamt durch § 20a IV BIfSG n.F. Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote, sprich, Berufsverbote. Die

Beschwerdeführer werden hierdurch in ihrem Grundrecht auf freie Arztwahl beeinträchtigt. Ob man dieses aus Art. 2 I GG, aus Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG und / oder aus Art. 2 II 1 GG ableitet, muss an dieser Stelle noch nicht entschieden werden. Eine erhebliche Anzahl an Ärzten, Zahnärzten und sonstigen medizinischen Dienstleistern fällt ab dem 15.03.2021 unmittelbar aufgrund des neuen Gesetzes “weg“, und zwar ohne Übergangsfrist, ohne Rücksicht auf die konkreten Umstände des Einzelfalles (etwa: ob der jeweilige Arzt, Zahnarzt etc. bereits ausreichend hohe Antikörper und / oder T-Zellenimmunität nachweisen kann) und auch ohne jede Entschädigung für die betroffenen Personen selbst und deren Patienten. Dieser Eingriff in das Recht auf freie Arztwahl ist nicht verhältnismäßig.

2. Statthaftigkeit

Die Verfassungsbeschwerde ist nach Art. 93 I Nr. 4a GG i. V. m. den §§ 90 I, 13 Nr. 8a BVerfGG statthaft.

3. Beschwerdegegenstand

Die in den Anträgen genannten Normen des Bundesinfektionsschutzgesetzes stellen als vom Parlament verabschiedete, für jedermann verbindliche Rechtsnormen einen Akt öffentlicher Gewalt i. S. v. Art. 93 I Nr. 4a GG, § 13 Nr. 8a, 90ff BVerfGG dar und sind somit taugliche Beschwerdegegenstände eines Verfassungsbeschwerdeverfahrens.

4. Beschwerdebefugnis

Die Beschwerdeführer müssen geltend machen können, dass die besagten fachgerichtlichen Entscheidungen sie in ihren im Grundgesetz verbürgten Grundrechten verletzen. Anders als bei der Prüfung der Begründetheit genügt es im Rahmen der Zulässigkeitsprüfung, dass eine Grundrechtsverletzung nicht offensichtlich und eindeutig ausgeschlossen ist. Eine Grundrechtsverletzung muss lediglich möglich erscheinen.

Vgl. statt aller: BVerfGE 40, 141, 156; 79, 1, 13; BVerfG, Beschluss vom 30.10.2010, Az. 1 BvR 3196/09, Rn. 11 – juris u.a.; Sachs/Sturm/Detterbeck, Grundgesetz, Kommentar, 6. Auflage 2011, Art. 93 Rn. 89f.

Im vorliegenden Fall kommt eine Verletzung der Beschwerdeführer vor allem in deren Grundrechten aus

- Art. 1 I GG (Recht auf Menschenwürde)

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit),

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG (Allgemeines Persönlichkeitsrecht und Recht auf informationelle Selbstbestimmung)

- Art. 3 I GG,

- Art. 4 I GG,

- Art. 6 II GG,

- Art. 10 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 11 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 12 I GG,

- Art. 13 I, VII GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie

- Art. 33 II, V GG

in Betracht.

Im Einzelnen:

a) Art. 1 I 1 GG

Der neue § 20a BIfSG nötigt die in § 20a I Nr. 1 - 3 BIfSG n.F. aufgeführten Personenkreise gegen deren freie und wissenschaftlich gut begründete (dazu nachfolgende Darlegungen und die weiteren Schriftsätze) Entscheidung, sich nicht impfen zu lassen, zu einer Impfung. Doch nicht nur das, das neue Gesetz geht in seinem § 20a IV BIfSG auch davon aus, dass es eben nicht bei einer dritten oder vierten Pflicht, Substanzen in seinen Körper injizieren zu lassen, verbleibt. Das Gesetz erniedrigt den freien und selbstbestimmten, wie entscheidungsmündigen Menschen zu einem “Dauer-Impfpflicht-Abo” und dies bezeichnenderweise bereits jetzt zu einem Zeitpunkt als der Impfstoff gegen die neue Omikron-Variante noch nicht einmal beantragt, geschweige denn zugelassen ist, obwohl in der Politik und in der Wissenschaft Einigkeit darüber besteht, dass Anfang 2022 die Omikron-Variante die sog. Delta-Variante weitgehend ablösen wird. Und dies obwohl mittlerweile Einigkeit besteht, dass ohnehin nicht genügend Impfstoff vorhanden ist, weil zu wenig bestellt worden ist. Ferner ist der behauptete Schutz durch die derzeit vorhandenen Impfstoffe gegen die immer stärker sich ausbreitende Omikron-Variante ohnehin gering (bei Doppelt-Geimpften bei unter 35%).

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.businessinsider.de/bi/lauterbach-zu-wenig-impfstoff-fuer-die-boosterkampagne-vorhanden-vorgaenger-spahn-soll-zu-wenig-bestellt-haben/ **- als Anlage B 11 -**

2.
https://www.businessinsider.de/wissenschaft/gesundheit/omikron-schutz-vor-corona-infektion-bei-doppelt-geimpften-stark-reduziert/ **- als Anlage B 12 -**

Der Bürger wird diskriminiert und zum Objekt staatlichen Handelns, wenn er pauschal und losgelöst von den Umständen des Einzelfalls (z.B., ob er auch mehr als 6 Monate noch ausreichend Antikörper und / oder eine ausreichende T-Zellenimmunität besitzt) und gegen seinen freien, mündigen Willen zu einem "Dauerimpfplicht-Abo" verpflichtet wird – andernfalls ihm massive Berufs- und Tätigkeitsverbote auf Dauer drohen, vgl. § 20a III 4, 5, V 3 BIfSG n.F.. Dem Gesetz liegt letztlich eine Art kollektivistisches Freiheitsverständnis zu Grunde, wonach den Ungeimpften im zeitlich beliebigen Maße der Zugang zu den gewählten Berufen verwehrt werden dürfe und jeder sich auch unter Inkaufnahme erheblicher eigener gesundheitlicher Risiken (Stichwort: Dauer-Impfpflicht; vgl. § 20 IV BIfSG n.F.) auf Befehl der staatlichen Obrigkeit als "treuer Untertan" sich für die vermeintliche Allgemeinheit opfern müsse – und dies natürlich uneingeschränkt, jederzeit, mehrfach und ohne nennenswerte Entschädigung, wenn ein erheblicher Gesundheitsschaden oder gar der Tod eintritt. Die freie Willensentscheidung zählt nicht mehr, allein die als Dogma verkündete Sichtweise der parlamentarischen Mehrheit, die alleinige Wissenschaftlichkeit für sich in Anspruch nimmt, zählt.

Die Ratio des Gesetzes lautet: Ungeimpfte sollen als Sündenböcke für eine völlig verfehlte Sparpolitik in den Krankenhäusern (Abbau von Intensivbetten; schlechte betriebliche Mitbestimmung; schlechte Bezahlung, die Ärzte und Pfleger ins Ausland treibt oder zur Reduzierung ihrer Arbeitsstunden veranlasst). Der Ratio des Gesetzes liegt eine tiefe Verachtung und Verächtlichmachung derjenigen zu Grunde, die aus triftigen Gründen die Impfungen keineswegs für pauschal sinnvoll und / oder für pauschal äußerst nebenwirkungsarm halten (sog. "Impfgegner"; die treffendere Bezeichnung dürfte "Impfrealisten" oder "Impfrealismus" lauten, wonach die Impfung allenfalls einen äußerst geringen positiven gesundheitlichen Effekt hat, den die deutlichste Mehrheit der Bürger ohnehin nicht benötigt) und die auch kritische Fragen stellen; so z.B. ob die mehrfache Impfung von Millionen und Abermillionen Einwohnern pro Jahr denn nicht ebenfalls eine gigantische finanzielle wie organisatorische Belastung des Gesundheitssystems darstellt (zahlreiche Impfzentren; zigtausende Ärzte verbringen den Großteil ihrer Arbeitszeit mit dem Impfen; eine gigantisch teuer Impfkampagne; direkte und indirekte staatliche Steuergelder für die Herstellung der sog. Impfstoffe) und ob man diese Kosten nicht sinnvoller in die Erforschung effektiver Medikamente, in die Erhöhung der Gehälter für Ärzte und Pfleger, ggf. in die beschleunigte Zulassung auch klassischer Impfstoffe u.v.a.m. investieren sollte oder gar müsste.

Besonders stark wird die Herabwürdigung des mündigen Bürgers zum bloßen Objekt staatlichen Handelns durch § 20a IV BIfSG n.F. forciert. Dies liegt zum einen an der dortigen kurzen einmonatigen Frist, aber auch daran, dass der Bürger noch nicht einmal erkennen kann, welche staatliche Bundes- oder Landesbehörde und unter welchen tatbestandlichen Voraussetzungen ihm seine bislang zumindest teilweise "zurück-geimpften" Freiheiten wieder nehmen kann.

Namhafte und ranghöchste Politiker und sog. "Experten" haben im direkten Vorfeld des neuen Gesetzes offen Hass und Hetze gegenüber Ungeimpften betrieben, aus offensichtlich

machtpolitischen Gründen, vor allem, um von den eigentlichen Problemen (vor allem: jahrzehntelange “Flucht“ von in Deutschland ausgebildeten Ärzten, auch Intensivärzten, Pflegern, Krankenschwestern ins besser bezahlte Ausland, vor allem in die Schweiz; schlechte Bezahlung etc.) abzulenken.

Nachfolgend einige Beispiele:

a) Bundeskanzler Scholz hat ernsthaft verkündet:

“Es darf keine roten Linien geben, das hat uns diese Pandemie nun wirklich gezeigt. Wir müssen immer bereit sein umzudenken, wenn die Umstände es erfordern“.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/129964/Scholz-gegen-rote-Linien-bei-Bekaempfung-von-Corona **- als Anlage B 13 -**

Bislang war eigentlich politischer wie verfassungsrechtlicher Konsens, dass die Grundrechte sehr wohl solche “roten Linien“ sind und dass die Grundrechte als wohl größte Errungenschaft des Grundgesetzes auch vor einer Mehrheitsentscheidung der Abgeordneten schützen. Die Äußerung des Kanzlers ist beängstigend und leider nicht Ausdruck einer sprachlich missglückten Formulierung.

b) Der Vorstandsvorsitzende des Weltärztebundes Frank Ulrich Montgomery verstieg sich Anfang November 2021 sogar zu der gänzlich unhaltbaren Aussage, dass es in Deutschland eine “Tyrannei der Ungeimpften“ geben würde. Der bayerische Ministerpräsident Söder leistete Montgomery Schützenhilfe mit der unhaltbaren wie widerlichen Aussage:

“Wir haben zwei Viren im Land: Corona und dieses Gift, was durch ‚Querdenker‘ und Parteien wie die AfD massiv verbreitet wird.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rnd.de/politik/anne-will-montgomery-warnt-vor-tyrannei-der-ungeimpften-VGPHBWXAMBEW5B7QQDSB76GLKM.html **- als Anlage B 14 -**

Damit keine Missverständnisse entstehen: Die hiesigen Beschwerdeführer sind weder Mitglied bei der AfD noch bei den Querdenkern, halten solche Aussagen aber gleichwohl für Hetze.

Dass die Grundlagen für eine solche Aussagen noch nicht einmal ansatzweise gegeben sind (u.a. deshalb, weil ganz überwiegend nur Ungeimpfte die Notwendigkeit haben, sich testen zu lassen, Geimpfte hingegen nur sehr eingeschränkt), liegt auf der Hand. Ungeimpfte müssen sich nunmehr tagtäglich am Arbeitsplatz testen lassen, Geimpfte hingegen derzeit nur 2 Mal die Woche, vgl. § 28b II 5 BIfSG n.F. und dies auch ohne Kontrolle durch eine dritte Person, vgl. § 28b II 4 BIfSG n.F.. Ungeimpfte müssen sich anders als Geimpfte tagtäglich testen lassen, wenn sie zu den Millionen Menschen gehören, die tagtäglich mit dem ÖPNV zur Arbeit fahren müssen, sei es, weil sie kein eigenes Auto haben und / oder

sich keines leisten können, sei es, weil die Fahrt mit dem ÖPNV günstiger und schneller ist oder aus welchen Gründen auch immer. Letzteres folgt aus § 28b V BIfSG n.F.. Obwohl diese Zusammenhänge evident sind, haben es die “Experten“ in Politik und Wissenschaft es bis heute nicht vermocht, anzugeben, wie viel Prozent der Schnelltest- und PCR-getesteten Personen denn ungeimpft oder geimpft/ genesen sind. Stattdessen wird immer auf eine angeblich sehr viel höhere Inzidenz von Geimpften und Ungeimpften verwiesen, ohne Quellenangabe und mit viel statistischer Kreativität. So kam es beispielsweise unlängst heraus, dass in Bayern jeder Positivgetestete, dessen Immunstatus nicht bekannt ist, pauschal den Ungeimpften zugerechnet worden ist.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. “Der bayerische Ministerpräsident Markus Söder (CSU) hatte gesagt, die Inzidenz bei Ungeimpften sei zehnmal höher als die bei Geimpften.“

https://www.br.de/nachrichten/bayern/corona-inzidenz-bei-ungeimpften-lgl-verteidigt-berechnungsmethode,SqjS0QW **- als Anlage B 15 -**

2. *“**Wirbel um Inzidenz bei Ungeimpften: Was Sie wissen müssen***

Die Corona-Inzidenz bei Ungeimpften ist in Bayern höher als bei Geimpften - aber der Wert ist nicht ganz so eindeutig wie etwa von Ministerpräsident Söder erklärt. Die FDP sieht einen Skandal, die Staatsregierung wiegelt ab. Alles Wichtige dazu hier.

Die Aufregung in Teilen der Opposition und sozialen Netzwerken ist seit dem Wochenende groß: Die Corona-Inzidenz der Ungeimpften ist in Bayern möglicherweise nicht so hoch wie angenommen - und umgekehrt die Inzidenz bei den Geimpften wohl höher als bisher angegeben. Dass eine Impfung vor schweren Verläufen schützt, bleibt davon zwar unbenommen, genau wie die gesamte bayernweite Inzidenz. Trotzdem fordert die Landtags-FDP nun ein Aussetzen der ab Mittwoch geplanten 2G-Regel in Teilen des Handels, eine sofortige Regierungserklärung sowie personelle Konsequenzen.

BR24 beantwortet die wichtigsten Fragen zu den bayerischen Inzidenzwerten bei Ungeimpften und Geimpften: Was bedeutet der aktuelle Wirbel für die Corona-Politik der Staatsregierung, den individuellen Schutz und die Aussagekraft der Inzidenz nach Impfstatus?

Was ist passiert, warum jetzt die Aufregung?

Seit einigen Tagen sorgt ein Bericht der "Welt" für Diskussionen. Darin steht, was eigentlich seit Monaten bekannt ist: Das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) in Bayern zählt positive Corona-Fälle mit unbekanntem Impfstatus zur Gruppe der Ungeimpften. Allerdings ist der Anteil dieser Fälle zuletzt deutlich gestiegen: Laut dem Bericht war etwa bei der Berechnung für den 24. November von gut 72.000 Personen, die als ungeimpft behandelt wurden, bei mehr als 57.000 der Impfstatus zunächst unbekannt.

Seit wann sind diese Fakten bekannt?

Tatsächlich wird diese Berechnung seit langem öffentlich kommuniziert, auch auf der Webseite des LGL. BR24 berichtete bereits im September und Oktober über die Schwachstellen der entsprechenden Daten. Wörtlich heißt es im damaligen Artikel: "Infizierte, für die keine Informationen zum Impfstatus vorliegen, werden bei der Berechnung des LGL als 'ungeimpft' gezählt."

Zur "Ehrenrettung" des LGL weist auch Statistik-Professor Helmut Küchenhoff von der LMU München darauf hin: Die Behörde habe transparent gemacht, dass sie die Zahlen in dieser Form auswertet.

Wie berechnet das LGL die Inzidenzen der Geimpften und Ungeimpften?
Das LGL stellt die Fallzahlen der vergangenen sieben Tage nach Impfstatus mit den Bevölkerungszahlen aus dem Digitalen Impfquotenmonitoring (DIM) gegenüber. Als Geimpfte zählen nur Personen, bei denen seit dem Abschluss ihrer Impfserie (zwei Impfdosen Biontech, Moderna oder Astrazeneca oder eine Impfdosis Johnson) mindestens 14 Tage vergangen sind.

Infizierte, für die keine Informationen zum Impfstatus vorliegen, werden bei der Berechnung des LGL als ungeimpft gezählt. Fälle, bei denen die Impfung noch unvollständig ist, werden nicht gezählt - sie sind aus der Berechnung herausgenommen. Informationen zum Impfstatus werden bei einem bestätigten positiven Covid-19-Fall vom zuständigen Gesundheitsamt ermittelt.

Zu hören ist aber aus mehreren Ämtern, dass diese Detailnachfrage derzeit nachrangig behandelt wird - weil die Mitarbeiter eine Flut an Fällen zu bearbeiten haben und der Impfstatus der Infizierten für die Kontaktpersonennachverfolgung nachrangig ist.

Was sind die Schwachstellen der Berechnung?

Statistik-Experte Küchenhoff hält die Inzidenzwerte nach Impfstatus, wie das LGL sie veröffentlicht, für problematisch. Vor allem, weil es aktuell eben eine hohe Anzahl von Fällen gibt, die keine Angaben zum Impfstatus haben. Dass diese vom LGL als Ungeimpfte gezählt werden, könnte laut Küchenhoff durchaus zu einer deutlichen Verzerrung der Werte führen.

Darüber hinaus hat die Inzidenz nach Impfstatus laut ihm noch weitere Schwächen. So könnte die Dunkelziffer der positiven Corona-Fälle - also die Infektionen, die gar nicht erfasst werden - bei den Geimpften höher sein als bei den Ungeimpften, da die Geimpften sich eventuell weniger testen lassen müssen.

Wie ist in Bayern die genaue Inzidenz bei Ungeimpften/ Geimpften?

Das ist offen, auch weil die Daten vom LGL weder öffentlich noch für Statistik-Experten wie Küchenhoff zur Verfügung gestellt werden. Klar ist also nur: Die zuletzt vom LGL veröffentlichten Zahlen sind zu einem gewissen Grad verzerrt, weil nicht 100 Prozent der Fälle mit unbekanntem Impfstatus tatsächlich ungeimpft sein dürften. Ob der tatsächliche Faktor zwei, drei, fünf, zehn oder eine andere Zahl ist? Ebenfalls Stand jetzt unklar.

Das Robert Koch-Institut (RKI) wertet die Inzidenzen deutschlandweit und wie von Küchenhoff vorgeschlagen nach Altersgruppen getrennt einmal wöchentlich nach Geimpften und Ungeimpften aus. Hier heißt es zur Methodik aber: "Fälle, für die Angaben zum Impfstatus unvollständig waren bzw. für die eine unvollständige Impfung angegeben wurde, wurden ausgeschlossen." Laut LGL-Präsident Walter Jonas hätte ein solches bloßes Weglassen der fehlenden Werte in Bayern aber zu völlig falschen Inzidenzverhältnissen geführt.

Am 2. Dezember teilte das Landesamt mit, die Inzidenz der Ungeimpften liege im Freistaat bei 1.616, die Inzidenz der Geimpften bei 103. Tatsächlich könnte die Inzidenz der Geimpften in Bayern also deutlich höher sein. FDP-Fraktionschef Martin Hagen sieht durch die vom LGL kommunizierten Zahlen auch die geimpften Bürger getäuscht: Sie hätten sich womöglich in falscher Sicherheit gewähnt, kritisiert er.

Welche Rolle spielt die aufgeschlüsselte Inzidenz bei Maßnahmen?

Bund und Länder haben sich zuletzt darauf verständigt, vor allem den sogenannten Hospitalisierungsindex für die Bewertung der Corona-Lage heranzuziehen. Er soll angeben, wie viele Covid-Patienten pro 100.000 Einwohner innerhalb von 7 Tagen in die Krankenhäuser eines Bundeslandes eingeliefert wurden.

Bayerns Gesundheitsministerium hat in der Vergangenheit mehrfach darauf hingewiesen, verschiedene Parameter einzubeziehen. Konkret tauchen die Inzidenzwerte bei Geimpften oder Ungeimpften in der bayerischen Corona-Verordnung nicht auf. Es sind also nicht unmittelbar bestimmte Einschränkungen an diese Werte gekoppelt. Im Fokus steht stattdessen derzeit die angespannte, teils dramatische Lage auf den Intensivstationen - die auch die Landtags-FDP nicht bestreitet.

Politisch wird die hohe Corona-Inzidenz bei Ungeimpften aber durchaus als Argument bemüht, um schärfere Maßnahmen besonders für Ungeimpfte zu begründen. Erst am Freitag erklärte Ministerpräsident Markus Söder (CSU) nach einer Kabinettsitzung: "Die Inzidenz bei Ungeimpften liegt in Bayern bei 1.600, bei Geimpften knapp über 100."

Welche Aussagekraft hat die Inzidenz nach Impfstatus?

Berechnung wird sich weder an der Tatsache etwas ändern, dass die Inzidenz bei den Ungeimpften um ein Vielfaches höher ist als bei den Geimpften. Noch wird sich an der Tatsache, dass Ungeimpfte einem deutlich höheren Risiko ausgesetzt sind, schwer an COVID-19 zu erkranken, irgendetwas ändern."

Laut Statistik-Professor Küchenhoff gibt es viele Studien und andere Zahlen, etwa die Hospitalisierungsinzidenz, die den Effekt der Impfung zuverlässiger zeigen, als die Inzidenz nach Impfstatus. "Wir sind natürlich auch bereit, gemeinsam mit dem LGL weitere Berechnungen durchzuführen, um zu valideren Werten zu kommen", sagt er. "Ich würde aber trotzdem dazu raten, diese Inzidenzen getrennt nach Impfstatus, wie sie jetzt ausgewiesen werden, eher nicht zu verwenden."

Küchenhoff verweist auch auf den zuletzt gestiegenen Anteil der Fälle mit unbekanntem Impfstatus: "Deswegen sollte man das jetzt anders beurteilen als noch vor vier bis fünf Wochen." Aber auch hier bräuchte es detaillierte Analysen der Daten, um herauszufinden, wie der Anteil an Fällen mit unbekanntem Impfstatus sich zur Höhe der Fallzahlen verhalte.

https://www.br.de/nachrichten/bayern/wirbel-um-inzidenz-bei-ungeimpften-was-sie-wissen-muessen,Sqob2QX **- als Anlage B 16 -**

Der zuletzt zitierte Artikel legt die statistische Unvertretbarkeit, einfach alle positivgetesteten Personen, deren Immunstatus unbekannt ist, pauschal dem Lager der Ungeimpften zuzurechnen, korrekt dar. Er verkennt jedoch, dass es auch auf den Intensivstationen ein ähnliches, vermutlich viel größeres statistisches Problem gibt (Stichwort: "Fake-Covid-Intensivpatienten"; dazu wird noch vorgetragen werden) und dass Ungeimpfte das Gesundheitssystem enorm entlasten, indem sie milliardenschwere Impfkampagnen, Impfherstellungskosten, Impfzentren, die einen erheblichen Teil der Ärzte binden u.v.a.m. nicht benötigen. – Gelder, mit denen man ein Vielfaches des bisherigen Intensivpersonals finanzieren könnte.

c) Der JU-Vorsitzende Tilman Kuban wird in der Welt wie folgt zitiert:

"(…) Die Ungeimpften brächten Deutschland gerade "an den Rand der Verzweiflung". Es könne nicht sein, dass die gesamte Bevölkerung jeden Winter weggesperrt werde.

13 Millionen erwachsene Menschen bringen eine Industrienation wie Deutschland an den Rand der Verzweiflung. Denn sie wollen sich nicht impfen lassen und sorgen im 20. Monat der Pandemie dafür, dass unser Gesundheitssystem, trotz Tag für Tag hart und häufig am Limit arbeitender Ärzte und Pflegekräfte, nahezu kollabiert."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/politik/deutschland/plus235193232/Junge-Union-Leben-nicht-von-13-Millionen-Ungeimpften-diktieren-lassen.html **- als Anlage B 17 -**

Auf die Frage, ob die in der Tat hart arbeitenden Ärzte und Pflegekräfte vielleicht nur und ausschließlich deshalb "häufig am Limit" arbeiten, weil in den letzten Jahrzehnten zigtausende ihrer Kollegen gekündigt haben, z.B., um im Ausland mehr zu verdienen, oder weil ihre ehemaligen Kollegen, die in den Ruhestand gingen, seit Jahren nicht mehr ausreichend ersetzt werden, auf diese Frage kommt auch ein "Schwergewicht" wie Tilman Kuban nicht. Und ob das Wegsperren der Bevölkerung in jedem Winter nicht durch ganz andere Maßnahmen relativ leicht verhindert werden könnte (statistische Bereinigung der PCR-Testungen mit einem CT-Wert von 30 oder mehr; deutliche Gehaltserhöhungen für die Ärzte und Pfleger; gut bezahlte Rückkehrprämien für Ärzte und Pfleger, die in den Vorruhestand gegangen sind oder die, obwohl sie in den regulären Ruhestand gegangen sind, gegen eine deutlich verbesserte Bezahlung nicht zumindest vorübergehend und auf Teilzeitbasis zurückkehren könnten u.v.a.m.), stellt sich auch Herr Kuban nicht. Denn es ist leichter, gegen Ungeimpfte zu hetzen, anstatt sich mit den wahren Ursachen der Probleme zu befassen.

Die Beispiele ließen sich beliebig fortsetzen.

Zwar ist zuzugeben, dass die neue Ampel-Koalition in der Gesetzesbegründung (vgl. BT-Drs. 20/188, abrufbar unter https://dserver.bundestag.de/btd/20/001/2000188.pdf **- als Anlage B 17.1 -**), welche von der stärksten Oppositionskraft im Bundestag im Bundesrat unterstützt wurde, natürlich nicht derart offene Hetze gegen Ungeimpfte getrieben hat wie die oben lediglich beispielhaft zitierten Politiker dies in der Öffentlichkeit getan haben. Dennoch wäre es geradezu naiv zu glauben, dass das hiesige neue Gesetz nicht von genau dem gleichen "Ungeist" getrieben wäre wie die obigen Äußerungen. Auch die Gesetzesbegründung räumt die offensichtlich statistischen strukturellen Mängel nicht ansatzweise aus, thematisiert diese noch nicht einmal und verweist pauschal auf die angebliche Belastung des Gesundheitswesens durch die Ungeimpften, ohne die massiven (Dauer-)Kosten und den organisatorischen (Dauer-)Aufwand für die millionenfachen (Dauer-)Impfungen auch nur zu erwähnen. Die gesamte Gesetzesbegründung und die dazugehörigen Debatten im Bundestag und Bundesrat sind daher völlig einseitige, auf Verächtlichmachung und Brandmarkung eines großen Bevölkerungsanteils gerichtete Thesen und Pauschalisierungen.

Eine Verletzung von Art. 1 I GG erscheint aufgrund des Vorgenannten zumindest möglich und nicht per se als ausgeschlossen. Die Beschwerdebefugnis kann daher auf Art. 1 I GG gestützt werden.

b) Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG

Es gehört zu den strukturellen Errungenschaften der Grundrechte, dass sowohl aus Art. 1 I 1 GG als auch aus Art. 2 II 1 GG nicht nur ein Grundrecht auf Leben folgt, sondern **dass Leben gegen Leben nicht verrechnet u**nd aufgerechnet werden darf. Ferner, dass eine wie auch immer zu verstehende Aufopferungspflicht aus zwangsrechtlicher Solidarität allenfalls für bagatellhafte bzw. ersetzbare Güter in Betracht kommt.

Hofmann in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, GG, Kommentar, 14. Auflage 2020, Art. 1 Rn. 19 mit zutreffendem Hinweis auf BVerfGE 115, 118, Leitsatz 3 - juris

Unstreitig hat es durch die bisherigen Impfungen Todesfälle gegeben, die offiziell anerkannt worden sind – dies trotz der schon bei bisherigen, seit Jahrzehnten verwendeten Impfstoffen bestehenden strukturellen Mängel im Bereich der Impfschadensmeldungen. Das Risiko, an den Impfungen zu versterben ist keineswegs mit "Null" anzusetzen. Dies gilt umso mehr als das niemand Geringeres als das Paul-Ehrlich-Institut bereits vor einigen Jahren eingeräumt hat, dass niemand genau die Zahl der Impfnebenwirkungen und Impfschäden beziffern könne, weil diese Zahl insbesondere vom Meldeverhalten abhängt. Immerhin bislang mindestens 73 Todesfälle sind auf die Impfungen zurückzuführen, was das PEI offiziell einräumt, auch wenn man, vermutlich aufgrund politischer "Rücksichtnahmen", dies nicht immer im offiziellen Sicherheitsbericht einräumt. Die Anfrage eines FDP-Bundestagsabgeordneten aus dem Jahre 2017 ergab bereits, dass die Regierung und das Parlament selbst keinen Überblick über die Sicherheit der verwendeten Impfstoffe haben. Denn der Regierung seien weder die Anzahl der Impfschäden bekannt noch die Schwere der Impfschäden, sondern sie verweist auf das PEI, das wiederum selbst zugibt, dass ihm nur ein Bruchteil der Impfschäden gemeldet werden.

Anders als die nachfolgend vorgelegte italienische Studie gibt es auch durch das Paul-Ehrlich-Institut in Deutschland **keinerlei aktive Nachverfolgung von Impfschäden** und entsprechenden Verdachtsfällen. Das Paul-Ehrlich-Institut gibt zu (siehe **Anlage B 17**), dass es auf Meldungen aus der Ärzteschaft angewiesen ist. Nun dürfte es aber unstreitig sein, dass nur ein verschwindend geringer Anteil der Ärzte überhaupt auf die Thematik eines Impfschadens spezialisiert ist und dass es keine gesetzliche Verpflichtung, ja noch nicht einmal eine (bundesweit einheitliche) ständige Übung oder auch nur behördeninterne Anweisung gibt, dass bei Krankheiten, die laut Schulmedizin grundsätzlich einen Impfschaden darstellen können, Hausärzte und Krankenhausärzte verpflichtend die Frage an den Patienten bzw., falls dieser minderjährig ist, an dessen Eltern stellen müssen:

“Sind Sie/Ist Ihr Kind vor kurzem eigentlich geimpft worden? Wenn ja, wann genau, mit welchem Kombinationsimpfstoff, bei welchem Arzt etc.?“

M.a.W., der deutsche Gesetzgeber vertraut **quasi “blind“** darauf, dass alle (Haus- und Klinik-)Ärzte in dieser Republik **quasi von Amts** wegen diese Fragen stellen, wenn eine Krankheit auftaucht, die laut Schulmedizin grundsätzlich auf einem Impfschaden zumindest beruhen kann. – Es dürfte wenig noch unrealistischere Annahmen geben als diese … .

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/003/1900320.pdf (Seite 6; Antwort der Bundesregierung) **- als Anlage B 18 -**

2. Dazugehörige Anfrage https://www.fdpbt.de/sites/default/files/2018-11/1900179.pdf (BT-Drs. vom 05.12.2017, Anfrage des Abgeordneten Schinnenburg und der FDP-Fraktion) **- als Anlage B 19 -**

3. https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/paul-ehrlich-institut-73-todesfaelle-wahrscheinlich-durch-corona-impfung-li.194847?pid=true **- als Anlage B 20 -**

Und es dürfte vermutlich keine Übertreibung darstellen, wenn man den am 14.12.2021 vom Beschwerdeführer Nr. 5 gemeldeten Fall als weiteren Todesfall hinzurechnet. Dass jemand ohne Leberprobleme wenige Tage nach der dritten Impfung just an Leberproblemen verstirbt, kann schwerlich als “Zufall“ o.Ä. abgetan werden, wobei natürlich die Obduktionsergebnisse abzuwarten sind.

Schon bei den bisherigen anerkannten Impfstoffen gibt es in der Praxis der Impfschadensmeldungen erhebliche, bis heute nicht ansatzweise gelöste Probleme, und dies auch bei der Erstellung von Studien (Stichwort: Keine aktive Nachverfolgung von Impfschäden). Um diese **grundsätzlichen strukturellen Probleme** in Deutschland zu belegen, verweisen wir zunächst als **Anlage B 21** ergänzend auf eine Studie, betreffend die Mumps-Komponente im MMR-Impfstoff ProQuad und M-M-RVaxPro. Hieraus folgt, dass diese tendenziell eine Mumpserkrankung ins frühe Erwachsenenalter verlagert, mit der Folge, dass dann das Risiko für Jungen besteht, nach einer Hodenentzündung zeugungsunfähig zu werden.

Außerdem belegt eine Untersuchung (**Anlage B 22**) über zwei Chargen Priorix Tetra, dass in einer gar keine Röteln-Komponente enthalten war, sehr wohl jedoch Nematoden und andere Viren, womit Grenzwerte der EMA überschritten worden sind, so dass der Impfstoff eigentlich längst vom Markt hätte genommen werden müssen, was jedoch bis heute nicht geschehen ist.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://drive.google.com/file/d/1isH0XIWLCF0zEaossjrvmltEdNpXoBN-/view
- als Anlage B 21 -

2. Vgl. auch die folgende Fallstudie über Männer mit Hodenentzündungen aus Spanien: https://www.academia.edu/31662291/Mumps_Orchitis_in_the_Post_Vaccine_Era_1967_2009 (beigefügt als PDF-Ausdruck) **- als Anlage B 22 -**

3. https://childrenshealthdefense.org/news/vaccines/mmr-vaccines-poison-pill-mumps-after-puberty-reduced-testosterone-and-sperm-counts/ **- als Anlage B 23 -**

Übersetzung aus o.g. Artikel (**Anlage B 23**) von CHD:

“Um das lukrative MMR-Monopol zu erreichen, musste Merck die FDA davon überzeugen, dass alle drei Komponenten des Kombinationsimpfstoffs eine Wirksamkeit von 95% erreichen konnten, aber der Mumps-Anteil war problematisch. Wie in einer Klage von zwei hochrangigen Merck-Wissenschaftlern aus dem Jahr 2010 nach dem False Claims Act behauptet, weiß das Unternehmen seit Ende der neunziger Jahre, dass die Mumps-Komponente des MMR “weit weniger“ als 95% wirksam ist.“

4. http://probeinternational.org/library/wp-content/uploads/2014/09/chatom-v-merck.pdf
- als Anlage B 24 -

5. In einer in "Vaccine" veröffentlichten Studie aus dem Jahr 2005 wurde die Wirksamkeit der Mumpsimpfung auf 69% geschätzt. Die Autoren bestätigten damit, dass ihre Ergebnisse mit anderen Studien übereinstimmten.

https://www.academia.edu/14303355/The_effectiveness_of_the_mumps_component_of_the_MMR_vaccine_a_case_control_study **- als Anlage B 25 -**

In Ergänzung zur Anlage B 25 ist darauf hinzuweisen, dass gemäß der **Anlage B 26** bereits die Staatsanwaltschaft in Rom eine Untersuchung der Qualitätskontrollen angeordnet hat. Beweis und Glaubhaftmachung:

https://childrenshealthdefense.eu/kindergesundheit/staatsanwaltschaft-ordnet-untersuchung-der-qualitaetskontrolle-von-impfstoffen-an-und-sagt-dass-wissenschaftliche-antworten-erforderlich-sind-corvelva-italien/?lang=de **- Anlage B 26 -**

Das Vorgenannte belegt einmal mehr, dass die erheblichen medizinischen Risiken groß sein. Gleichwohl schreitet keine deutsche Behörde ein oder wird die breite Öffentlichkeit über all diese Dinge, betreffend die bereits seit vielen Jahren zugelassenen Impfstoffe, nicht informiert.

Es ist daher **alles andere als eine fernliegende Annahme**, dass bei den neuen, lediglich notfallzugelassenen mRNA-Impfstoffen diese strukturellen Probleme eher noch größer sind. Daher dürfte die o.g. Zahl von lediglich etwas mehr als 70 Todesfällen infolge der Impfungen nur einen Bruchteil der tatsächlichen Impftodesfälle darstellen.

Die Politik ist sich des Umstandes, dass Menschen durch die neuen Impfstoffe sterben, dabei durchaus bewusst. Niemand Geringeres als Karl Lauterbach, der neue SPD-Gesundheitsminister, hat die Impftoten banalisiert und deren Todesfälle als angeblich bzw. aus seiner Sicht um des höheren Zieles wegen als gerechtfertigt eingestuft.

Vgl. *"(…) Karl Lauterbach verdeutlicht, dass das Land ein paar wenige Menschen, welche durch Impfungen sterben könnten, hinnehmen müsse. (…)"*

https://www.merkur.de/welt/astrazeneca-impfung-todesfall-lauterbach-corona-impfstoff-deutschland-frau-tod-mutter-90316232.html **- als Anlage B 27 -**

Dass dies nicht nur menschenverachtend ist, sondern das exakte Gegenteil des verfassungsrechtlichen Gebotes, dass Leben gegen Leben nicht abwägbar ist, liegt auf der Hand. Durch die millionenfachen neuen Impfpflichten, zunächst begrenzt auf einige Berufsgruppen mit medizinischem Hintergrund, wird es weitere Impftodesfälle geben.

Des Weiteren verstößt der § 20a BIfSG n.F. auch klar und eindeutig gegen das Zitiergebot. Denn in § 20a VII BIfSG n.F. wird ausdrücklich nur das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit zitiert, nicht aber das Grundrecht auf Leben. Auf diese Weise wird objektiv verschleiert, dass durch die Impfpflichten eben auch das Leben der Grundrechtsträger vernichtet werden kann – und nicht nur, wie der Wortlaut des Absatzes 7 verdeutlicht die körperliche Unversehrtheit eingeschränkt wird. Auch wenn beide Grundrechte – Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und Grundrecht auf Leben – in der gleichen Verfassungsnorm geregelt werden, kann nicht ernsthaft streitig sein, dass es sich um zwei verschiedene Grundrechte mit unterschiedlichen Schutzbereichen und auch unterschiedlichen Eingriffsvoraussetzungen handelt. Es käme im Strafrecht auch niemand auf die Idee, Körperverletzung und Totschlag als identische Tatbestände zu bezeichnen. Die Zitierung nur des Grundrechts auf körperliche Unversehrtheit durch den Gesetzgeber umfasst daher keineswegs auch inzident die Zitierung der Einschränkung des Grundrechts auf Leben. Der Sinn und Zweck des Zitiergebots besteht gerade darin, dass Grundrechtseingriffe nicht verdeckt werden, sondern klar und eindeutig benannt werden. Es ist auch nicht zu viel verlangt, wenn der Gesetzgeber bei Eingriffen in das Grundrecht auf Leben – wollte man wider Erwarten das Verfassungsgebot, wonach Leben gegen Leben nicht abwägungsfähig ist, in Frage stellen – sich ausdrücklich dazu bekennt, dass zwangsweise verabreichte Impfstoffe sehr wohl auch töten können und dass er dies mindestens billigend in Kauf nimmt. Daher hätte auch insoweit eine ausdrückliche Zitierung auch des Grundrechts auf Leben erfolgen müssen. Das ist erkennbar nicht geschehen.

Eine Verletzung von Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG, erscheint aufgrund des Vorgenannten nicht nur möglich, sondern drängt sich gerade zu auf. Die Beschwerdebefugnis kann somit problemlos auf Art. 2 II 1 GG (Grundrecht auf Leben) gestützt werden.

c) Art. 2 II 1 GG (Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit)

Die in § 20a I, II – VII BIfSG n.F. enthaltene Impfpflicht greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, das durch Art. 2 II 1 GG garantiert wird:

Dass der biologisch-physische Bereich von Art. 2 II 1 GG geschützt wird, ist wohl unstreitig, ebenso, dass es insoweit nicht auf eine Schädigungsabsicht ankommt.

Vgl. statt aller: Lang in: Epping/Hillgruber, Kommentar, 3. Auflage 2020, Art. 2 Rn. 62; BVerfGE 56, 54, 73 = Rn. 53 – juris; Antoni in: Hömig/Wolff, GG, Kommentar, 12. Auflage 2018, Art. 2 Rn. 12 mit zutreffendem Verweis auf BVerfGE 128, 300 (Rn. 40 – juris)

Dass Art. 2 II 1 GG nicht nur die körperliche Integrität an sich, sondern auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht schützt, entspricht ebenfalls der ständigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts.

BVerfG, Beschluss vom 19.07.2020, Az. 2 BvR 2003/14, Rn. 26 – juris (m. v. w. Hinweisen); Lang in: Epping/ Hillgruber, Grundgesetz, Kommentar, 3. Auflage, Art. 2 Rn. 63 (a. E.)

Ebenso dürfte geklärt sein, dass eine enge Auslegung des Art. 2 II 1 GG verfassungsrechtlich nicht überzeugend ist. Hierfür spricht nicht auch zuletzt der allgemeine Verfassungsgrundsatz, wonach der Schutzbereich von Freiheitsnormen weit auszulegen ist, damit das Grundrecht seine Wirkkraft optimal entfalten kann, ferner auch, dass namentlich das Grundrecht des Art. 2 II 1 GG – Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit – einen ganz besonders hohen Rang innerhalb der Grundrechte des Grundgesetzes einnimmt.

Vgl. BVerfGE 56, 54, 73 = Rn. 55 – juris; BVerfGE 6, 55, 72; 43, 154, 167
Demzufolge gibt es auch, ohne dass dies vermutlich vorliegend relevant sein dürfte, namhafte Rechtsprechung und Literaturstimmen, die (zu Recht) der Auffassung sind, dass sogar die Freiheit vor Angst und / oder Beeinträchtigungen des geistigen Wohlbefindens durch den Schutzbereich des Art. 2 II 1 GG geschützt sind.
Vgl. z.B. OVG Koblenz, NJW 1998, 1422, 1423, zitiert nach Lang, a.a.O., Art. 2 Rn. 62a

Ohne dass es hierauf vermutlich ankommen dürfte, fühlen sich die hiesigen der (Dauer-)Coronaimpfpflicht unterliegenden Beschwerdeführer durch diese massiv verängstigt und auch extrem psychisch beeinträchtigt. Aus gutem Grund fürchten sie sich vor erheblichen körperlichen Nebenwirkungen.

Impfstoffe werden durch die §§ 2 I Nr. 1, 4 AMG definiert als "*(…) im (…) menschlichen Körper (…) eingeführte Arzneimittel, "(…) die Antigene oder rekombinante Nukleinsäuren enthalten und die dazu bestimmt sind, bei Mensch oder Tier zur Erzeugung von spezifischen Abwehr- und Schutzstoffen angewendet zu werden und, soweit sie rekombinante*

Nukleinsäuren enthalten, ausschließlich zur Vorbeugung oder Behandlung von Infektionskrankheiten bestimmt sind.“

Sowohl die bisherigen vier in der EU zugelassenen Impfstoffe, als auch die für die Boosterung “übriggebliebenen“ Impfstoffe von BioNTech und Moderna bewirken im Körper eine spezifischen Abwehrreaktion – so jedenfalls im Idealfall, ausgenommen die sog. Impfdurchbrüche. Der Eintritt erheblicher Nebenwirkungen und ggf. sogar dauerhafter Schäden kann nicht mehr rückgängig gemacht werden. Vorliegend wird durch die Impfpflicht nicht nur irreparabel in den körperlichen Bereich eingegriffen, sondern es wird auch die freie Selbstbestimmung beseitigt und unter Bußgeldandrohung und unter Androhung von Berufs- und Tätigkeitsverboten aufgehoben. Ein Eingriff liegt daher klar und eindeutig vor, was nicht zuletzt auch durch § 20a VII BIfSG n.F. indiziert wird.

Dieser Eingriff ist von einer enormen, historisch seit der Staatsgründung (negativ)einmaligen Intensität. Dies vor allem aus zwei Gründen: Es werden die körperliche Unversehrtheit und zugleich die freie Willensentscheidung aufgehoben und dies nach § 20a IV BIfSG n.F. auch im Grundsatz jeden Monat erneut, ohne dass eine eindeutige Begrenzung dieses Eingriffs juristisch oder politisch auch nur ansatzweise erkennbar wäre. Nach hiesiger Auffassung spielt die Androhung, Bußgelder (ggf. beliebig oft) zu verhängen sowie die Androhung der wirtschaftlichen Zerstörung durch Berufsverbote und Betretungsverbote auch im Rahmen des Art. 2 II 1 GG eine zentrale Rolle – und nicht nur im Rahmen der Prüfung eines Eingriffs in die Berufsfreiheit.

Dieser historisch einmalige, extreme Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit begegnet massiven verfassungsrechtlichen Bedenken. Selbst dann, wenn man all die offiziellen Angaben zur Pandemie quasi “blind“ übernehmen würde, gäbe es mildere, im wesentlichen aber gleich effektive Maßnahmen. So ist z.B. kein Grund ersichtlich, warum man den hiesigen Ärzten, Zahnärzten, Zahnarzthelfern etc. – wollte man in diesen und allen anderen ungeimpften Berufsträgern bundesweit eine konkrete (Dauer-)Gefahr sehen – nicht wenigstens eine weitere Tätigkeit unter Auferlegung einer PCR-Testpflicht auferlegt. Der PCR-Test gilt als der sog. “Goldstandard“. Wer sich zwei oder drei Mal pro Woche einem PCR-Test unterzieht und damit nachgewiesen hat, dass in seinem Körper noch nicht einmal nicht vermehrungsfähige Virustrümmerreste enthalten sind, der kann auch mit noch so viel Phantasie nicht als größere Gefahr für die Allgemeinheit eingestuft werden als die Geimpften und Genesenen, die sich kein einziges Mal pro Woche testen lassen müssen. Zwar sind PCR-Testungen mit Kosten verbunden. Wenn diese aber von den Betroffenen selber bezahlt werden, kann dies das Gesundheitssystem nicht nennenswert belasten. Dass die PCR-Testungen Zeit und Geld in Anspruch nehmen, wäre kein Problem der Allgemeinheit, sondern wenn, dann ein Problem der betroffenen Gruppen, die § 20a I BIfSG n.F. aufführt.

Der Eingriff dürfte ferner auch deshalb unverhältnismäßig sein, weil es schon jetzt im höchsten Maße eindeutig ist, dass es bis zum 15.03.2021 gar nicht genügend sog. “Booster-Impfstoff“ gibt, um all diejenigen, die geimpft werden müssen oder die dies wollen, damit zu versorgen. Insbesondere BioNTech-Impfstoff ist schon jetzt sehr knapp. Es gilt jetzt als sicher, dass bereits in den ersten Wochen 2022 auch in Deutschland die sog. Omikron-Variante die bestimmende und deutlich dominierende Variante sein wird. Zwei herkömmliche Impfungen oder eine herkömmliche Impfung mit dem Impfstoff von Johnson &

Johnson helfen gegen die Omikron-Variante jedoch nur noch sehr eingeschränkt. Dann aber ist es erst recht unverhältnismäßig, die bislang noch nicht Geimpften Personenkreise des § 20a I BIfSG n.F. zu zwei herkömmlichen Impfungen oder eine herkömmliche Impfung mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson zu verpflichten, wenn der entscheidende Boosterimpfstoff dann gar nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung steht.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://web.de/magazine/news/coronavirus/lauterbach-erklaert-deutschland-impfstoff-fehlt-36439384 **- als Anlage B 28 -**

§ 20a III 6 BIfSG n.F. ändert am Vorgenannten nichts. Denn diese Vorschrift gilt nach dem klaren Wortlaut und nach dem klaren Sinnzusammenhang nur für Personen, die in den in § 20a I BIfSG n.F. aufgeführten Unternehmen und Einrichtungen ab dem 16.03.2021 tätig sind. Für alle “Bestandsärzte, -zahnärzte, -reinigungsfachkräfte“ etc. gilt diese Ausnahme nicht. Daher: Selbst wenn die hiesigen Beschwerdeführer sich impfen lassen wollten, wäre der Nutzen wegen des unstreitigen massiven Fortschritts der Omikron-Variante selbst nach offiziellen Stellungnahmen und Studien nicht nur sehr gering. Es wäre unklar, welche personenbezogenen Daten i. S. d. §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F. zu übermitteln wären. Reicht die Postanschrift aus? Oder muss auch eine E-Mail-Adresse dabei sein? Oder reicht ggf. sogar eine Handynummer zusammen mit einer E-Mail-Adresse auch ohne Postanschrift aus? Oder reicht die Angabe eines Zweitwohnsitzes aus? All diese Fragen dürfen nicht zu 100% der Exekutive überlassen bleiben, die dann selber nach eigenem Gutdünken auch darüber entscheidet, welche Handlung bußgeldbewehrt ist oder nicht.

Schließlich ist der besonders intensive Eingriff vor allem auch für diejenigen Personen erkennbar unverhältnismäßig, die über eine ausreichende natürliche Antikörper- und / oder-T-Zellenimmunität verfügen. Hierzu gehören u.a. die hiesigen Beschwerdeführer Nr. 23 und Nr. 5. Es ist keine Übertreibung zu sagen, dass die bislang deutlich herrschende Meinung in der Wissenschaft den einmal Infiziert gewesenen Genesenen eine natürliche Immunität von weit mehr als 6 Monaten zuspricht. Niemand anderes als unser neuer SPD-Gesundheitsminister selbst, der das hiesige angefochtene Gesetz verteidigt und politisch als Abgeordneter unterstützt hat, hatte dies übrigens selber vor der Wahl so zugegeben.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00676-9/fulltext
bzw.
https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2821%2900676-9
- als Anlagen B 29 und B 30 -

2. "Aktualisierte Stellungnahme zur Immunität von Genesenen" der Gesellschaft für Virologie e.V. vom 30.09.2021
https://g-f-v.org/aktualisierte-stellungnahme-zur-immunitaet-von-genesenen/
- als Anlage B 31 -

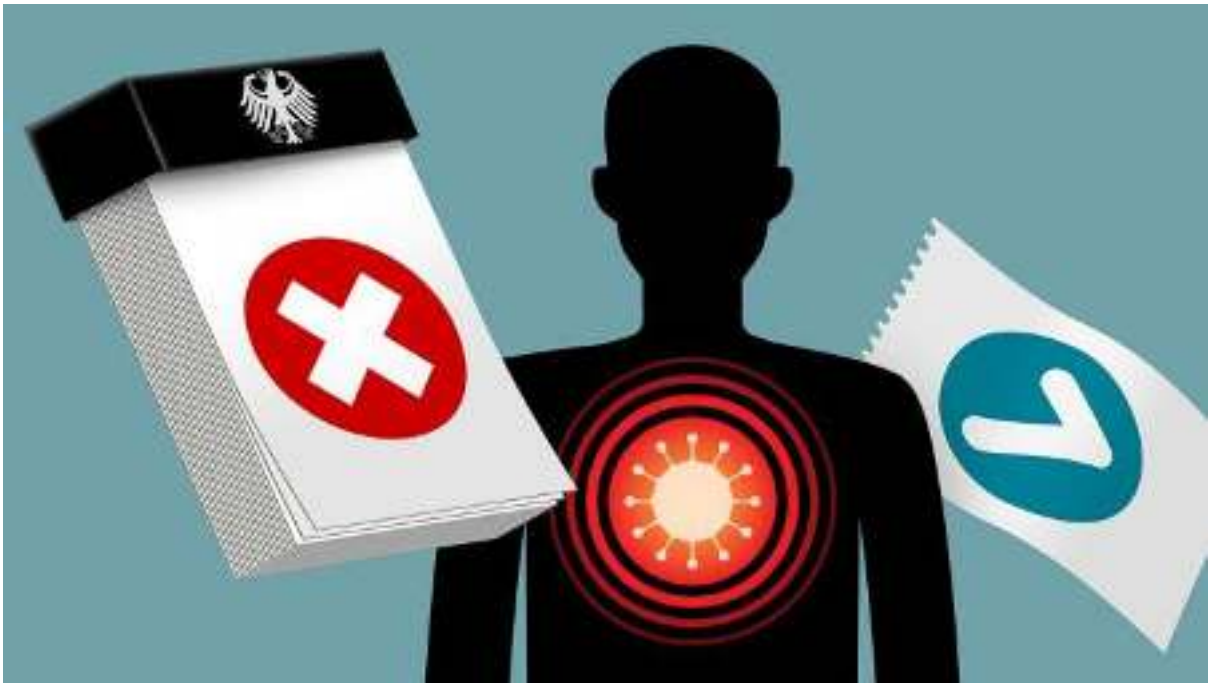
Die **Anlage B 31** listet ferner eine Vielzahl an weiteren Studien auf, die belegen, dass Genesene eine längere natürliche Immunität aufweisen als 6 Monate und dass auch das Risiko ernster Krankheitsverläufe bei Genesenen auch nach 6 Monaten immer noch deutlich geringer ist als bei Ungeimpften und sich insoweit auch nicht wesentlich von Geimpften unterscheidet.

Aber selbst wenn man annehmen wollte, dass diese Datenlage noch nicht eindeutig ist und für eine pauschale Verlängerung des Genesenenstatus über 6 Monate hinaus es keine genügenden Daten gibt, so wäre ein milderes Mittel gleichwohl, es (wie z.B. in der Schweiz) den Genesenen nach 6 Monaten zu gestatten, auf eigene Kosten Antikörper- und T-Zellenimmunitätsnachweise im Einzelfall vorzulegen. Gelingt dieser Nachweis wie augenscheinlich im Falle des hiesigen Beschwerdeführers Nr. 5, entfällt von vornherein jeder plausible Grund für eine Impfpflicht. Dies gilt umso mehr als dass die enge Begrenzung des Genesenenstatus auf derzeit nur 6 Monate offenbar auch eine rein politische Entscheidung gewesen zu sein scheint, die, unverständlicherweise, bis heute andauert.

Vgl.

Dies ist eine "politische Entscheidung"

07. Oktober 2021 *Andreas von Westphalen*



Aktuelle Studien belegen, dass Genesene deutlich länger gegen eine Neuinfektion mit Sars-CoV-2 geschützt sind, dennoch verfallen ihr Impfausweis und damit einhergehende Rechte nach sechs Monaten

Aufgrund der Bestimmungen des digitalen Impfausweises haben Geimpfte und Genesene das Recht, beispielsweise Bereiche der Gastronomie und der Kultur betreten zu dürfen,

während andere Menschen hierfür bei der 3G-Regel einen aktuellen Test vorlegen oder bei der 2G-Regel vor der Tür bleiben müssen.

Während dieses Recht für Geimpfte in Deutschland ein Jahr lang gilt, werden Genesene jedoch im juristischen Sinne gleichsam nach sechs Monaten von einem auf den anderen Tag als Ungenesene betrachtet und verlieren ebenso wie Ungeimpfte Rechte, die im Sommer noch für die gesamte Bevölkerung galten. Einziger Unterschied zu Menschen, die weder erkrankt und noch geimpft sind: Genesene benötigen nur eine Impfdosis, um als Geimpfte zu gelten.

Nicht jeder Genesene gilt als Genesener

Genesene haben nicht nur gleichsam ein Verfallsdatum nach sechs Monaten, sondern eine Erkrankung reicht nicht aus, um als Genesener betrachtet und Anspruch auf einen digitalen Impfausweis zu haben. Einzig ein PCR-Test gilt als Beleg für eine Erkrankung.

Ein Antikörpertest, der das Level Sars-CoV-2-spezifischer und / oder neutralisierender Antikörper bestimmen kann, wird als Beleg für eine Genesung und damit als Voraussetzung für den digitalen Impfausweis nicht anerkannt, was bei allen Menschen, die sich bei ihrer Erkrankung nicht getestet haben, dazu führt, dass sie nicht als erkrankt anerkannt werden, auch wenn ihr Antikörpertest das Gegenteil aussagt.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erklärte zu diesem Sachverhalt: "Viele Bürgerinnen und Bürger waren infiziert, ohne es zu merken. Mit einem qualitativ hochwertigen Antikörpertest kann man das mittlerweile sicher nachweisen."

Allerdings dient dennoch ein Antikörpertest nur dazu, dass der Betreffende mit nur einer Dosis als Geimpfter anerkannt wird. (Der Test muss hierbei von den Personen jedoch selbst bezahlt werden.) Die offizielle Begründung, den Antikörpertest nicht als Nachweis einer Infektion anzuerkennen, besteht in der Tatsache, dass dieser keinen Aufschluss über das exakte Datum der Erkrankung geben kann. Damit bestimmt er auch keinen Starttag, ab dem der digitale Impfausweis gelten könnte.

"Das stellt die Grundlagen der Immunologie auf den Kopf…"

Unabhängig von der Schutzdauer, die den Millionen Genesenen zugesprochen wird, stellt sich hier eine grundlegende Frage: Inwiefern kann der Antikörpertest nicht herangezogen werden, um festzustellen, ob der Getestete über einen aktuell ausreichenden Schutz gegen eine Reinfektion verfügt, damit Genesene - auch ohne Kenntnis des genauen Datums der Infektion - als geschützt gelten können?

Prof. Dr. Hendrik Streeck, Direktor des Institutes für Virologie und HIV-Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, erklärt ausdrücklich, dass ein Antikörpertest als Nachweis des Genesenen-Status zugelassen werden sollte. Auch der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach befürwortet im selben Fernsehgespräch "eine interessantere Nutzung" der Antikörpertests.

Prof. Dr. Klaus Stöhr, Virologe und Epidemiologe und ehemaliger Leiter des Globalen Influenza-Programms und Sars-Forschungskoordinator, erklärt kurz und bündig auf Twitter: "der Umstand, dass der Nachweis von Sars-CoV-2 Antikörpern nicht ausreicht, um als Genesener zu gelten. Das stellt die Grundlagen der Immunologie auf den Kopf…"

Die Weigerung, einen Antikörpertest als Beleg für eine überstandene Erkrankung anzuerkennen, betrifft wohl rund vier Millionen Deutsche. Eine aktuelle Studie stellt fest, dass nur die Hälfte aller Infektionen erkannt wird. Offiziell gelten mehr als vier Millionen Menschen in Deutschland als infiziert.

Antikörper und Immunschutz

Lange Zeit war es strittig, ob der Antikörpertest eine sichere Auskunft über die Immunität des Menschen geben kann. Andreas Bobrowski, Vorstandsvorsitzende des Berufsverbands Deutscher Laborärzte, geht inzwischen jedoch von folgender Faustregel aus:

Liegt der Antikörperspiegel unter einem Wert von 21,8 BAU (WHO-Einheit: BAU/ml - binding antibody units, Anm. d. A.), hat die Person mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Immunschutz gegen Corona. Über einem Wert von 44 BAU, hat die Person mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Immunschutz gegen Corona. (…) Generell können wir zwar davon ausgehen, dass eine Person mit einem BAU-Wert von über 1000 durchaus einen Vollschutz hat. Ob das allerdings nicht vielleicht schon bei 30 oder 40 der Fall ist, können wir im Moment noch nicht sagen.

Andreas Bobrowski

Patienten mit einem Wert von über 1000 rät er aber generell von einer Drittimpfung ab: "Ihr Antikörpertiter (Maßzahl für die Menge bestimmter Antikörper im Blut, Anm. d.A.) ist hoch genug."

Der erste Forschungsbericht, der Grenzwerte der Antikörper und den damit einhergehenden Schutz konkret bestimmt, erschien in Nature Medicine. Ein BAU-Wert von 264 schützt demnach zu 80 Prozent vor einer symptomatischen Infektion in den nächsten vier bis sechs Monaten. Ein BAU-Wert von 899 schützt zu 90 Prozent. (Eine Person, die dem Autor gut bekannt ist, hat sechs Monate nach einer Infizierung einen BAU-Wert von 824, gilt aber nach den Bestimmungen Deutschlands dennoch als ungeschützt).

Aber auch eine geringe Anzahl von Antikörpern in den Monaten nach der Infizierung ist kein zwingendes Zeichen für einen abnehmenden Schutz, wie Prof. Dr. Alexander Kekulé, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie des Universitätsklinikums Halle, auf Anfrage von Telepolis erläutert:

Aus dem Rückgang der mit derzeit üblichen Methoden bestimmten Antikörper, dem so genannten "IgG", kann man nicht auf das Nachlassen eines Immunschutzes schließen. Während das IgG im Laufe einiger Monate abnimmt oder sogar ganz verschwindet, bilden sich Gedächtniszellen, die im Falle einer Corona-Infektion die Immunantwort sehr schnell wieder hochfahren können.

Alexander Kekulé

Ergänzend kann an dieser Stelle noch auf die Stellungnahme des Vorstands der Gesellschaft für Virologie verwiesen werden:

Selbst wenn die bei erneutem Virus-Kontakt noch vorhandenen Antikörperspiegel nicht ausreichend hoch sind, um eine Infektion mit SARS-CoV-2 komplett zu verhindern, kann die schnelle Gedächtnisantwort unseres Immunsystems zumindest dafür sorgen, dass schwere Krankheitsverläufe verhindert werden.

Vorstand der Gesellschaft für Virologie

"Diese Sechs-Monats-Regel entbehrt mittlerweile einer wissenschaftlichen Grundlage"

Wer das Glück hat, einen PCR-Nachweis über die eigene Erkrankung zu besitzen, steht vor dem "Verfallsdatum" seines Schutzes nach genau sechs Monaten. Das RKI erklärt hierzu:

Die derzeit verfügbaren klinischen und immunologischen Daten belegen eine Schutzwirkung für mindestens 6 - 10 Monate nach überstandener Sars-CoV-2-Infektion.

RKI, Epidemiologisches Bulletin, 23. September 2021

Offenbar wurde also für die Festlegung der Dauer des digitalen Impfausweises der Mindestwert genommen und das Wort "mindestens" ignoriert.

Bereits im vorigen Artikel zu diesem Thema (G ist nicht gleich G) wurden eine Reihe von Studien angeführt, die einen Schutz durch eine Genesung belegen, der deutlich länger als sechs Monate anhält. Eine weitere aktuelle Studie belegt einen Schutz von über elf Monaten. Eine Studie der TU Wien kommt auf einen Schutz von rund einem Jahr.

Auch die Einschätzung zahlreicher Experten, die sonst des öfteren unterschiedliche Positionen beziehen, spricht eine klare Sprache. Karl Lauterbach könnte sich vorstellen, dass Genesene mit einem entsprechenden Antikörpertest über 6 Monate hinaus als genesen gelten. Hendrik Streeck stimmt dieser Aussage zu.

Marc Fleischmann (dpa) hat zu diesem Thema vor wenigen Tagen Prof. Dr. Sebastian Ulbert, Abteilungsleiter Impfstoffe und Infektionsmodelle am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie in Leipzig, befragt. Dessen Einschätzung ist eindeutig: "Diese Sechs-Monats-Regel entbehrt mittlerweile einer wissenschaftlichen Grundlage."

Weiter erklärt Fleischmann: "Für Ulbert sind die sechs Monate inzwischen zu kurz angesetzt. Bei Sars-CoV-2 gebe es genug Daten, die zeigten, dass Genesene oft auch ein Jahr nach Infektion noch gut geschützt seien, auch gegen Varianten wie Delta."

Alexander Kekulé ist ebenfalls überzeugt, dass die 6-Monats-Regel zu kurz greift: "Es gibt tatsächlich keinen Grund anzunehmen, dass der Schutz nach einer Infektion nur sechs

Monate anhalten würde. Die Empfehlung des RKI stammt noch aus der Anfangszeit der Impfstoffe."

Last but not least veröffentlichte der Vorstand der Gesellschaft für Virologie eine Stellungnahme. Eine Schlussfolgerung lautet:

Die nachgewiesene Dauer des Schutzes nach durchgemachter Sars-CoV-2 Infektion beträgt mindestens ein Jahr. Aus immunologischer Sicht ist von einer deutlich längeren Schutzdauer auszugehen, die auf Grund des begrenzten Beobachtungszeitraum aber noch nicht durch entsprechende Studien belegt ist.

Vorstand der Gesellschaft für Virologie

Mindestens so gut wie eine Impfung

Auch beim Vergleich zwischen dem Schutz durch eine Impfung und durch eine Infektion stimmen eine Reihe von Experten überein. Lauterbach unterstreicht, dass die ursprüngliche Annahme, Genesene seien schlechter als Geimpfte geschützt, sich als falsch herausgestellt habe.

Streeck erklärt, dass Genesene "genauso gut, vielleicht sogar besser langfristig (das wissen wir noch nicht)" geschützt sind. Klaus Stöhr fragt auf Twitter:

Ist irgendjemandem erklärlich, warum Genesene nach 6mo diesen Status verlieren? Der Immunschutz nach Infektion sollte breiter aufgestellt sein und mindestens genauso lange halten, wie nach der Impfung. Langzeitdaten für Genesene liegen jetzt vor; bessere als für Geimpfte.

Klaus Stöhr

Ganz in diesem Sinne begründet Alexander Kekulé seine Zweifel an der Sechs-Monats-Regel:

Die Empfehlung des RKI stammt noch aus der Anfangszeit der Impfstoffe. Damals gab es vereinzelte Vermutungen, der Impfschutz könnte besser sein als der Schutz durch eine Infektion. Das RKI hat deshalb die Impfung auch für Genesene empfohlen.

Alexander Kekulé

Der Vorstand der Gesellschaft für Virologie schreibt:

Daten aus mehreren Ländern belegen, dass Menschen, die eine Sars-CoV-2 Infektion durchgemacht haben, gegen eine erneute Infektion oder Erkrankung sehr gut geschützt sind, und dass sich dieser Schutz auch auf Virusvarianten, inklusive der Delta-Variante, erstreckt. In den ersten sechs Monaten nach durchgemachter Infektion ist der Schutz vor erneuter Sars-CoV-2 Infektion mindestens so gut ausgeprägt wie der Schutz von vollständig Geimpften.

Vorstand der Gesellschaft für Virologie

Eine Forderung zahlreicher Experten

Nach dem Dargestellten kann es kaum überraschen, dass zahlreiche Experten ein Ende der Ungleichbehandlung von Genesenen wünschen und den besonderen Schutz durch eine überstandene Infektion betonen. Prof. Dr. Sebastian Ulbert fordert: "Wenn Genesene mindestens genauso gut geschützt sind, können sie nicht - im Gegensatz zu Geimpften - nach sechs Monaten wieder so behandelt werden, als hätten sie das Virus nie gesehen."

Alexander Kekulé betont: "Die Empfehlung des RKI sollte aufgrund des aktuellen Wissensstandes angepasst werden. Demnach hält der Schutz deutlich länger als ein halbes Jahr an, insbesondere im Hinblick auf schwere Verläufe und Todesfälle."

Der Vorstand der Gesellschaft für Virologie fordert: "Auf Grund dieser aktuellen Erkenntnisse sollten Genesene bei Regelungen zur Pandemie-Bekämpfung (z.B. Testpflicht) den vollständig Geimpften zunächst für mindestens ein Jahr gleichgestellt werden. Eine Überprüfung des empfohlenen Zeitpunktes einer Impfung nach überstandener Sars-CoV-2 Infektion wird angeraten."

Angesichts der übereinstimmenden Haltung der Experten stellt sich die Frage: Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage wurde die Entscheidung getroffen, dass der Schutz einer Infektion nur auf sechs Monate begrenzt wird und ist diese Einschätzung auch nach dem heutigen Stand der Wissenschaft noch haltbar?

Wessen Entscheidung?

Eine Anfrage von Telepolis an die Stiko (Ständige Impfkommission), auf Grundlage welcher wissenschaftlichen Studien, die Begrenzung des Schutzes von Genesenen auf sechs Monate festgelegt wurde, wurde prägnant und präzise beantwortet:

Die Verordnung, die die sechs Monate vorgibt, ist eine Entscheidung der Politik.

Stiko

Eine politische Entscheidung

Auf Anfrage von Telepolis antworte das Bundesministerium für Gesundheit zu diesem Thema:

Für Personen, die bereits eine Sars-CoV-2-Infektion durchgemacht haben, empfiehlt die Stiko die Verabreichung einer einmaligen Impfstoffdosis, da derzeit verfügbare klinische und immunologische Daten eine Schutzwirkung von mindestens sechs bis zehn Monaten nach überstandener Sars-CoV-2-Infektion belegen. Nach derzeitigem Forschungsstand und aufgrund epidemiologischer Daten ist davon auszugehen, dass während eines Zeitraums von sechs Monaten ein guter Schutz für Genesene besteht.

Bundesministerium für Gesundheit

Inwiefern diese Begründung zur Festlegung des offiziellen Schutzes für Genesene auf sechs Monate, welche offenbar auf älteren Studien basiert, angesichts der angeführten aktuellen Studien und zitierten Experten noch haltbar ist, erscheint fraglich.

Es ist schwer verständlich, wenn bei einer solch zentralen medizinischen Frage, die das Leben von Hunderttausenden, vermutlich sogar Millionen Deutschen betrifft, nur bedingt nach wissenschaftlicher Expertise bewertet wird, sondern letztendlich "eine politische Entscheidung" ist - gerade angesichts einer Politik, die sich immer wieder auf das Primat der Wissenschaft beruft.

Und nicht zuletzt: Politische Entscheidungen ohne wissenschaftliche Basis, welche die Freiheit des Bürgers (genesen) beschränken, sind schlicht mit Art. 2 Abs. 1 GG nicht vereinbar, sondern rechtswidrig. Sollte es daher nicht dringend geboten sein, die Regelung unverzüglich den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen?“

https://www.heise.de/tp/features/Dies-ist-eine-politische-Entscheidung-6211168.html?seite=all ***- als Anlage B 32 -***

Es spricht daher alles dafür anzunehmen, dass die (derzeitige) Genesenen-Definition i. s. d. § 20a I 1 BIfSG n.F. i. V. m. § 2 Nr. 4 und 5 SchAusnahmVO wissenschaftlich schon lange nicht mehr haltbar ist und viel zu eng gefasst ist. Auch deshalb ist § 20a I BIfSG n.F. aller Voraussicht nach unverhältnismäßig. Denn der Inhalt der § 20a I – V BIfSG n.F. wird maßgeblich auch durch den Absatz 6 der Vorschrift geprägt. Die Zitierung des Art. 2 II 1 GG – Recht auf körperliche Unversehrtheit – bezieht sich jedoch eindeutig nur auf die Absätze 1 bis 5. Die Intensität des Eingriffs wird jedoch maßgeblich auch durch die Reichweite der Norm bestimmt sowie durch die Frage der Gleichbehandlung bzw. Ungleichbehandlung verschiedener Personengruppen. Durch den pauschalen Ausschluss der betreuten, gepflegten oder untergebrachten Personenkreise gewinnt die Intensität des Grundrechtseingriffs zu Lasten der verbleibenden Betroffenen deutlich an Gewicht. Daher hätte auch der § 20a VI BIfSG n.F. ordnungsgemäß zitiert werden müssen, was augenscheinlich nicht geschehen ist.

Schließlich folgt die Unverhältnismäßigkeit auch daraus, dass die Norm nach insoweit klarer Gesetzesbegründung auch Personen mitumfasst, die gar keinen Kontakt zu den sog. vulnerablen Personengruppen haben. Wieso sollte die hiesige Beschwerdeführerin Nr. 7, die gar keinen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen hat, zur Impfung verpflichtet werden?! Bei ihr ist der behauptete Sinn und Zweck des Gesetzes – Schutz sog. vulnerabler Personengruppen – doch erkennbar gar nicht einschlägig. Entsprechendes gilt für die hiesige Beschwerdeführerin Nr. 24, die ebenfalls keinen Kontakt zu den sog. vulnerablen Personengruppen hat. Abgesehen einmal davon, dass man auch gar nicht pauschal behaupten kann, dass sämtliche Personen, die einen Zahn- oder Allgemeinarzt aufsuchen, im Hinblick auf Corona vulnerable Personengruppen darstellen. Insbesondere § 20a I 1 Nr. i) BIfSG n.F. geht daher erkennbar zu weit, Psychotherapeuten in planbar körperlich distanziertem Setting gleichzusetzen mit Pflegekräften, die Körperpflege und Lagerungstätigkeiten (bei Risiko-Gruppen-Patienten) durchführen, ist infektionsmedizinisch nicht gerechtfertigt.

Vgl. oben die Darlegungen zur persönlichen Betroffenheit des Beschwerdeführers Nr. 4

Gleiches ist zur ambulanten Tätigkeit des Beschwerdeführers Nr. 4 festzustellen: im ambulanten psychotherapeutischen Setting ist üblicherweise ein recht großer (2-3 m) Sitzabstand üblich und möglich. In seinem Umfeld gibt es keineswegs durchgehen nur sog. vulnerable Personengruppen. Auch § 20a I 1 Nr. i) BIfSG n.F. geht daher er-kennbar zu weit.

Eine Verletzung von Art. 2 II 1 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG erscheint somit aufgrund des Vorgenannten nicht nur möglich und nicht per se als ausgeschlossen, sondern als sehr naheliegend.

d) Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG (Allgemeines Persönlichkeitsrecht und Recht auf informationelle Selbstbestimmung) i. V. m. Art. 103 II GG

aa) Schutzbereich und Eingriff

Die Verpflichtungen zur Übermittlung von Daten an die Gesundheitsbehörden bzw., im Vorfeld hierzu, die Verpflichtung der Grundrechtsträger solche Datenlisten erst einmal zu erstellen bzw. an deren Erstellung mitzuwirken, greifen in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung ein. Diese persönlichen Angaben und Daten beziehen sich auf den Immun- oder Genesenenstatus der hier betroffenen Beschwerdeführer. Die §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F. verlangen, dass persönliche Daten an die staatlichen Behörden geschickt werden, damit diese staatliche Zwangsmaßnahmen (Berufsverbote; Betretungsverbote) veranlassen können. Diese Weitergabe greift in das Grundrecht aus Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I GG ein.

bb) Unverhältnismäßigkeit des Grundrechtseingriffs

Wichtig ist es auch, dass der Gesetzgeber verpflichtet ist, “(…) organisatorische und verfahrensrechtliche Vorkehrungen zu treffen, welche der Gefahr einer Verletzung des Persönlichkeitsrechts entgegenwirken (…)“.

BVerfGE 65, 1, 43, Leitsatz 2 und Rn. 151 - juris

Schon hieran fehlt es komplett. Dem gesamten § 20a BIfSG n.F. sind keinerlei solche Vorkehrungen zu entnehmen. Es fehlt insbesondere an jeder Verpflichtung, die übermittelten Daten doch irgendwann einmal wieder auch zu löschen und irgendwann staatlicherseits nicht mehr zu Lasten der Betroffenen zu verwenden.

Eingriffe in dieses Grundrecht setzen darüber hinaus voraus, dass sich aus der gesetzlichen Grundlage “*(…) Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen klar und für den Bürger erkennbar ergeben (…).*“

BVerfGE 65, 1, 44, Rn. 151 – juris.

Andere Entscheidungen werden noch deutlicher: Die gesetzliche Grundlage muss den Eingriff normenklar und bereichsspezifisch regeln. So wird z.B. formuliert:

“In materiell-rechtlicher Hinsicht sind Anlass, Zweck und Grenzen des Eingriffs in der Ermächtigung grundsätzlich bereichsspezifisch, präzise und normenklar festzulegen.“

BVerfG, Beschluss vom 21.06.2016, Az. 2 BvR 637/09, Rn. 12 – juris

Aus der gesetzlichen Regelung ergibt sich hingegen schon nicht, welche personenbezogenen Angaben genau zu übermitteln sind! Die §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F. sprechen nur ganz allgemein und abstrakt von “*(…) personenbezogene(n) Angaben (…)*“, ohne diese auch nur im Ansatz zu definieren oder wenigstens anzudeuten. Für die hiesigen Beschwerdeführer, die zugleich Arbeitgeber sind, ist daher nicht klar, welche persönlichen Angaben zu übermitteln sind. Dies hat insbesondere deshalb großes Gewicht, weil die Nichtübermittlung oder nicht ordnungsgemäße Übermittlung von persönlichen Daten nach § 73 Ia a) aa) Nr. 7e) BIfSG n.F. sogar bußgeldbewehrt ist.

Der Verweis auf § 2 Nr. 16 BIfSG geht fehl. Denn diese Norm, die den Begriff der personenbezogenen Angaben definiert, ist bereits formell hoffnungslos verfassungswidrig zu Stande gekommen und daher nichtig. Denn diese Vorschrift war Teil des sog. Masernschutzgesetzespakets, welches nur als Einspruchsgesetz behandelt, materiell betrachtet jedoch ein Zustimmungsgesetz gewesen ist.

cc) Gründe formeller Nichtigkeit des Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz), BGBl. 2020, 148 – Das Masernschutzgesetzespaket - ein offensichtlich materiell-rechtliches Zustimmungsgesetz, das zu Unrecht als Einspruchsgesetz behandelt worden ist

aaa) Grundsätzliches zur Zustimmungsbedürftigkeit von Gesetzen im formellen Sinne

Es reicht weiterhin aus, dass in einem gesamten Gesetz nur eine einzige Vorschrift enthalten ist, die die Zustimmungsbedürftigkeit durch den Bundesrat auslöst. Dies entspricht weiterhin der Senatsrechtsprechung.

Wird ein Zustimmungsgesetz vom Bundesrat fälschlicherweise als bloßes Einspruchsgesetz behandelt, ist das Gesetz als Ganzes (d.h. nicht nur der zustimmungspflichtige Teil) unheilbar nichtig. Einem Zustimmungsgesetz muss der Bundesrat ausdrücklich und positiv zustimmen, was im vorliegenden Fall nicht geschehen ist. Denn der Bundesrat hat lediglich darauf verzichtet, Einspruch einzulegen (vgl. Art. 77 II, III GG). Eine positive Zustimmung zum gesamten “Gesetzespaket“ liegt daher nicht vor.
Beweis:

1. Beschluss des Bundesrates vom 20.12.2019, abrufbar unter https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0601-0700/629-19(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1 **- als Anlage B 33 -**

2. https://www.bundesrat.de/SharedDocs/beratungsvorgaenge/2019/0601-0700/0629-19.html (dort mit der falschen Angabe: “Gesetzeskategorie: Einspruchsgesetz“)

Es liegen weiterhin keine Senats- oder Kammerentscheidungen vor, die die sog. “Einheits-Thesen“-Judikatur des BVerfG

Vgl. BVerfGE 8, 274, 294f; 24, 184, 195; 55, 274, 319

aufgegeben hätten. Auch nach der Föderalismusreform entspricht diese Rechtsauffassung der deutlich herrschenden Meinung in der Literatur. Weder dem Wortlaut von Art. 84 I 5 GG n.F. noch der Entstehungsgeschichte zur Föderalismusreform lassen sich auch nur ansatzweise konkrete Hinweise darauf entnehmen, dass der verfassungsändernde Gesetzgeber von der bisherigen Rechtsprechung im Rahmen (nur) des Art. 84 I 5, 6 GG n.F. oder gar generell hätte abweichen wollen.

Suerbaum in: Epping/Hillgruber, Grundgesetz, Kommentar, 2. Auflage 2013, Art. 84 Rn. 44 (mit zutreffendem Hinweis auf Entstehungsgeschichte und Wortlaut); Winkler in: Sachs/Dittmann/Winkler, GG, Kommentar, 8. Auflage 2018, Art. 84 Rn. 24; Groß in: Friauf/Höfling in: Berliner Kommentar zum Grundgesetz, Art. 84 Rn. 29; Holtschneider/ Schön/Rauber, Die Reform des Bundesstaates, 2007, 36, 49; Wolff in: Wolff/Hömig, a.a.O., Art. 84 Rn. 11 und Art. 78 Rn. 5 und Art. 84 Rn. 8; Kahl, NVwZ 2008, 717

Es reicht insbesondere nicht aus, pauschal ohne substanzielle Begründung zu behaupten, dass die h.M. nur die “bisher hM“ sei und dass die “*praktischen Schwierigkeiten, die sich aus der Aufgabe der Einheitsthese für das Gesetzgebungsverfahren ergeben, (…) überwindbar (….)*“ seien, wie lapidar und unsubstanziiert Pieroth vertritt.

vgl. Pieroth in: Jarass/Pieroth, Grundgesetz, Kommentar, 16. Auflage 2020, Art. 77 Rn. 4a

Grundsätzlich muss nämlich davon ausgegangen werden, dass die Verfassung praktische Schwierigkeiten im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens möglichst von vornherein vermeiden will. Die (wenigen) Kritiker der Einheitsthese haben auch nicht dargelegt, weshalb es der Bundestagsmehrheit nicht zumutbar sein soll, die Frage einer Zustimmungspflicht des Gesetzes **vorab und gründlich** zu prüfen und dann ggf. eine Aufteilung in einen zustimmungsfreien und einen zustimmungspflichtigen Teil vorzunehmen. Der Bundestag verfügt über eine große Anzahl an kompetenten Fachjuristen, namentlich bei den Wissenschaftlichen Diensten des Deutschen Bundestages, aber auch in den Fraktionen. Auch der Bundesrat verfügt über viele Fachjuristen, die eine solche sorgfältige Prüfung vorab vornehmen können.

Hinzu kommt noch: Gerade bei Gesetzesvorlagen, die auf einer vorherigen Anrufung des Vermittlungsausschusses beruhen, aber natürlich längst nicht nur bei solchen, sondern auch bei allen anderen Kompromissvorlagen, wäre es fatal, wenn nur einzelne Bestimmungen für ungültig erklärt würden, weil ansonsten die Kompromissfähigkeit zwischen den Parteien, (Koalitions-)Fraktionen und Regierungen beeinträchtigt würden. Das Grundgesetz setzt diese Kompromissfähigkeit jedoch teils ausdrücklich (z.B. Art. 77 II GG), teils stillschweigend, voraus.

bbb) Zustimmungsbedürftigkeit des gesamten "Gesetz(es) für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention (Masernschutzgesetz" (BGBl. 2020, S. 148ff)" – die Gründe für die Zustimmungsbedürftigkeit im Einzelnen:

1.) Art. 72, 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 GG
Indem § 56 IfSG geändert bzw. ein Satz angefügt wurde, war es nötig gewesen, die Zustimmung des Bundesrates einzuholen. § 56 I 1 IfSG lautete ursprünglich:

"***§ 56 Entschädigung***
(1) Wer auf Grund dieses Gesetzes als Ausscheider, Ansteckungsverdächtiger, Krank-heitsverdächtiger oder als sonstiger Träger von Krankheitserregern im Sinne von § 31 Satz 2 Verboten in der Ausübung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit unterliegt oder unterworfen wird und dadurch einen Verdienstausfall erleidet, erhält eine Entschädigung in Geld."

Nunmehr lautet die Vorschrift aufgrund des Art. 1 Nr. 12c) des sog. Masernschutzgesetzes (Ergänzungen unterstrichen) wie folgt:

"*(1) Wer auf Grund dieses Gesetzes als Ausscheider, Ansteckungsverdächtiger, Krank-heitsverdächtiger oder als sonstiger Träger von Krankheitserregern im Sinne von § 31 Satz 2 Verboten in der Ausübung seiner bisherigen Erwerbstätigkeit unterliegt oder unterworfen wird und dadurch einen Verdienstausfall erleidet, erhält eine Entschädigung in Geld. Das Gleiche gilt für Personen, die als Ausscheider, Ansteckungsverdächtige oder Krankheitsverdächtige abgesondert wurden oder werden, bei Ausscheidern jedoch nur, wenn sie andere Schutzmaßnahmen nicht befolgen können. Eine Entschädigung nach den Sätzen 1 und 2 erhält nicht, wer durch Inanspruchnahme einer Schutzimpfung oder anderen Maßnahme der spezifischen Prophylaxe, die gesetzlich vorgeschrieben ist oder im Bereich des gewöhnlichen Aufenthaltsorts des Betroffenen öffentlich empfohlen wurde, oder durch Nichtantritt einer vermeidbaren Reise in ein bereits zum Zeitpunkt der Abreise eingestuftes Risikogebiet ein Verbot in der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit oder eine Absonderung hätte vermeiden können.*"

Nach Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 GG bedarf eine Regelung, die die Staatshaftung betrifft, der Zustimmung des Bundesrates.

Bei Staatshaftung handelt es sich um die "*spezifisch öffentlich-rechtliche Haftung juristischer Personen des öffentlichen Rechts und umfasst Haftung für legislatives Unrecht, die öffentlich-rechtliche Gefährdungshaftung, den enteignungsgleichen und enteignenden Eingriff sowie Aufopferung und Folgenbeseitigung. Ebenfalls einbezogen sind Haftungen aus öffentlich-rechtlichem Vertrag sowie öffentlich-rechtliche Erstattungs- und Herstellungsansprüche.*"

Kment in: Jarass/Peroth, a.a.O. Art. 74 Rn. 71

Hierdurch wird ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch konkretisiert und die bisherige Regelung, die einen umfangreicheren Erstattungsanspruch betraf, geändert bzw.

eingeschränkt. Die Tatsache, dass eine solche Einschränkung erfolgt, ändert nichts daran, dass es sich um eine Regelung der Staatshaftung handelt. Der Wortlaut des Art. 74 Nr. 25 GG differenziert jedoch nicht danach, ob die Staatshaftung (der Länder) durch eine gesetzliche Regelung verschärft oder, wie hier, verringert wird. Dies legt auch der Sinn und Zweck des Art. 74 II GG nahe. Der Bund sollte durch die Reform aus dem Jahre 1994 die Möglichkeit erhalten, ein bundeseinheitliches Staatshaftungsrecht zu schaffen (vgl. Seiler in: Epping/Hillgruber, GG, Kommentar, 3. Auflage, Art. 74 Rn. 91) im Gegenzug bestanden die Länder, die ihre bisherige Gesetzgebungskompetenz dafür aufgeben mussten, als Korrektiv auf einer Zustimmungsbedürftigkeit solcher Gesetze, um Einfluss auf die Frage nehmen zu wollen, ob man bundesweit ein bestimmtes Staatshaftungsgesetz wünscht oder nicht. Weder der Entstehungsgeschichte zur Verfassungsänderung von 1994 noch zur Entstehungsgeschichte der Föderalismusreform lässt sich Gegenteiliges herleiten. Es deutet entgegen einer absoluten Solitär-Meinung (Linke, DÖV 2005, 289 – 295) auch nichts darauf hin, dass ausgerechnet und nur im Rahmen des Art. 74 I Nr. 25, II GG der verfassungsändernde Gesetzgeber die bis dato (und unverändert) ganz h.M. von der sog. “Einheitsthese“ hätte aufgeben wollen.

Somit hätte das Gesetz als Zustimmungsgesetz als Zustimmungsgesetz behandelt weden müssen.

2.) Art. 74 II GG i. V. m. 74 I Nr. 27, II GG

Nach Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 27 GG bedürfen, Gesetze, die die Statusrechte und -pflichten der Beamten der Länder, Gemeinden und anderer Körperschaften öffentlichen Rechts sowie der Richter in den Ländern mit Ausnahme der Bereiche Laufbahn, Besoldung und Versorgung betreffen, der Zustimmung des Bundesrates.

Unter Statusrechte in diesem Sinne ist Folgendes zu verstehen:

“*Hierunter versteht man “Wesen, Voraussetzungen, Rechtsform der Begründung, Arten, Dauer, sowie Nichtigkeits- und Rücknahmegründe des Dienstverhältnisses; Abordnungen und Versetzungen der Beamten zwischen Ländern und zwischen Bund und Ländern oder entsprechende Veränderungen des Richterdienstverhältnisses; Voraussetzungen und Formen der Beendigung des Dienstverhältnisses (vor allem Tod, Entlassung, Verlust der Beamten- und Richterehre, Entfernung aus dem Dienst nach dem Disziplinarrecht); statusprägende Pflichten und Folgen der Nichterfüllung; wesentliche Rechte; Bestimmungen der Dienstherrenfähigkeit; Spannungs- und Verteidigungsfall und Verwendung im Ausland“ (BT-Drs. 17/813, 14; Oeter MKS 115; Wittrek DR 135; vgl. auch BVerwG, 2 C 12.18 v. 20.9.18 Rn. 18 zum Übertritt; Battis/Grigoleit ZBR 08, 1). Im Hinblick auf die Erwähnung der “wesentliche Rechte“ ist diese* ***Aufzählung*** *als* ***nicht abschließend*** *anzusehen (Degenhart SA 114; Höfling/Engels FH 12 f; a.A. Meyer 288).*

Nicht zu den Statusrechten und -pflichten gehören aus dem Beamten- oder Richterverhältnis abgeleitete Rechte, wie zB Arbeitszeitregelung (BVerwGE 125, 365 Rn. 14), Dienstaufwandsentschädigungen (Degenharrt Sa 117), Nebentätigkeiten, Reise- und Umzugskosten (Kunig MüK 119) sowie ein von einem Dienstunfall unabhängiger Schadensersatzanspruch des Beamten gegen seinen Dienstherren (BVerwG, RiA 80, 237).“

Kment in: Jarass/Peroth, a.a.O., Art. 74 Rn. 74 f; vgl. auch Seiler in Epping/Hillgruber, a.a.O., Art. 74 Rn. 98; BT-Drs. 16/813, S. 14

Genauer sind die Rechte und Pflichten der Beamten im Beamtenstatusgesetz (BeamtStG) geregelt. Hierzu gehört unter anderem die Grundpflichten aus § 33 BeamtStG sowie die Wahrnehmung der Aufgaben und des Verhaltens aus § 34 BeamtStG, sowie der Diensteid aus § 38 BeamtStG. Hieraus lässt sich gerade eine Verpflichtung der Beamten zum Ableisten ihres Dienstes im Rahmen ihrer Anstellung ableiten. Sollte jedoch ein Beamter, konkret gesagt ein Lehrer, sich weigern eine Masernschutzimpfung aus (guten, sehr nachvollziehbaren) Gründen vorzunehmen, ist es ihm nicht mehr erlaubt, in einer Einrichtung i.S.v. § 33 BIfSG tätig zu sein. Dies führt dann dazu, dass der Lehrer seinen Verpflichtungen als Beamter, der sich aus dem BeamtStG ableiten lassen, nicht nachkommen kann. Regelungen hierüber fallen nicht unter die Kategorie “Laufbahn, Besoldung oder Versorgung“ und lassen sich demnach als Statusrechte und -pflichten i.S.v. § 74 I Nr. 27 GG subsumieren.

Indem den Ländern die Möglichkeit genommen wird, darüber zu entscheiden, inwiefern und ob überhaupt ein Lehrer in der Schule seinen Dienst verrichten darf, greift das Masernschutzgesetz in die Statusrechte und -pflichten des Landesbeamten ein. Eine solche Regelung bedarf daher nach dem klaren Wortlaut des Art. 74 II GG der Zustimmung des Bundesrates, wodurch das gesamte Bundesgesetz zustimmungsbedürftig wird (s.o.).

Dies betrifft vor allem:

- § 20 IX 6 BIfSG

“*Eine Person, die ab der Vollendung des ersten Lebensjahres keinen Nachweis nach Satz 1 vorlegt, darf nicht in Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 1 bis 3 betreut oder in Einrichtungen nach § 23 Absatz 3 Satz 1, § 33 Nummer 1 bis 4 oder § 36 Absatz 1 Nummer 4 beschäftigt werden.*“

- § 20 XII 3 BIfSG

“*Das Gesundheitsamt kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Satz 1 keinen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in Absatz 8 Satz 1 genannten Einrichtung dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung tätig wird.*“

Somit ist das ganze Gesetz auch nach Art. 74 II GG nichtig.

3.) Art. 84 I 5 und 6 GG sowie teilweise fehlende Bundeskompetenz

Das gesamte Gesetzespaket ist auch nach Art. 84 I 5 und 6 GG formell nichtig.

3.1. Die Judikatur des BVerfG und die Literatur zu Art. 84 I 5 und 6 GG

a) Es ist anerkannt, dass allein eine quantitative Erhöhung der (bisherigen) Aufgabenlast nicht ausreichend ist, um das Zustimmungserfordernis i. S. v. Art. 84 I a. F. und n.F. auszulösen.

Vgl.
"*(…) Dazu genügt es grundsätzlich nicht, dass eine Gesetzesänderung nur zu einer quantitativen Erhöhung der Aufgabenlast führt. Im Zusammenhang mit Art. 84 Abs. 1 GG a. F. ist geklärt, dass in der rein quantitativen Vermehrung der Aufgabenlast keine Festlegung des behördlichen Aufgabenkreises liegt, die die Zustimmung des Bundesrates unter dem Gesichtspunkt erfordern würde, dass damit die Einrichtung der Behörden geregelt wird (…). Es mag fraglich sein, ob Entsprechendes uneingeschränkt auch für die Beantwortung der Frage gilt, wann eine Aufgabenübertragung im Sinne des Art. 87d Abs. 2 GG vorliegt. Bei Art. 84 Abs. 1 GG handelt es sich um den Bereich, für den die Verfassung den Ländern die Ausführung der Bundesgesetze als eigene Angelegenheit zuweist (Art. 83 GG). Aus dieser primären grundgesetzlichen Aufgabenzuweisung folgt, dass der Bund durch seine Gesetze die Länder mit Verwaltungsaufgaben belasten kann, und Art. 84 Abs. 1 GG alter wie neuer Fassung knüpft nicht schon an diese Belastung ein Zustimmungserfordernis.*"

BVerfG, Beschluss vom 04.05.2010, Az. 2 BvL 8/07, 2 BvL 9/07, Rn. 143 – juris
(Hervorhebungen nicht im Original)

b) Den Begriff des Verwaltungsverfahrens i. S. d. Art. 84 I GG hat das Bundesverfassungsgericht bereits recht früh definiert; auch enthält die Vorschrift ein grundsätzliches Bekenntnis zum "Wettbewerb" zwischen den Ländern, betreffend die Einrichtung von Behörden und des Verwaltungsverfahrens.

"*Vorschriften, die im Sinne von Art. 84 Abs. 1 GG das Verwaltungsverfahren regeln, sind alle gesetzlichen Bestimmungen, die den Weg und die Form der Willensbildung der Verwaltung bei der Gesetzesausführung betreffen, von der Vorbereitung und dem Beginn des Verwaltungshandelns bis hin zur Entscheidung selbst und deren Durchsetzung ggf. im Wege der Vollstreckung sowie der Entscheidungskontrolle im Bereich der Verwaltung. Die Vorschriften des Verwaltungsverfahrens richten sich dabei nicht nur an die Verwaltung, sondern - wie stets, wenn an einem Entscheidungsprozeß mehrere beteiligt sind - auch an das Gegenüber der Verwaltung, den Bürger. Das ist besonders sinnfällig in den Bereichen der Verwaltung, in denen Leistungen gewährt oder "Ausnahmen" von Regelpflichten eingeräumt werden, wie z. B. bei Steuererleichterungen und Gebührenbefreiungen, in Bereichen also, in denen die Sammlung der für das Verwaltungshandeln erforderlichen Daten nicht allein Sache der Verwaltung ist und sein kann, sondern einer Mitwirkung des Bürgers in bestimmten Formen und Fristen bedarf. Es kommt häufig vor, daß Vorschriften über das Verfahren und Normen materiell-rechtlichen Inhalts nicht nur gesetzgebungstechnisch, sondern auch von der Natur der Sache her eng mit-einander verbunden sind, wie etwa eine Fristbestimmung oder Formvorschrift mit einer – materiell-rechtlich wirkenden – Sanktion des Frist- oder Formenverstoßes. Es kann auch sein, daß eine Norm sowohl verfahrensrechtlichen wie materiell-rechtlichen Inhalt hat, wie bei einem Antragserfordernis, bei dem das "nur auf Antrag" zugleich eine Modalität des Beginns der Verwaltungstätigkeit im Einzelfall und eine Bedingung für das Entstehen eines materiell-rechtlichen Anspruchs regelt. Diese Umschreibung möglicher Normen des Verwaltungsverfahrens entspricht dem Tatbestand staatlicher Verwaltungstätigkeit, wie er*

sich in der Wirklichkeit darstellt. Art. 84 Abs. 1 GG knüpft daran an. Das enge Miteinander oder auch das "Ineinander" von Normen verfahrensrechtlichen und materiell-rechtlichen Inhalts vermag auch und gerade vom Sinn und Zweck des Art. 84 Abs. 1 GG her gesehen nichts daran zu ändern, daß eine solche Norm als - oder als auch - dem Verwaltungsverfahren zugehörig zu qualifizieren ist und damit die Zustimmungsbedürftigkeit des Art. 84 Abs. 1 GG auslöst. Im Gegenteil: der Bundesrat erteilt oder verweigert seine Zustimmung einem Gesetz, auf dessen Inhalt er zwar im Gesetzgebungsverfahren einwirken konnte, dessen endgültige Gestaltung jedoch allein auf der Beschlußfassung des Bundestages beruht (Art. 77 Abs. 1, Abs. 2 Satz 5 GG). Die Entscheidung über das Ausmaß einer "Verschränkung" von materiellrechtlichen und verfahrensrechtlichen Normen in dem von ihm beschlossenen Gesetz trifft mithin der Bundestag. Enthält es sowohl materiell-rechtliche wie verfahrensrechtliche Normen oder kommt einer Vorschrift sowohl materiell-rechtliche wie verfahrensrechtliche Bedeutung zu, so darf das nicht dazu führen, deshalb Art. 84 Abs. 1 GG nicht anzuwenden. Denn sonst wäre nicht mehr gewährleistet, daß der Regelfall der Ausführung der Bundesgesetze als eigene Angelegenheit und damit die Ausgestaltung des Verwaltungsverfahrens "Hausgut" der Länder bleibt, das nach dem Willen des Grundgesetzes vom Bundestag nur von Fall zu Fall und nur mit Zustimmung des Bundesrates geregelt werden darf.“

BVerfG, Beschluss vom 25.06.1974, Az. 2 BvF, 2/73 und 2 BvF 3/73, Rn. 94 – juris

Letztgenannte Grundsätze werden auch nach der Föderalismusreform, die zu Art. 84 I GG n.F. geführt hat, durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 17.07.2002, Az. 1 BvF 1/01, 1 BvF 2/01, bestätigt:
“*Eine Einrichtungsregelung liegt nicht nur vor, wenn ein Bundesgesetz neue Landesbehörden vorschreibt, sondern auch, wenn es den näheren Aufgabenkreis einer Landesbehörde festlegt. Das Verfahren der Landesbehörden wird dagegen geregelt, wenn das Gesetz verbindlich die Art und Weise sowie die Form der Ausführung eines Bundesgesetzes bestimmt. Das ist auch dann der Fall, wenn materiell-rechtliche Regelungen des Gesetzes nicht lediglich die Verwaltungsbehörden zum Handeln auffordern, sondern zugleich ein bestimmtes verfahrensmäßiges Verwaltungshandeln festlegen (vgl. BVerfGE 55, 274, 321; 75, 108, 152).*“

Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 17.07.2002, Az. 1 BvF 1/01, 1 BvF 2/01, Rn. 48 – juris

Nach Art. 84 I 1 GG regeln grundsätzlich die Länder die Einrichtung der Behörden und des Verwaltungsverfahrens. Wenn, wie vorliegend, Bundesgesetze etwas anderes bestimmen, so können die Länder hiervon abweichende Regelungen treffen. In Ausnahmefällen kann der Bund wegen eines besonderen Bedürfnisses nach bundeseinheitlicher Regelung das Verwaltungsverfahren ohne Abweichungsmöglichkeit regeln; diese Gesetze bedürfen dann nach Art. 84 I 6 GG der Zustimmung des Bundesrates. Keinesfalls kann ein Bundesgesetz – noch nicht einmal bei Vorliegen eines besonderen Bedürfnisses nach bundeseinheitlicher Regelung – die Einrichtung einer Behörde ohne Abweichungsmöglichkeit für die Länder regeln. M.a.W., die landesrechtliche Abweichungsmöglichkeit bei Regelungen der Einrichtung von Behörden kann nicht ausgeschlossen werden, noch nicht einmal mittels eines Zustimmungsgesetzes.

Vgl. statt aller: Dittman in: Sachs, a.a.O., Art. 84 Rn. 19 und 22

Die Zuständigkeit der Länder für den Vollzug des Bundesrechts als eigene Angelegen-heit (Landeseigenverwaltung) schließt nach Art. 84 I 1 GG die **Befugnis** zur Regelung der Behördeneinrichtung und des Verwaltungsverfahrens (Landesorganisationsgewalt) ein. Die Länder sind auch, weil S. 1 deren Vollzugsrecht als Regelfall voraussetzt, grundsätzlich nicht nur befugt, sondern auch berechtigt, innerhalb des jeweiligen materiell-rechtlichen Rahmens über die Art und Weise der Gesetzesausführung selbst zu befinden; ihnen steht nicht nur die Wahrnehmungskompetenz, sondern auch die Sachkompetenz zu. Solange der Bund nicht seinerseits regelnd tätig wird, haben die Länder danach im Rahmen ihrer Organisationsgewalt die Freiheit, nach Maßgabe des jeweils geltenden Landes(verfassungsrechts) im Wettbewerb untereinander die Behördenorganisation und das Verwaltungsverfahren nach ihren Vorstellungen zu gestalten.

Vgl. zum Ganzen: Wolff in: Hömig/Wolff, a.a.O., Art. 84 Rn. 3ff.;
Vgl. BVerfGE 126, 77, 101 = Rn. 135 - juris (Unterstreichungen durch den Unterzeichner)

"*Soweit die Länder Bundesgesetze als eigene Angelegenheit ausführen, sind sie grundsätzlich nicht nur befugt, die Gesetze selbst – durch eigene Behörden – auszuführen, sondern auch berechtigt, innerhalb des jeweiligen materiellrechtlichen Rahmens über die Art und Weise der Gesetzesausführung selbst zu befinden; ihnen steht nicht nur die Wahrnehmungskompetenz, sondern auch die Sachkompetenz zu. In diese Sachkompetenz greifen für die Länder verbindliche bundesgesetzliche Verfahrensregelungen ein.*"

c) Was die Normsetzungsbefugnis Bundes im Hinblick auf Behördenorganisation und Verwaltungsverfahren anbelangt, gilt Folgendes:

"*Wegen des in Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG geregelten Abweichungsrechts der Länder ist unerheblich, ob man die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die Behördenorganisation und das Verwaltungsverfahren – auch – in den Sachgesetzgebungskompetenzen der Art. 70 ff. GG begründet sieht (vgl. Hermes a.a.O. Rn. 48) oder aber konstitutiv ohnehin erst in Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG (so Kirchhof a.a.O. Art. 84 Rn. 54; Dittmann a.a.O. Rn. 5). Richtig ist freilich, dass es für eine Normsetzung durch den Bund in Fragen der Einrichtung der Behörden und des Verwaltungsverfahrens der Anknüpfung an eine Sachgesetzgebungskompetenz bedarf; die Regelungskompetenz des Bundes nach Art. 84 GG ist in diesem Sinne akzessorisch (diese Begrifflichkeit verwendend u.a. Trute a.a.O. Rn. 20 m. w. N.).* ***Der Bund verfügt – mit anderen Worten – bei der Ausführung von Bundesgesetzen in Landeseigenverwaltung nur dann über eine Normsetzungsbefugnis im Hinblick auf Behördenorganisation und Verwaltungsverfahren, wenn er im jeweiligen Sachbereich auch das materielle Recht regeln darf. Damit folgt die Regelungskompetenz des Bundes aus Art. 84 Abs. 1 Satz 2 GG einer materiell-rechtlichen Normsetzungskompetenz aus den Art. 70 ff. GG.***"

BVerwG, Urteil vom 26. Juni 2014, Az. 3 CN 1/13, Rn. 12 – juris

<u>3.2. Die obigen Grundsätze im konkreten Fall:</u>

a) Vorliegend handelt es sich nicht um eine bloße Aufgabenzunahme, sondern um die Schaffung **neuer Aufgaben** für die Landesbehörden (hier: Gesundheitsämter), da die vom Gesetz vorgesehenen Ordnungswidrigkeiten (§ 73 Ia Nr. 7a) – 7d) BIfSG) zuvor nicht bestanden haben. Dies gilt auch für das Verwaltungsverfahren z.B. i. S. d. § 12 XII BIfSG n.F., bei dem es sich ebenfalls um ganz neue Behördenpflichten handelt. Die Durchsetzung einer Impfpflicht gegen Masern stellt eine neue Aufgabe dar, da diese durchgehend dadurch gekennzeichnet ist, dass sie gegen den Willen der Betroffenen durchgesetzt wird. Keine der bisherigen Aufgaben der Landesgesundheitsämter, die diese durch Bundes- oder ggf. auch Landesgesetze bislang hatten und haben, ist hiermit hinreichend vergleichbar.

b) Die oben dargelegten Maßstäbe passen uneingeschränkt auf mehrere Vorschriften des sog. Masernschutzgesetzes. Viele Sätze der § 20 VIII – XIII BIfSG enthalten Zuständigkeitsregelungen (vgl. z.B. § 20 IX 2 oder XI 2 BIfSG n.F.) und ordnen zudem ein bestimmtes verfahrensmäßiges Verwaltungshandeln der Behörden an (z.B. § 20 XII 2 und 3 oder auch IX 3 und 4 BIfSG n.F.) Aus § 20 XII 6 BIfSG folgt auch, dass die Landesbehörden entsprechend durch Verwaltungsakt handeln müssen. Auch Sanktionen bei Fristverstößen werden klar geregelt (vgl. § 20 IX 7 sowie XII 3 BIfSG n.F.).

c) Dem Bund ist es jedenfalls durch Art. 7 IV GG verwehrt, die Länder bzw. eine Landesbehörde zu verpflichten, den Privatschulen zu verbieten, bestimmte Lehrer künftig nicht mehr in ihre Schulgebäude hineinzulassen. Dergleichen ist wenn überhaupt, dann nur durch Landesgesetz zu regeln. Insoweit ist für die Privatschulen, die keine verbeamteten Lehrer und keine Lehrer im öffentlich-rechtlichen Angestelltenverhältnis haben, Art. 7 IV 2 GG lex specialis zu Art. 74 I Nr. 27 GG, und auch zu Art. 74 I Nr. 19 GG. Dem Bund steht ersichtlich keine Kompetenz zu, die Privatschulen - gegen deren Willen sowie gegen den Willen von deren Schülern und deren Eltern und nicht zuletzt auch gegen den Willen der Privatschullehrer selbst - am Betreten der Schulgebäude zu hindern. Faktisch werden die Lehrer, Eltern, Schüler und Schulen gezwungen, die Lehrer, die sich weigern, beim staatlichen Impfzwang mitzumachen, zu entlassen, d.h. diesen fristlos oder zumindest ordentlich zu kündigen. Für private KiTa´s gilt dies entsprechend, für die sich die alleinige Zuständigkeit der Länder nicht aus Art. 7 IV 2 GG, sondern aus Art. 70 I GG ergibt. Indem man die Schulen zur Kündigung der Lehrkräfte zwingt, greift der Bund unmittelbar auf den durch Art. 7 IV 2 GG ausdrücklich der Landesgesetzgebung zugeordneten Bereich der Genehmigung von Privatschulen ein. Wenn einem Großteil der Lehrer gekündigt werden muss, gegen den Willen aller Beteiligten, dann wird der zuständigen Landesbehörde kaum etwas übrig bleiben, als eine einmal erteilte Privatschulgenehmigung wieder zu widerrufen. Art. 7 IV GG verbietet es dem Bund ausdrücklich, hierauf einzuwirken. Wie oben dargelegt, schützt Art. 7 IV 1, 2 GG schützt – in den Schranken der Sätze 2 - 4 – die Möglichkeit, zwischen staatlichen geführten und privaten Schulen zu wählen, wobei Letztere häufig Vorreiter bei der Entwicklung neuer pädagogischer Modelle sind.

So zutreffend Wolff in: Hömig/Wolff, a.a.O., Art. 7 Rn. 14

Den hiesigen Privatschülern und auch deren Eltern (Art. 7 IV GG i. V. m. Art. 6 II 1 GG) sowie den Privatschulen wird ein Großteil der Privatschullehrer, potenziell sogar alle (falls sich ab 01.08.2021 alle Privatschullehrer der Zwangsimpfung widersetzen sollten) und damit auch zwangsläufig die Wahlfreiheit zwischen staatlicher und privater Schule weggenommen. Es handelt sich hier nicht nur um Zutrittsverbote, sondern um Berufsverbote, die sich

hinsichtlich des Privatschulbereichs als noch gravierender erweisen, weil es keiner hellseherischer Fähigkeiten bedarf, um vorauszusehen, dass die “Impfzwang-Skepsis“ in Privatschulen deutlich größer ist als in staatlichen Schulen. Es ist daher nicht fernliegend anzunehmen, dass spätestens ab 01.08.2020 viele Privatschulen, Privatschüler sowie die Eltern von Privatschulkindern große Probleme haben werden. Bereits die klare Kompetenzzuweisung in Art. 7 IV GG verbietet es jedoch dem Bund, solche Probleme in Form entsprechender Bundesgesetzgebung zu verursachen.

Das Vorgenannte wird auch nicht durch die – im Grundsatz natürlich zu Recht anerkannten – Figuren der Kompetenz kraft Sachzusammenhangs und der Kompetenz kraft Natur der Sache in Frage gestellt.

aa) Der Annexkompetenz bzw. der Kompetenz kraft Sachzusammenhangs unterliegen nämlich nur Neben- und Hilfsgebiete, die keine eigene Sachmaterie darstellen, sondern nur der Vorbereitung oder Durchführung eines Sachgebiets dienen.
Sannwald in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, GG, Kommentar, 14. Auflage 2018, Vorb. v. Art. 70 Rn. 39; Seiler in: Epping/Hillgruber, a.a.O., Art. 70 Rn. 23 – 23.3. ff (mit dem zutreffenden Hinweis, dass das BVerfG nicht mehr zwischen beiden Unterfällen – Sachzusammenhang oder Annex – unterscheidet)

Ein Sachzusammenhang kann umgekehrt auch eine Kompetenz der Länder begründen. (vgl. Seiler in: Epping/Hillgruber, a.a.O., Art. 70 Rn. 23.3. mit Hinweis auf BVerfGE 138, 261, 274 – Thüringer Ladenschlussgesetz).

Hat der Bund im Hauptgebiet kraft ausdrücklicher Zuweisung die Kompetenz zur Gesetzgebung, unterliegen auch diese Annexgebiete dieser Zuweisung. Eine Kompetenz der Länder wäre dann nämlich widersinnig. Regelmäßig nicht von der Annexkompetenz erfasst sind jedoch Regelungen des Verwaltungsverfahrens, da ansonsten eben die diesbezügliche Zuweisung in Art. 84 I GG an die Länder umgangen werden könnten.

Die Regelung, z.B. Lehrern oder KiTa-Mitarbeitern dauerhafte Zutrittsverbote und dauerhafte Berufsverbote unter dem Deckmantel des Gesundheitsschutzes aufzuerlegen, ist Teil der selbstständigen Materie des Schulrechts bzw. des Rechts der Privatschulen. Schon deshalb greift vorliegend die Figur der Kompetenz kraft Sachzusammenhangs nicht zu Gunsten des Bundes ein. Auch handelt es sich hierbei erkennbar nicht um bloße Nebenmaterien, sondern diese Vorschriften dienen der massiven Nötigung und Durchsetzung des Impfzwangs; sie sind zentraler Inhalt des Gesetzes. Ohne diese massiven Berufsverbote und Eingriffe in die Schulhoheit der Länder und vor allem in die Privatschulfreiheit der Bürger würde dem Gesetz das Kernstück, mindestens aber ein sehr wichtiger Teil fehlen. Gründe, weshalb man ausnahmsweise im hiesigen Fall dem Bund die Kompetenz zur Regelung von Verwaltungsverfahren einräumen sollte, sind nicht erkennbar.

bb) Eine Kompetenz kraft Natur der Sache scheidet erst recht aus. Es ist abwegig anzunehmen, dass dauerhafte Zutrittsverbote und dauerhafte Berufsverbote für Ärzte, die in Krankenhäusern arbeiten wollen, für Lehrer, die an einer staatlichen oder privaten Schule unterrichten wollen oder für Erzieher, die in einer privaten oder staatlichen KiTa arbeiten wollen, schon ihrem Inhalt nach nur bundeseinheitlich durch Bundesgesetz geregelt werden könnten.

Vgl. Seiler, a.a.O., Art. 70 Rn. 24

Somit fehlt dem Bund zumindest im Hinblick auf die § 20 XII 3 BIfSG und § 20 IX 7 BIfSG bereits die Gesetzgebungskompetenz. Dann aber fehlt dem Bund zumindest insoweit aufgrund der oben dargelegten Grundsätze die Kompetenz, die Behördenorganisation und das Verwaltungsverfahren nach Art. 84 I GG festzulegen.

Wollte man das Vorgenannte anders sehen, so würde es sich dennoch bei den verwaltungsverfahrensrechtlichen Inhalten des Gesetzes (s.o.) um solche handeln, die das Gesetz schlechterdings nur als ohne Abweichungsmöglichkeit zugunsten der Länder verstanden wissen kann. Denn würden z.B. einige Länder die Fristen des § 20 IX, X, IX BIfSG oder das behördliche Vorgehen nach § 20 XII BIfSG gänzlich anders regeln würden (z.B. statt “angemessenen Fristen“ i. S. d. § 20 XII 2 BIfSG bewusst sehr großzügige Fristen) würde der behauptete Sinn und Zweck des Gesetzes vereitelt. Auch wenn die fehlende Abweichungsmöglichkeit nicht im Gesetzestext selber ausdrücklich vorgegeben ist und sich auch nicht (expressis verbis) in der Gesetzesbegründung befindet, müsse Fällen denkbar sein, in denen im Falle der Bejahung einer (unveränderten, dem verfassungsrechtlichen Regelfall entsprechenden) Abweichungsmöglichkeit zugunsten der Länder der Sinn und Zweck des Gesetzes “steht und fällt“. Das ist hier gegeben.

3.3. Weitere Gründe, die Zustimmungsbedürftigkeit des gesamten Gesetzespaketes anzunehmen:

Nr. 3 a) und b) des Art. 1 des Gesetzespakets enthält Änderungen, die eindeutig ein Verwaltungsverfahren regeln, und zwar zwischen verschiedenen Bundesbehörden bzw. -ämtern, teils sogar mit internationalen Organisationen. Ein bestimmtes verfahrensmäßiges Verwaltungshandeln der Behörden wird vorgegeben. Das gilt erst recht für den neuen § 9 VI BIfSG n.F.. Dieser verpflichtet die in § 8 BIfSG näher bezeichneten Personen und Stellen personenbezogene Daten an die Bundeswehr zu übermitteln. Ähnliches gilt für § 13 III, IV, V und 6 BIfSG n.F. Auch diese Normen regeln, teilweise äußerst detailliert, das jeweilige verfahrensmäßige Verwaltungshandeln der Behörden (z.B. § 13 VI BIfSG), wobei es sich hier nicht nur um das Handeln zwischen Bundesbehörden, sondern teils auch zwischen Landes- und Bundesbehörden handelt. Es liegt auf der Hand, dass diese Regelungen ihrer Natur nach abweichungsfest i. S. d. Art. 84 I 5, 6 GG sein müssen. Wenn z.B. die Länder bestimmen würden, dass ihre zuständige Landesoberbehörde i. S. d. § 13 VI BIfSG n.F. nicht am dritten, sondern erst am 10. Arbeitstag nach der Eintragung die besagte Mitteilung machen würden und dies auch nicht an das zentrale RKI, sondern z.B. an die eigene oberste Landesoberbehörde, dann würde der Sinn und Zweck des § 13 VI BIfSG n.F. klar verfehlt; die Regelung wäre nicht vollziehbar und sinnlos, wollte man die Abweichungsmöglichkeit zugunsten der Länder i. S. d. Art. 84 I 1, 2 GG hier (immer noch) bejahen.

Ergebnis zum Masernschutzgesetzespaket: Das Gesetzespaket hätte in toto der Zustimmung des Bundesrates bedurft und ist daher nichtig. Damit ist der Begriff der personenbezogenen Daten i. S. d. §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F. gänzlich undefiniert und kann daher erst recht nicht Grundlage für eine Bußgeldbewehrung sein, für die das strenge Bestimmtheitsgebot des Art. 103 II GG gilt.

Eine Verletzung von Art. 2 I GG (Allgemeines Persönlichkeitsrecht) i. V. m. Art. 1 I 1 GG, auch i. V. m. Art. 103 II GG, erscheint aufgrund des Vorgenannten sogar naheliegend. Die Beschwerdebefugnis ist daher auch insoweit eindeutig zu bejahen.

e) Eine Verletzung von Art. 3 I GG erscheint schließlich ebenfalls möglich.

Art. 3 I GG gebietet dem Normgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln. Der Gleichheitssatz gilt sowohl für ungleiche Belastungen als auch für ungleiche Begünstigungen. Verboten ist auch ein gleichheitswidriger Ausschluss von Begünstigungen. Je nach Regelungsgegenstand ergeben sich unterschiedliche Anforderungen, die von gelockerten, auf das Willkürverbot beschränkten Bindungen bis hin zu einer strengen Verhältnismäßigkeitsprüfung reichen.

Vgl. statt aller: Wolff in: Wolff/Hömig, GG, Kommentar, 12. Auflage, Art. 3 Rn. 6 (m. v. w. H.); BVerfGE 79, 17, Rn. 53 – juris; BVerfGE 321, 83, Rn. 21 – juris

Nur unter gewissen, eher engen Voraussetzungen ist dem Gesetzgeber möglich, u.a. durch Stichtage gewisse Pauschalierungen und Typisierungen vorzunehmen. Die anerkannten Voraussetzungen einer Typisierung verlangen u.a. die Darlegung und den Nachweis, dass die mit jeder Typisierung verbundenen Härten nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Personen betrifft.

Wolff in: Wolff/Hömig, GG, Kommentar, 11. Auflage 2016, Art. 3 Rn. 7

Darüber hinaus gelten folgende verfassungsrechtliche Grenzen:

- Eine zulässige Typisierung darf keinen atypischen Fall als Leitbild wählen, sondern muss sich realitätsgerecht am typischen Fall orientieren.

- Eine zulässige Typisierung setzt unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes voraus, dass diese Härten nur unter Schwierigkeiten vermeidbar wären und

- dass sie nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Personen betreffen und dass die ungleiche Wirkung ein gewisses Maß nicht übersteigt.

So Wolff in: Hömig/Wolff, a.a.O., Art. 3 Rn. 7; BVerfGE 117, 31 und 122, 59

§ 20a III 6 BIfSG n.F. ist gleichheitswidrig. Denn diese Vorschrift gilt nach dem klaren Wortlaut und nach dem klaren Sinnzusammenhang nur für Personen, die in den in § 20a I BIfSG n.F. aufgeführten Unternehmen und Einrichtungen **ab dem 16.03.2022** tätig sind. Für alle “Bestandsärzte, -zahnärzte, -reinigungsfachkräfte“ etc. gilt diese Ausnahme aber nicht. Es ist aber nicht ansatzweise verständlich, warum die hiesigen Ärzte, Zahnärzte, Reinigungskräfte, Beamte etc., die nicht erst ab 16.03.2022 tätig werden, sondern bereits jetzt tätig sind, selbst dann, wenn die Voraussetzungen des § 20a III 6 BIfSG n.F. weiterhin Daten “impfsäumiger“ Arbeitnehmer melden müssen und / oder weiterhin sich selbst impfen lassen müssen, während dies für die ab 16.03.2022 tätigen Personen nicht gelten soll. Ein infektionsmedizinisch einleuchtender Grund hierfür ist weder erkennbar noch wird dieser in

der Gesetzesbegründung dargelegt. Man kann diese Ungleichbehandlung auch nicht entgegen dem klaren Wortlaut des § 20a I BIfSG n.F. durch eine Analogie, auch nicht eine begünstigende Analogie, beheben. Denn eine verfassungskonforme Auslegung scheitert hier nicht nur am klaren Wortlaut, sondern auch an der Gesetzessystematik, die da besagt, dass der § 20a III BIfSG n.F. nur für die ab 16.03.2022 tätigen Personen in den besagten Einrichtungen und Unternehmen gilt und der § 20 V BIfSG n.F. nur für alle "Bestandsärzte, -zahnärzte, -reinigungsfachkräfte" etc.. Dies alles kann auch nicht im Rahmen einer verfassungskonformen Auslegung "geheilt" werden, wogegen nicht zuletzt spricht, dass die § 20a III, V BIfSG n.F. bußgeldbewehrt sind.

Somit kann die Beschwerdebefugnis ersichtlich auch auf Art. 3 I GG gestützt werden.

f) Schließlich kommt auch eine Verletzung der Beschwerdeführer in ihren Rechten aus Art. 4 I GG in Betracht.

Grundrechte der Beschwerdeführer aus Art. 4 I GG ein. Es ist das politisch sowie religiös-weltanschauliche, legitime Anliegen sämtlicher Beschwerdeführer, dass sie keine Impfstoffe in ihren eigenen Körper haben wollen, die "Substanzen" aus abgetriebenen Föten enthalten. Dass die Impfstoffe solche "Substanzen" enthalten, kann nicht ernsthaft streitig sein. Aus Sicht der hiesigen Beschwerdeführer beruhen sämtliche Covid-Impfstoffe daher nicht aus ethisch vertretbaren Quellen. Hieran ändert sich auch nichts dadurch, dass bei der Herstellung des Impfstoffes von BioNTech wohl keine fötalen Zellen verwendet werden, d.h. dieser Impfstoff enthält wohl selbst keine fötalen Zellen. Allerdings wurden fötale Zellen in der Entwicklung genutzt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://aerzte-fuer-das-leben.de/wp-content/uploads/2021/03/corona-impfstoffe-ethische-sicht-24-03-21.pdf **- als Anlage B 34.1 -**

Auch deshalb ist es für die Beschwerdeführer, die sich in Gewissensnot befinden, auch nicht vertretbar, sich mit BioNTech impfen zu lassen. Denn auch solche Entwicklungsformen von Impfstoffen können und wollen sie aus ethischen Gründen nicht unterstützen. Sie akzeptieren natürlich, dass andere Menschen dies anders sehen mögen, verlangen aber, dass der Staat auch ihre Gewissensentscheidung akzeptiert, was das neue Gesetz jedoch gerade nicht tut. Die Beschwerdeführer lehnen die unethische Ausbeutung menschlicher Überreste eines abgetriebenen Fötus kategorisch ab, und zwar ungeachtet der Tatsache, dass Teile der Katholischen Kirche dies z.B. für den neuen Corona-Impfstoff jedenfalls in bei nicht näher beschriebenen "ernsthaften Gründen" anders bewerten mögen.

Vgl.
https://www.vaticannews.va/de/welt/news/2020-09/england-bischoefe-abtreibung-covid-impfstoff-astrazeneca.html **- als Anlage B 35 -**

Es wäre mit dem Gewissen der Beschwerdeführer nicht vereinbar, dass sie menschliche Überreste eines abgetriebenen Fötus (hier: sog. humane diploide MRC-5 Zellen sowie auch die "Materialien" anderer Föten (WI-38 und RA 27/3; zudem enthält der Röteln-Impfstoff, der Teil des Kombinationsimpfstoffes ist, fetale Zellen) auf staatlichen Druck und auf staatliche

Anordnung in ihren eigenen Körper aufnehmen müssten bzw. dies den Körpern ihrer Kindern antun oder auch nur die Herstellung eines Impfstoffs auf diese Weise unterstützen würden. Die “Alternative“, künftig nicht mehr als Arzt, Zahnarzt, Beamter, Reinigungskraft etc. tätig zu werden, lehnen sie kategorisch ab. Sie befinden sich insoweit in echter Gewissensnot. Der Gewissenskonflikt der Beschwerdeführer gegen Impfstoffe, die abgetriebenes menschliches Gewebe enthalten und / oder deren Entwicklung hierauf beruht, wird auf dem 11 Seiten starken Link unter

https://aerzte-fuer-das-leben.de/pdftexte/leutner-impfstoffe-und-abtreibung-2019.pdf

- als Anlage B 36 -

dargelegt. Da pauschale Verweise auf Anlagen im Verfassungsbeschwerdeverfahren prozessual nicht unbedenklich sind, wird das Dokument nachfolgend zitiert:

“***Impfstoffe und Abtreibung***

In Deutschland weitgehend unbeachtet läuft in den USA und England seit Jahren eine Auseinandersetzung um Impfstoffe, für deren Herstellung Zellen abgetriebener Kinder (Foeten) verwendet werden. So lehnte in den 1990er Jahren eine katholische Vorschule in England die Teilnahme an einem Impfprogramm der Regierung ab, weil die Röteln-komponente des Mehrfachimpfstoffes von abgetriebenen Foeten stammte. In den USA starteten Eltern- und Lebensschutzgruppen Kampagnen, um die Herstellerfirmen zur Produktion alternativer Impfstoffe zu bewegen oder die Regierung-zu zwingen, Importe von Impfstoffen aus anderen Ländern zuzulassen, die nicht mit Hilfe von Zelllinien aus abgetriebenen Foeten hergestellt wurden. In den 1980er Jahren war das Thema auch in Deutschland kurzzeitig aktuell, geriet dann aber wieder in Vergessenheit. Der Anstoß zu einer erneuten Diskussion kommt von Lebensrechtsorganisationen in den USA, deren Ausführungen hier weitergegeben und ergänzt werden.

Vorbemerkung

Während Impfstoffe gegen bakterielle Erkrankungen keinen ethisch problematischen Hintergrund haben, da für die Vermehrung von Bakterien Wasser, Salze, Zucker und Aminosäuren ausreichen, werden für die Impfstoffherstellung gegen Viruserkrankungen Zellen benötigt, da sich Viren nur in lebenden Zellen vermehren. Diese stammen aus Hühnergewebe, Affennierenzellen, bebrüteten Hühnereiern, Hefezellen, aber auch aus menschlichem fetalem Gewebe.

Ohne *die Nutzung humaner fetaler Zellen erfolgt in Deutschland die Produktion der antiviralen Impfstoffe gegen Grippe, Masern, Mumps, Polio, Hepatitis B, FSME und Gelbfieber. Bereits seit den 1960er Jahren werden aufbereitete Zellen von abgetriebenen Kindern (humane fetale Zelllinien) für die Herstellung bestimmter Aktiv-Impfstoffe vermarktet. Dabei handelt es sich um die Aktiv-Impfstoffe gegen die Virusinfektionskrankheiten Hepatitis A, Röteln und Windpocken, die auch heute noch in Deutschland und europaweit ausschließlich mit Hilfe humaner fetaler Zelllinien hergestellt werden.*

Welche Einzel- und Kombinationsimpfstoffe das sind, ist der beigefügten Impftabelle zu entnehmen. Die humanen fetalen Zelllinien bilden dabei das Nährmedium für die Vermehrung der zur Produktion benötigten abgeschwächten Viren.

Ein ethisch unbedenklicher alternativer Aktiv-Impfstoff gegen Windpocken ist bisher weltweit nicht auf dem Markt.

Gegen Hepatitis A und Röteln werden in Japan aber Aktiv-Impfstoffe angeboten, die nicht mit Hilfe menschlicher Zelllinien aus abgetriebenen Kindern hergestellt werden. Es gibt sie also, weshalb nicht in Deutschland? Laut der 14. Arzneimittelgesetzes-Novelle von 2005 ist der Import aus Drittstaaten (z.B. Japan) nicht mehr gestattet, wenn sich "hinsichtlich des Wirkstoffes identische und hinsichtlich der Wirkstärke vergleichbare Fertigarzneimittel in Deutschland auf dem Markt befinden." (Ausnahme: extreme Allergie gegen die in Deutschland zugelassenen Medikamente, die ärztlich 1 attestiert sein muss). Dieser Sachverhalt trifft auf die Aktiv-Impfstoffe gegen Hepatitis A und Röteln zu, die Herstellungsart wird bei dieser Gesetzesverordnung allerdings nicht berücksichtigt. Ethische Argumente zählen nicht. Man kann also nicht aus Gewissensgründen den Röteln- oder Hepatitis A Impfstoff aus Japan, wo es ja diese Präparate gibt, auf Einzelrezept beziehen, die Internationale Apotheke darf diese Präparate nicht einführen. Diese Einfuhrbeschränkung erstreckt sich auf die gesamte EU.

Bis heute dienen zwei humane Zelllinien, die vom Gewebe abgetriebener Kinder stammen, zur Herstellung von Impfstoffen aus lebenden, abgeschwächten Viren, also Aktiv-Impfstoffen:
Die erste ist die WI-38 Linie (vom Wistar Institute der Universität von Pennsylvania). WI-38 wurde 1961 von Dr. Leonard Hayflick entwickelt, indem er einem abgetriebenen, etwa 3 Monate alten weiblichen Foeten Lungenzellen entnahm. Die Abtreibung erfolgte, weil die Eltern meinten, sie hätten zu viele Kinder. In einem Artikel im "American Journal of Diseases of Childhood" beantwortete Dr. Stanley Plotkin eine Frage nach der Herkunft dieser Zelllinie genauer: "Dieser Foetus wurde von Dr. Sven Gard speziell für diesen Zweck ausgesucht." WI-38 fand Verwendung bei der Herstellung des historischen Impfstoffs RA 27/3 gegen Röteln.

Was den in Deutschland und anderen westlichen Ländern im Handel befindlichen Röteln-Impfstoff betrifft, so gibt es folgende Besonderheit: Sowohl das Virus als auch sein Kulturmedium stammen von abgetriebenen Kindern. Das Röteln-Virus stammte von einem Kind, das abgetrieben wurde, als während der Röteln-Epidemie 1964 in den USA infizierten Frauen zum Schwangerschaftsabbruch geraten wurde. Beim 27.ten abgetriebenen Kind, das wie die anderen sofort seziert wurde, fand man schließlich das Virus. Es wird als Virusstamm RA 27/3 bezeichnet, wobei R für Röteln, A für Abort, 27 für 27.ster Foetus und 3 für die dritte Gewebeprobe steht. Der abtreibende Arzt arbeitete mit dem Wistar Institut zusammen, um die abgetriebenen Kinder zu sammeln und das Virus zu isolieren. Das Virus wurde anschließend in Lungenzellen (WI-38) eines anderen abgetriebenen, etwa 3 Monate alten weiblichen Foeten gezüchtet. Die Entwicklung des neuen Impfstoffes erfolgte in Philadelphia, er wurde an Waisenkindern getestet.

Die amerikanische Lebensrechtsbewegung bemerkt dazu: "Wenn man bedenkt, dass es bereits zwei zugelassene Röteln-Impfstoffe gab und dass man genau dasselbe hätte tun

können, was die Japaner gemacht haben, um das Virus zu isolieren, nämlich einen Abstrich aus dem Hals eines infizierten Kindes zu nehmen, so ist offensichtlich, dass dieser Impfstoff entwickelt wurde, um Forschungen an fetalem Gewebe zu rechtfertigen.“

Die zweite menschliche Zelllinie, die zur Herstellung von Impfstoffen aus lebenden, abgeschwächten Viren, also Aktiv-Impfstoffen, verwendet werden, ist die MRC-5 Linie (vom Londoner Medical Research Council) mit ebenfalls fetalen menschlichen Lungenzellen. Sie stammen von einem 14 Wochen alten männlichen Foeten, der aus “psychiatrischen Gründen“ von einer 27 Jahre alten Frau in Großbritannien abgetrieben wurde. MRC-5 wurde 1966 von J.P. Jacobs hergestellt.

*Dass es eine “**Abortion-vaccine-connection**“ gibt, wird von den Herstellerfirmen bestritten. Die Abtreibungen seien nicht durchgeführt worden, um fetale Zellen für die Impfstoffproduktion zu erhalten. Dr. Hayflick erörterte jedoch schon 1961, wie ökonomisch und einfach es ist, fetales Gewebe zu nutzen im Gegensatz zu anderen Kultur-medien, die nicht so leicht verfügbar sind: “Die Isolierung und Charakterisierung der aus fetalem Gewebe gewonnenen humanen diploiden Zelllinien macht diesen Zelltyp als Substrat für die Produktion von Virusimpfstoffen geeignet.“ Da die fetalen Zellen ohne sofortige Maßnahmen nicht lange überleben, müssen Wissenschaftler und Abtreiber zusammenarbeiten, um das begehrte Gewebe zu erhalten.*

Dazu der amerikanische Humanembryologe Dr. C. Ward Kischer: “Um 95% der Zellen zu erhalten, ist es nötig, das lebende Gewebe innerhalb von fünf Minuten zu präparieren. Innerhalb einer Stunde würde der Verfall der Zellen weitergehen und die Exemplare wertlos machen.“ Wertlos für die Zellkultur von Impfstoffen ist in der Regel auch das Gewebe von Spontanaborten, da der Grund für den Abort, z.B. eine virale oder bakterielle Infektion, ein Chromosomendefekt oder ähnliches, das Gewebe nutzlos für die strengen Standards der Impfstoffhersteller macht.

Für pharmazeutische Zwecke wurden in der Folgezeit noch weitere menschliche Zelllinien produziert, die aber für die zurzeit in Deutschland erhältlichen Impfstoffe keine Verwendung finden.
Die Zelllinien, die in den 1960er Jahren aus abgetriebenen Foeten hergestellt wurden, werden auch heute noch zur Impfstoffherstellung verwendet. Dabei dient die Zelllinie als Medium zur Vermehrung der benötigten Viren. Laut Aussage der entsprechenden Firmen brauche man dabei nur sehr wenig “Material“, sodass noch ausreichend Substrat der damals hergestellten Zelllinien vorhanden sei, die in flüssigem Stickstoff tiefgefroren vorliegen und damit haltbar seien.
Ethische Einschätzungen und Bedenken zu Impfstoffen, für deren Produktion Zellen von abgetriebenen Foeten verwendet werden (auch wenn deren Abtreibung schon mehr als 40 Jahre zurückliegt), wurden unter anderem von der Päpstlichen Akademie für das Leben in einem Statement im Juli 2005 veröffentlicht.

Das überaus lesenswerte, mit Handlungsvorgaben versehene Papier ist nachzulesen unter:
http://www.aktion-leben.de/fileadmin/dokumente/PDF-Archiv/H-027.pdf
Die ethischen Aussagen in diesem Originalpapier sind natürlich zeitlos, die aktuellen Impfpräparate für Deutschland sind der beigefügten Impftabelle zu entnehmen und unter: https://cogforlife.org/germany.

Hier ist nicht die gesamte Stellungnahme der “Päpstlichen Akademie für das Leben“ abgedruckt, aber die wesentlichen Punkte.

In den Vereinigten Staaten von Amerika haben bekannte Lebensschützer wie etwa Judie Brown, Mitbegründerin der “American Life League“, Eltern wiederholt dazu aufgefordert, moralisch einwandfreie Impfstoffe zu verlangen 1. Entgegen der immer wieder vom National Catholic Register verbreiteten, angeblichen Stellungnahme des Lebensrechtlers Bernard Nathanson, dass für ihn die Nutzung von humanen fetalen Zellen für die Herstellung von Impfstoffen vertretbar sei 2, lässt die Originalaussage von ihm diesen Schluss nicht zu. 3 Diese Aussage machte Bernard Nathanson im Jahr 2000, also nach seiner Abkehr von seiner jahrelangen Tätigkeit als Leiter einer großen Abtreibungsklinik und nach der Veröffentlichung seines Videos “Der Stumme Schrei“ und stimmt voll mit den hier gemachten Ausführungen überein.

Alle Kommentatoren sind also der Meinung, dass die Fakten der Impfstoffherstellung bekannt gemacht und die Impfstoff-Hersteller dazu gebracht werden müssen, ihre ethisch bedenklichen Produkte durch ethisch einwandfreie zu ersetzen. Außer bei der Herstellung bestimmter Impfstoffe finden in Deutschland heute auch humane fetale Zelllinien neueren Datums in der Forschung und bei der Produktion von anderen Medikamenten Verwendung. Es gibt pharmazeutische Firmen, die sich auf die Herstellung solcher Zelllinien spezialisiert haben. Eine herausragende Stellung nahm hierbei die Firma Crucell in Leiden, Niederlande ein. Auf ihrer Homepage teilte die Firma für Jedermann freimütig mit: “Unsere PER.C6-Technologie dient nicht nur der Herstellung von Impfstoffen, sondern ist auch in idealer Weise geeignet für die Produktion von monoklonalen Antikörpern, Gentherapievektoren und therapeutischen Proteinen.“ 2011 wurde die Firma Crucell vom US-Mischkonzern Johnson + Johnson “geschluckt“ (Internet). Die Verwendung von humanen fetalen Zellen geht weiter – der Einzelne kann sie schon lange nicht mehr überschauen - , sie weitet sich aus auch in andere Bereiche von Medizin und Forschung bis hin zur Kosmetikindustrie. Oft ist selbst Wissenschaftlern nicht immer bekannt, wenn “versteckt“ fetale Zellen in einem Produkt zum Einsatz kommen, für deren Nutzung ungeborene Kinder sterben bzw. ihre Tötung zeitlich dem technischen Prozess angepasst werden muss, da ansonsten das kindliche Gewebe nicht mehr brauchbar ist. Leider scheint es auch so zu sein, dass viele Wissenschaftler nichts mehr dabei finden, Zellen von Embryonen oder von abgetriebenen Foeten zu “verzwecken“. Dies dürfte nur der Anfang einer Entwicklung sein, die sich immer weiter ausbreitet. Deshalb kommt der Aufklärung und Sensibilisierung der Bevölkerung große Bedeutung zu.

Firmen geben sogar auf ihrer Homepage an, dass sie auf Tierversuche weitgehend verzichten und zum großen Teil mit “Zellkulturen“ arbeiten.

Forscher und Wissenschaftler müssen daher aufgefordert werden, endlich bevorzugt die durchaus vorhandenen ethisch unbedenklichen “Nährmedien“ für die Vermehrung bestimmter Viren einzusetzen, statt vielfach den scheinbar einfachsten Weg der Verwendung von embryonalen bzw. fetalen Zellen zu gehen, da sich Viren nun mal sehr gut in diesen Zellen vermehren. Ferner sollten Pharmafirmen w e n i g s t e n s Alternativen zu bereits vorhandenen, ethisch problematischen Produkten herstellen – ähnlich wie beim Tollwutimpfstoff, bei dem in Deutschland die Wahlmöglichkeit zwischen einem mit humanen fetalen Zellen und einem mittels Hühnergewebe hergestellten Impfstoff besteht. Bis es diese

Alternativen in unserem Lande gibt, ist die Regierung gefordert, z.B. für die genannten Impfstoffe für alle Menschen ethisch unbedenkliche Importe aus anderen Ländern (z.B. Japan) zu einem erschwinglichen Preis zuzulassen, die nicht mit Hilfe humaner fetaler Zellen hergestellt werden. Außerdem sollten pharmazeutische Firmen in einer für Laien verständlichen Form angeben müssen, wenn menschliche embryonale oder fetale Zellen "irgendwo im Herstellungsprozess" ihrer Medikamente verwendet werden (vollständige Kennzeichnungspflicht). Dies gilt in gleicher Weise für die Forschung, wo man oft erst durch detektivische Kleinarbeit herausfindet, dass und wo humane fetale Zelllinien zum Einsatz kommen. Der aufgeklärte Verbraucher kann dann seine Entscheidung selbst treffen – ähnlich wie bei gentechnikfreien Produkten. Den weltanschaulichen Bedenken vieler Menschen wäre damit Rechnung getragen.

Zusammenfassung

In Deutschland und europaweit gibt es keine Aktiv-Impfstoffe gegen die Virus-Infektionskrankheiten Hepatitis A, Röteln und Windpocken, die nicht mit Hilfe menschlicher Zelllinien von abgetriebenen Kindern (Foeten; humane fetale Zellen) hergestellt werden. Gegen Windpocken sind weltweit keine Alternativen erhältlich, dagegen werden in Japan gegen Hepatitis A und Röteln auch ethisch unbedenkliche alternative Aktiv-Impfstoffe produziert, die aber nicht eingeführt werden dürfen. Eltern, denen die genannten Fakten bekannt sind, stehen oft in einer Gewissensnot zwischen der Notwendigkeit der Impfung ihrer Kinder und der Verwendung dieser ethisch nicht akzeptablen Impfstoffe. Es gibt in Deutschland (und der gesamten EU) keine Möglichkeit, dass Menschen aus Gewissensgründen ethisch unbedenkliche Impfstoffe über die Internationale Apotheke auf Privatrezept aus Japan einführen dürfen. Für die Herstellung von Impfstoffen gegen die genannten Viruserkrankungen benötigt man bestimmte Viren, die sich sehr gut in humanen fetalen Zellen vermehren. Die vor über 40 Jahren hergestellten Zelllinien werden auch heute noch zur Impfstoffproduktion verwendet, da nur sehr wenig "Material" benötigt werde. Auch wenn die Abtreibung dieser Kinder schon über 40 Jahre zurückliegt und die Impfstoffe für einen guten Zweck (nämlich zur Impfung) genutzt werden – aus moralischer Sicht verjährt Tötung nie und der Zweck heiligt niemals die Mittel.

Dabei wäre es aus Sicht der Wissenschaft nicht schwierig, Impfstoffe herzustellen, die für alle Menschen ethisch unbedenklich wären, wenn man nur wollte. Die Pharmaindustrie und die zulassenden Behörden sehen darin allerdings kein ethisches Problem. Dass Eltern die moralische Pflicht haben, ihre Kinder impfen zu lassen, hat auch der Vatikan in einer Stellungnahme 2005 hervorgehoben, gleichzeitig aber bekräftigt, dass die Eltern dieses Wissen über die unethischen Impfstoffe weiter verbreiten müssen, damit sich die Situation ändert (s. S.4 Hauptteil). Wenn also Kinder in Deutschland und europaweit aktiv gegen Hepatitis A, Röteln oder Windpocken geimpft werden, dann handelt es sich ausschließlich um Präparate, die mit Hilfe abgetriebener Foeten hergestellt wurden.

Vorsicht bei Kombinationsimpfstoffen gegen verschiedene Infektionskrankheiten!
Weshalb stellt man nicht wenigstens Alternativimpfstoffe her, die für alle Menschen ethisch unbedenklich sind – technisch sei dies laut Aussage von Wissenschaftlern in der Regel kein Problem – und bietet außerdem z.B. in Deutschland wieder wie früher die schon immer ethisch unbedenklich produzierten Impfstoffe gegen Masern und Mumps auch als Einzelimpfstoffe an und nicht nur ausschließlich als Kombinations-impfstoffe zusammen mit

ethisch bedenklich produzierten Präparaten (in Japan längst erfolgt)? Als Antwort erhält man die Aussage, dass dies eine Entscheidung der Pharmaindustrie sei. Diese sieht jedoch keine ethischen Probleme in der Herstellung und dem Vertrieb dieser mit Hilfe von humanen fetalen Zellen hergestellten Impfstoffe und würde doch wohl niemals die Produktion dieser finanziell lukrativen Medikamente einstellen, nur weil ein Teil der Bevölkerung ethische Bedenken dagegen hat, da die Zelllinien vor über 40 Jahren produziert wurden, die damals gewonnenen Zelllinien immer noch ausreichen für die heutige Produktion der Impfstoffe, die Impfung sich zig-millionenfach in der Prävention dieser Infektionskrankheiten bewährt hätte, sie sicher seien ohne ersichtliche Nebenwirkungen (einige werden allerdings in USA diskutiert) und einem guten Zweck dienten.

Erst wenn ein größerer Teil der Bevölkerung protestiert, wird die Pharmaindustrie reagieren. Dazu müssen die Menschen aber erst mal informiert sein. Dies sehen wir als unsere und die Aufgabe derer an, denen die Fakten bekannt sind. Selbst Ärzte wissen oft zu wenig über diese Fakten.
Bis aber wenigstens ethisch unbedenkliche Alternativen zu den Aktiv-Impfstoffen gegen Hepatitis A, Röteln und Windpocken in unserem Lande produziert werden, ist die Regierung gefordert, Importe aus anderen Ländern (z.B. Japan) zu einem erschwinglichen Preis zuzulassen, die nicht mit Hilfe humaner fetaler Zellen hergestellt werden. Abgesehen von den genannten Impfstoffen werden heute immer häufiger humane fetale Zellen in der Forschung, bei der Herstellung von weiteren Arzneimitteln bis hin zur Kosmetikindustrie und in anderen Bereichen verwendet. Es gibt Firmen, die sich auf die Herstellung von humanen fetalen Zelllinien spezialisiert haben. Dabei werden die Abtreibungen zeitlich so getimet, dass die Tötung der ungeborenen Kinder dem technischen Prozess angepasst wird, da ansonsten das fetale Gewebe unbrauchbar würde. Leider scheint es auch so zu sein, dass viele Wissenschaftler nichts mehr dabei finden, Zellen von Embryonen oder von abgetriebenen Foeten zu "verzwecken". Da dies nur der Anfang einer Entwicklung sein dürfte, die sich immer mehr ausbreitet, kommt der Wissensverbreitung über diese ethischen Missstände und der Sensibilisierung der Bevölkerung große Bedeutung zu. Der vielseitige Einsatz humaner fetaler Zelllinien in der Forschung und bei der Herstellung pharmazeutischer Produkte ist schon heute nicht mehr überschaubar. Außerdem sollten pharmazeutische Firmen in einer für Laien verständlichen Form angeben müssen, wenn menschliche embryonale oder fetale Zelllinien "irgendwo im Herstellungsprozess" ihrer Medikamente verwendet werden (vollständige Kennzeichnungspflicht). Dies gilt auch für die Forschung, wo man oft erst durch detektivische Kleinarbeit herausfindet, dass und wo humane fetale Zelllinien zum Einsatz kommen. Der informierte Verbraucher könnte dann seine Entscheidung selbst treffen – ähnlich wie bei gentechnikfreien Produkten. Den weltanschaulichen Bedenken vieler Menschen wäre damit Rechnung getragen. Vermutlich würde sich dadurch auch der jetzige Status quo einer stillschweigenden Akzeptanz dieser Impfstoffe und weiterer Produkte, die mit Hilfe humaner Zellen aus abgetriebenen Kindern hergestellt werden, durch eine uninformierte Öffentlichkeit ändern.

Weitere Literatur bei der Verfasserin. Dr. med. Elisabeth Leutner November 2017"

Was die ethischen Bedenken anbelangt, die in der **Anlage B 35** und **B 36** vorgetragen werden, schließen sich die hiesigen Beschwerdeführer dem vollumfänglich an. Diese Thematik gilt für alle zugelassenen Covid-Impfstoffe entsprechend und unverändert. Es ist

auch ausgeschlossen, dass auch nur dieser Mangel bis zum 15.03.2022 von den Pharmafirmen behoben werden wird.

Ein Eingriff in Art. 4 I GG liegt daher eindeutig vor.

Dieser Eingriff dürfte zum einen schwerwiegend sein, weil der Staat durch den § 20a IV BIfSG n.F. immer wieder in regelmäßigen Abständen die Beschwerdeführer zwingt, gegen ihr Gewissen zu handeln. Des Weiteren dürfte der Eingriff schon deshalb unverhältnismäßig sein, weil sich bundesweit nur sehr wenige Personen überhaupt auf eine solche Gewissensentscheidung berufen. Schließlich ist das Gesetz bereits deshalb unverhältnismäßig, weil das Gesetz – entgegen der Tendenz in der Judikatur des EGMR – noch nicht einmal eine Ausnahmemöglichkeit, die auf Gewissensentscheidungen beruht, vorsieht. Eine Auslegung des § 20a I S. 2 BIfSG n.F., dass eine medizinische Kontraindikation auch eine Ablehnung der Impfstoffe aus triftigen, wohlbegründeten Gewissensgründen umfasst, scheitert am eindeutigen Wortlaut der Vorschrift sowie auch daran, dass Ausnahmevorschriften eng auszulegen sind.

Daher kann die Beschwerdebefugnis auch auf Art. 4 I GG gestützt werden.

Weiterer umfangreicher Vortrag wird in separaten Schriftsätzen erfolgen.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 3 – B 36

21. Dezember 2021

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
BvR-Az.: noch nicht bekannt
früheres Az. AR: 9698/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird auf das gerichtliche Hinweisschreiben vom 16.12.2021, welches hier am 20.12.2021 eingegangen ist, mitgeteilt, dass der Schwerpunkt der hiesigen Verfassungsbeschwerde zum einen auf der gerügten Verletzung von Art. 2 II 1 GG (i. V. m. Art. 19 I 2 GG) liegt, zum anderen aber auch auf der Verletzung von Art. 103 II GG i. V. m. der bereits evidenten formellen Verfassungswidrigkeit des gesamten Maserngesetzespakets. Wir bitten daher höflich erneut um Zuteilung eines BvR-Aktenzeichens und um Abklärung der Zuständigkeit innerhalb des Bundesverfassungsgerichts.

In Ergänzung zu unserem Schriftsatz vom 17.12.2021, der dem Bundesverfassungsgericht bereits vorliegt, bitten wir zunächst höflich um Ergänzung des Rubrums wie folgt:

1. […]
30. neu!
31. neu!
32. neu?

Der Beschwerdeführer Nr. 30 ist praktizierender Arzt in seiner Praxis für Urologie in Xxxxx. Er ist zweifach geimpft, will aber die Verpflichtung zum Dauerimpfen gemäß § 20a IV BIfSG n.F. nicht mehr mitmachen und sieht hierin u.a. einen massiven, verfassungsrechtlich nicht gerechtfertigten Eingriff in seine körperliche Unversehrtheit und in sein Grundrecht auf Leben (Art. 2 II 1 GG) sowie auch in seine Berufsfreiheit (Art. 12 I GG).

Die Beschwerdeführerin Nr. 31 ist seit 01.01.1992 als angestellte Hebamme mit einem 92%-Stellenanteil, zunächst in einem Krankenhaus, tätig gewesen. Im Rahmen einer Krankenhausfusion wurde die Geburtshilfe 2014 an einem gemeinsamen Standort zusammengelegt, wo sie weiterhin arbeitet. Sie wird durch § 20a I 1 Nr. a) und f) BIfSG n.F. in ihren Grundrechten aus Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG massiv eingeschränkt.

Der Ehemann der Beschwerdeführerin Nr. 31, der Beschwerdeführer Nr. 32, ist seit dem 14.11.2012 als Reinigungskraft mit 10 Wochenarbeitsstunden angestellt. Er hat keinen Kontakt zu vulnerablen Personengruppen.

Die Ausführungen knüpfen an die bisherige Nummerierung unter **A) 4.)** “Beschwerdebefugnis“ an:

g) Mögliche Verletzung von Art. 6 II GG

Art. 6 II GG schützt u.a. auch die religiöse und auch die gesundheitlich-medizinische Sorge der Eltern für ihre Kinder. Garantiert wird der Vorrang der Eltern, ihre Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit bei der Pflege und Erziehung der Kinder. Aus der primären Erziehungszuständigkeit der Eltern folgt aber, dass der Staat seine eigenen Vorstellungen von einer gelungenen Kindererziehung grundsätzlich nicht an die Stelle der elterlichen Vorstellungen setzen darf.

BVerfG, Beschluss vom 19.11.2014, Az. 1 BvR 1178/14, Rn. 22 – juris; Antoni in: Hömig/Wolff, a.a.O., Art. 6 Rn. 13

Das Erziehungsrecht derjenigen Beschwerdeführer, die Kinder haben, wird durch § 20a BIfSG n.F. ebenfalls eingeschränkt. Die Kinder können nicht einmal mehr ein von den Eltern befürwortetes Praktikum machen, ohne dass sie der Dauerimpfpflicht nach dieser neuen Vorschrift unterliegen. Egal, ob die Kinder ein Praktikum beim Zahnarzt machen, um diesen Beruf kennenzulernen oder ein freiwilliges soziales Jahr im Krankenhaus, in einer Entbindungseinrichtung oder in einer Praxis für Physiotherapie, das Erziehungsrecht der Eltern, die ein Praktikum ohne Impfung wünschen, wird eingeschränkt. Entsprechendes gilt für minderjährige Kinder, die eine bezahlte Teilzeit- oder Minijobstelle in einem Krankenhaus, einer Zahnarztpraxis oder einer Entbindungseinrichtung annehmen, um sich neben dem Taschengeld ein wenig und eigenständig hinzuzuverdienen. Wünschen die Eltern dergleichen im Rahmen ihres Erziehungsrechts für ihre ungeimpften Kinder, ist ihnen dies spätestens ab 15.03.2022 untersagt.

Dieser Eingriff begegnet ebenfalls im Hinblick auf den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz erheblichen Bedenken. Dies vor allem aufgrund des § 20a IV BIfSG n.F., der sogar minderjährigen Kindern, die längere Praktika, ein freiwilliges soziales Jahr oder eine längere Stelle in den Einrichtungen und Unternehmen, die § 20a I BIfSG n.F. auflistet, absolvieren bzw. annehmen wollen, eine Dauerimpfpflicht auferlegt – und dies nach dem freien Belieben jeder der Exekutive, die die Dauer von Impfstoffen - nach gesetzlich noch nicht einmal ansatzweise im Vorfeld klar definierten Kriterien - steuern können. Schließlich ist es auch hinsichtlich des Eingriffs in Art. 6 II GG bedenklich, wenn die Eltern ihren ungeimpften Kindern, die ungeimpft bleiben sollen, noch nicht einmal eine Arbeitsstelle oder ein Praktikum anbieten dürfen, welches ohne Kontakt zu den sog. vulnerablen Personen abläuft. So ist es z.B. ohne Weiteres denkbar, dass auch ein Minderjähriger diverse Tätigkeiten in einer Zahnarzt- oder Arztpraxis oder im Krankenhaus ohne Kontakt zu den vulnerablen Gruppen ausübt. Seien dies Reinigungsarbeiten nach 18 oder 19.00 Uhr, wenn alle Patienten der Praxis nicht mehr anwesend sind, seien es Büroarbeiten, die auch abends erledigt werden können. Schließlich ist es auch sehr bedenklich, dass der Gesetzgeber sogar minderjährige Personen, die über ausreichend natürliche Immunität verfügen, zu einem “Dauerimpfpflicht-Abonnement“ verpflichtet und auch die Definition einer sog. genesenen Person, genauso wie die Definition einer Person mit vollständigem Impfstatus oder nicht mehr vollständigen Impfstatus, in den §§ 20 I, IV BIfSG n.F. zu 100% der Exekutive überlässt.

Die Beschwerdebefugnis kann daher auch auf Art. 6 II GG gestützt werden.

h) Art. 10 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG

Einige der Vorschriften greifen schließlich auch in das Grundrecht aus Art. 10 I GG ein.

Die neue Verpflichtung der Arbeitgeber in § 20a II 2 BIfSG n.F., personenbezogene Daten an das Gesundheitsamt oder eine andere staatliche Behörde zu übermitteln, greift in das Grundrecht aus Art. 10 I GG deshalb ein, weil auch dieses Grundrecht, das Recht, nicht mit staatlichen Behörden kommunizieren zu müssen und auf diese Weise auch die Preisgabe eigener Daten zu vermeiden, ein. Die Beschwerdeführer, die Arbeitgeber sind (z.B. die Beschwerdeführer Nr. 5, Nr. 4 und Nr. 6) lehnen eine Kommunikation mit dem Gesundheitsamt insoweit ab. Sie wollen weder persönliche Daten ungeimpfter Mitarbeiter übersenden noch wollen sie auf diese Weise eigene Daten übersenden (etwa für den Beschwerdeführer Nr. 5 die Information, dass die Beschwerdeführerin Nr. 27 bei ihm angestellt ist und dass er nicht geimpfte und nicht genesene Mitarbeiter eingestellt hat und auch weiterhin bei sich beschäftigen will), und zwar weder per E-Mail noch per Brief noch per Telefon.

Wie bei jedem Freiheitsgrundrecht wird immer auch die negative Freiheit geschützt, etwas nicht zu tun, hier also die Entscheidung, die eigene Telefonnummer und die eigene E-Mail-Adresse nicht – zumindest nicht zum Zwecke der Ermöglichung einer staatlich erzwungenen Impfpflicht – herauszugeben, eben weil man mit gewissen Behörden nicht kommunizieren will, d.h. von diesen keine E-Mails, Postschreiben oder Anrufe erhalten will und auch an diese keine versenden “wollen muss“. Diese Entscheidung, hinsichtlich dieser Behörden (auch) keine Fernmeldekommunikation führen zu wollen, ist ebenfalls durch Art. 10 I GG geschützt – ähnlich, wie Art. 4 GG die Freiheit nicht zu glauben und die Freiheit, sich die Glaubensinhalte anderer nicht anhören zu müssen, schützt.

Dieser Eingriff ist schon deshalb formell verfassungswidrig, weil der Art. 10 I GG in § 20a VII BIfSG n.F. nicht i. S. d. Art. 19 I 2 GG zitiert wird. Darüber hinaus ist auch dieser Grundrechtseingriff im Hinblick auf die Verhältnismäßigkeit der Maßnahme sehr zweifelhaft. Insoweit kann auf die obigen Darlegungen und auch bereits die Darlegungen im Schriftsatz vom 17.12.2021 verwiesen werden. Die dortigen Ausführungen zur Unverhältnismäßigkeit des Gesetzes gelten, insbesondere diejenigen zu Art. 2 II 1 GG, gelten analog.

i) Mögliche Verletzung von Art. 11 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG

Zunächst ist festzuhalten, dass sich auf Art. 11 I GG auch Minderjährige berufen können. Art. 11 I GG schützt das Grundrecht, unbehindert von staatlichen Einwirkungen und Begrenzungen, mögen diese durch Verwaltungsakte oder durch Gesetze erfolgen, an jedem Ort innerhalb der Bundesgebietes Aufenthalt oder Wohnsitz zu nehmen.

Vgl. z.B. BVerfGE 2, 266 (Leitsatz 1 und Rn. 23 – juris)

Dies schließt die Fortbewegung zum Zwecke des Ortswechsels und der Begründung eines (neuen) Aufenthalts an dem Ort mit ein. Unter Aufenthalt ist das vorübergehende Verweilen zu verstehen, wobei eine für die Persönlichkeitsentfaltung relevante Dauer, d.h. keine bloß flüchtige, sehr kurze Anwesenheit gemeint ist. Auch die Begründung mehrerer Wohnsitze wird durch Art. 11 I GG geschützt.

von Coelln in: Gröpl/Windthorst/von Coelln, a.a.O., Art. 11 Rn. 8 - 10; Kingreen/Porscher, Grundrechte – Staatsrecht II, 400 Seiten, 35. Auflage 2019, Rn. 917 und 919;

Vorliegend halten sich die Beschwerdeführer Nr. 4, Nr. 5, Nr. 6 etc. teilweise 50 bis 70 Stunden pro Woche auf. Sie nehmen dort immer wieder Aufenthalt, der im Hinblick auf die Persönlichkeitsentfaltung auch sicher nicht nur völlig unerheblich ist. Von einer nur sehr flüchtigen Anwesenheit in ihren Arztpraxen, in denen sie insbesondere in den Pausen natürlich auch z.B. regelmäßig private Anrufe u.Ä. vornehmen, kann keine Rede sein. Ferner wird nach dem Ende der Öffnungszeiten und nach dem Weggang des letzten Patienten oft noch längere Zeit in der Praxis verblieben, um diverse Dinge des täglichen Lebens zu tun. Bei Personen, die ein kostenloses, längeres Praktikum absolvieren oder im Rahmen des geltenden Rechts kostenlos zur Probe arbeiten, tritt der berufsbezogene Hintergrund zudem in den Hintergrund.

Als Eingriffe in Art. 11 sind ferner solche Maßnahmen zu bewerten, die objektiv darauf abzielen, die Freizügigkeit zu beschränken.

Ogorek in: Epping/Hillgruber, Kommentar, 3. Auflage 2020, Art. 11 Rn. 20 – juris

Auch mittelbar-faktische Eingriffe in das Grundrecht aus Art. 11 I GG sind anerkannt.

Vgl.
“*Auch staatliche Maßnahmen, die eine mittelbare oder faktische Wirkung entfalten, können Grundrechte beeinträchtigen und müssen daher von Verfassungs wegen hinreichend gerechtfertigt sein (vgl. BVerfGE 105, 279 <300 f.>). Solche Maßnahmen können in ihrer Zielsetzung und Wirkung einem normativen und direkten Eingriff gleich-kommen und müssen dann wie dieser behandelt werden (vgl. BVerfGE 105, 252 <273>).*“

BVerfG, Urteil vom 17.03.2004, Az. 1 BvR 1266/00, Rn. 35 – juris

Die hiesigen Handlungen, Tätigkeiten und Aufenthaltsnahmen wiederholen sich regelmäßig und sind auch in zeitlicher Hinsicht jedenfalls nicht völlig unerheblich ist. Die hiesigen Beschwerdeführer nehmen daher in ihren privaten Praxen regelmäßig Aufenthalt. Der Wohnsitz ist dabei die dauerhafte, der Aufenthalt die vorübergehende Verlagerung und Beibehaltung des räumlichen Lebensmittelpunktes. Zusammengenommen ergeben die Aufenthalte in den privaten Praxen pro Woche mehrere Tage.

Hoheitlich angeordnete Aufenthalts- oder Zutrittsverbote stellen einen Eingriff in Art. 11 I GG dar. Für einen staatlichen Legislativakt, der nicht nur staatliche, sondern auch private Zahnarzt- und Allgemeinmedizinerpraxen, Physiotherapiepraxen etc. - und dies auch noch bußgeldbewehrt (vgl. § 73 Ia Nr. 7 e) – 7h) BIfSG n.F.) - dazu verpflichtet, Aufenthaltsverbote oder Zutrittsverbote zu befolgen, die von der Behörde angeordnet worden sind, gilt dies ebenfalls und erst recht.

Dieser Eingriff ist schon deshalb evident verfassungswidrig, da auch Art. 11 I GG nicht in § 20a VII BIfSG n.F. im Sinne des Art. 19 I 2 GG zitiert wird. Zudem gelten die zu Art. 2 II 1

GG dargelegten massiven Zweifel an der Verhältnismäßigkeit des Grundrechtseingriffs auch hinsichtlich des Art. 11 I GG entsprechend.

Die Beschwerdebefugnis kann daher auch problemlos auf Art. 11 I GG gestützt werden.

j) Mögliche Verletzung von Art. 12 I GG

Die angefochtenen Normen könnten schließlich auch mit Art. 12 I GG unvereinbar und nichtig sein. § 20a I – VII BifSG n.F. schränkt die Berufsfreiheit massiv ein, indem sie für ungeimpfte und ungenesene Personen sowohl ein Berufsverbot als auch ein Betretungsverbot statuiert. Die Verpflichtungen, sich beliebig oft impfen lassen zu müssen, folgt insbesondere aus § 20a I 1, II – VI BIfSG n.F., wobei die ausdrücklichen Berufs- und Betretungsverbote in den § 20a III 4, 5, V 3 BIfSG n.F. geregelt sind sowie die Verpflichtung, sich regelmäßig “nachboostern“ lassen zu müssen, in § 20a IV BIfSG n.F..

Alle genannten Normen sind Normen objektiv berufsregelnder Tendenz, die es gerade bezwecken, die Berufsfreiheit massiv einzuschränken – und dies sogar bis zum totalen Berufs-, Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot. Den hier betroffenen Ärzten und Zahn-ärzten droht genauso wie deren Mitarbeitern ab 15.03.2022 der finanzielle Ruin. Sie dürfen auch nicht in anderen Zahnarztpraxen, Kliniken, Allgemeinmedizinpraxen etc. im Anstellungsverhältnis mehr tätig werden. Anspruch auf Arbeitslosengeld haben die Ärzte und Zahnärzte, die selbstständig sind, nicht. Den ungeimpften Mitarbeitern droht mindestens eine deutliche Sperre beim Bezug von Arbeitslosengeld, weil die Sozialbehörde diesen vorwerfen wird, die (von den hiesigen Arbeitgebern natürlich nicht gewollte, aber eben durch das Gesetz erzwungene) Kündigung des Arbeitsverhältnisses vorsätzlich durch die weitere Ablehnung der Impfungen schuldhaft und ohne wichtigen Grund verursacht zu haben (vgl. die §§ 159, 148 SGB III). Der Beschwerdeführer Nr. 4 hat sich dessen ungeachtet bereits arbeitssuchend ab 16.03.2022 gemeldet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

E-Mail des Beschwerdeführers Nr. 4 vom 21.12.2021 an die Arbeitsagentur (0.08 Uhr)
- als Anlage B 36.1. -

Bei keinem der hiesigen Beschwerdeführern ist derzeit das Vorliegen einer medizinischen Kontraindikation, welche anerkannt wird, auch nur ansatzweise naheliegend.

Schwerere staatlich erzwungene Eingriffe in die Berufsfreiheit sind kaum vorstellbar. Nach der ständigen Judikatur des Bundesverfassungsgerichts gilt insoweit die sog. 3-Stufentheorie. Hiernach gelten seit dem sog. Apothekenurteil (BVerfGE 7, 377ff) drei unterschiedliche Stufen von verschiedener Eingriffsintensität. Von Stufe zu Stufe gelten strengere Voraussetzungen, damit ein Eingriff verfassungsrechtlich zulässig ist.

Auf der ersten Stufe stehen lediglich Regelungen der Art und Weise der Berufsausübung. Diese können durch jede (nachgewiesene, konkret einschlägige) vernünftige Erwägungen des Allgemeinwohls gerechtfertigt sein. Typische Beispiele sind insoweit Vorschriften für Werbeverbote, Ladenschlussregelungen u.Ä.. Insoweit ist der Grundrechtsschutz im

Wesentlichen auf die Abwehr übermäßig belastender und nicht zumutbarer Auflagen begrenzt.

Vgl. z.B. BVerfGE 28, 374; 93, 235 u.a.

Auf der zweiten Stufe befinden sich **subjektive** Zulassungsvoraussetzungen. Diese ge-währen den Zugang zu bestimmten Berufen nur den auf bestimmte Weise qualifizierten Bewerbern. Diese Eingriffe in Art. 12 I GG können gerechtfertigt sein, wenn diese zum Schutz eines wichtigen Gemeinschaftsgutes erforderlich sind, was u.a. bei Anforderungen wie dem Bestehen einer Prüfung oder auch bei einem Mindestalter der Fall sein kann. Gerechtfertigt sind solche Eingriffe nur dann, wenn der jeweilige Beruf bestimmte Kenntnisse, Fertigkeiten oder persönliche Eigenschaften erfordert.

Auf der höchsten, dritten Stufe befinden sich die Einschränkungen der freien Berufswahl durch objektive Zulassungsvoraussetzungen. Hiermit sind Voraussetzungen ge-meint, die von der individuellen Eignung des Bewerbers unabhängig sind. Deren Er-füllung ist mithin unabhängig von den betreffenden Personen. Die Judikatur des Bundesverfassungsgerichts sieht hierin zu Recht das gröbste und radikalste Mittel der Absperrung fachlich und moralisch voll geeigneter Bewerber. Diese sind daher nur zulässig, wenn sie zur Abwehr schwerer und nachweisbarer Gefahren für ein **überragend wichtiges Gemeinschaftsgut** zwingend erforderlich sind.

Vgl. z.B. BVerfGE 102, 197, 214; 126, 112, 141 u.a.; BGH, Urteil vom 30.04.2015, Az. I ZR 127/14, Rn. 26 – juris

Unabhängig davon, welche Stufe im Einzelfall einschlägig ist, muss der Gesetzgeber stets diejenige Form des Eingriffs wählen, die das Grundrecht am wenigsten einschränkt. Er darf daher insbesondere zu Berufswahlregelungen erst dann greifen, wenn Berufsausübungsregelungen nicht ausreichen. Je mehr der Gesetzgeber Berufswahl-regelungen erlässt, desto weniger frei ist er und desto enger sein Spielraum. Je mehr der Gesetzgeber bloße Berufsausübungsregelungen erlässt, desto größer ist sein Spielraum.

Vgl. zum Ganzen: Hofmann in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, Grundgesetz, Kommentar, 14. Auflage 2020, Art. 12 Rn. 50ff, insbesondere die Rn. 52, 53f. 55, 56
Vorliegend hat der eigene Immunstatus des Arztes, Zahnarztes, der Reinigungsfrau etc. ganz sicher nichts mit der fachlichen Qualifikation zu tun. Es handelt sich erkennbar um eine Regelung auf der dritten Stufe. Zwar ist die Volksgesundheit grundsätzlich ge-eignet, auch derart intensive Grundrechtseingriffe auf der dritten Stufe zu legitimieren.

Vgl. z.B. BVerfGE 7, 377, 414; 126, 112, 140

Jedoch würde, selbst wenn man die Auffassung der Bundestagsmehrheit zum behaupteten Nutzen der 1., 2., 3., 4., 5. etc. Impfung teilen wollte und selbst wenn man unterstellen wollte, dass Personalengpässe auf einigen Intensivstationen nur durch Impfungen vermeidbar seien, so würde nicht einleuchten, warum man dann sogar diejenigen Mitarbeiter und Berufsgruppen der (Dauer-)Impfpflicht unterwirft, die gar keinen oder allenfalls sporadischen Kontakt zu den vulnerablen Gruppen haben.

Einschränkungen der Berufsfreiheit sind nach Art. 12 I 2 GG ferner nur unter folgenden Voraussetzungen zulässig:

- Das Gesetz muss zum einen formell verfassungsgemäß zustande gekommen sein (dazu nachfolgend)

- und zum anderen auch materiell verfassungsgemäß und insbesondere auch verhältnismäßig sein.

Auch insoweit bestehen mindestens gravierende Zweifel an der Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe in Art. 12 I GG. Auf die obigen entsprechenden Darlegungen, namentlich zu Art. 2 II 1 GG, kann insoweit verwiesen werden. Deutliche Zweifel bestehen aber auch deshalb, weil die Impfpflicht bußgeldbewehrt ist (§ 73 Ia Nr. 7 e) – 7h) BIfSG n.F.) und weil zumindest für diejenigen Personen, die unter § 20a III BIfSG n.F. fallen, ein absolutes Tätigkeitsverbot und entsprechend für Arbeitgeber ein absolutes Beschäftigungsverbot gelten. Eine Ermessensentscheidung wie bei den bisherigen Arbeitgebern und Beschäftigen, die nicht erst ab 16.03.2022 tätig werden bzw. als Arbeitgeber neue Arbeitnehmer beschäftigen wollen, findet nicht statt, weil § 20a V 3 BIfSG n.F. für diese Gruppen nicht anwendbar ist. Für beide Gruppen gelten jedoch die wiederholt festsetzbaren Bußgelder gemäß § 73 Ia Nr. 7 e) – 7h) BIfSG n.F., falls der Arzt oder Zahnarzt weiterhin ungeimpft tätig ist oder ungeimpfte Personen beschäftigt. Schließlich sind die bereits dargelegten Ungleichbehandlungen (vgl. die Ausführungen zu Art. 3 I GG) auch im Rahmen des Art. 12 I GG relevant. Denn

Vgl. z.B.
"*(…) Berufsausübungsregelungen müssen nicht nur den Anforderungen genügen, die sich unmittelbar aus Art. 12 Abs. 1 GG ergeben, sie müssen vielmehr auch sonst in jeder Hinsicht verfassungsgemäß sein und insbesondere den allgemeinen Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG beachten (vgl. BVerfGE 130, 131 - Juris Rn. 40). Aus dem allgemeinen Gleichheitssatz ergeben sich je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gesetzgeber, die von gelockerten, auf das Willkürverbot beschränkten Bindungen bis hin zu strengen Verhältnismäßigkeitserfordernissen reichen können. Differenzierungen bedürfen stets der Rechtfertigung durch Sachgründe, die dem Differenzierungsziel und dem Ausmaß der Ungleichbehandlung angemessen sind. Dabei gilt ein stufenloser, am Grundsatz der Verhältnismäßigkeit orientierter verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab, dessen Inhalt und Grenzen sich nicht abstrakt, sondern nur nach den jeweils betroffenen unterschiedlichen Sach- und Regelungsbereichen bestimmen lassen. Eine strengere Bindung des Gesetzgebers kann sich insbesondere aus den jeweils betroffenen Freiheitsrechten ergeben; denn dem Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers sind umso engere Grenzen gesetzt, je stärker sich die Ungleichbehandlung auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten, zu denen auch die durch Art. 12 Abs. 1 GG geschützte freie Berufsausübung zählt, nachteilig auswirken kann (vgl. BVerfGE 130, 131 - Juris Rn. 41).*"

StGH Stuttgart, Urteil vom 17.06.2014, Az. 1 VB 15/13, Rn. 376 - juris

Für Eingriffe auf der dritten Stufe muss das Vorgenannte erst recht gelten.

Eine weitere evidente Ungleichheit zwischen derjenigen Gruppe, die bereits jetzt einen Arbeitsvertrag hat (§ 20a V BIfSG n.F.) und derjenigen, deren Arbeitsverhältnis erst ab 16.03.2022 in den betroffenen Unternehmen und Einrichtungen beginnt (§ 20a III BIfSG n.F.), besteht des Weiteren darin, dass bei erster das berufliche “Todesurteil“ des Tätigkeitsverbotes inklusive Betretungsverbots offenbar von einer Ermessensentscheidung der Gesundheitsbehörde abhängen (§ 20a V 3 BIfSG n.F.) soll. Dieser Ermessensentscheidung liegen jedoch noch nicht einmal ansatzweise konkrete Kriterien im Gesetz oder gar der Gesetzesbegründung zu Grunde, während bei der zweiten Gruppe sofort kraft Gesetzes, wenn die Tätigkeit aufgenommen wird, ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot gilt - d.h. eine einzelfallspezifischer Verzicht unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des konkreten Einzelfalls findet hier nie statt. Der Gruppe i. S. d. § 20a III BIfSG n.F. droht zwar ein generelles Beschäftigungs- und Tätigkeitsverbot, wenn sie ungeimpfte Arbeitnehmer einstellen bzw. als ungeimpfte Arbeitnehmer ihren Beruf ausüben, jedoch, warum auch immer, kein generelles Betretungsverbot. Bei der ersten Gruppe wiederum droht, wenn die Ermessensausübung der Behörde zu Lasten der betreffenden Personen ausgeht, zwar kein Beschäftigungsverbot (d.h. der Arbeitgeber bleibt (nur) hier verschont), aber dafür droht neben einem Tätigkeitsverbot für den Arbeitnehmer diesem auch gleich ein generelles Betretungsverbot, d.h. er darf im Zweifel dann noch nicht einmal als Kunde mehr die Einrichtung oder das Unternehmen betreten. Diese Ungleichheiten sind umso unverhältnismäßiger als dass diese sich auch auf die Frage der Bußgeldbewehrung gemäß § 73 Ia Nr. 7 e) – 7h) BIfSG n.F. auswirkt, wodurch die Ungleichbehandlung sich erst recht auf die Ausübung der Freiheitsrechte auswirkt. Schließlich ist es auch unerklärlich, dass nur im Falle des § 20a V 4 BIfSG n.F. Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben sollen, nicht aber auch (und vor allem) im Falle des § 20a III BIfSG n.F.. Wer einen Praktikanten in seiner Arzt- oder Zahnarztpraxis oder in seinem Pflegeheim nach dem 15.03.2022 beschäftigt, muss damit rechnen, dass das Gesundheitsamt oder die sonstige Bußgeldbehörde ein Bußgeld oder ein Zwangsgeld verhängt und auch ein Beschäftigungs- und Tätigkeitsverbot. Widerspruch oder Klage hiergegen haben aufschiebende Wirkung. Wer seinen Praktikanten aber bereits vor dem 15.03.2022 tätig werden lässt, dessen Widerspruch und Klage hat keine aufschiebende Wirkung. Das ist nicht nachvollziehbar und infektionsmedizinisch ebenfalls nicht ansatzweise begründbar.

Auch aus den vom Staatsgerichtshof Stuttgart (s.o.) genannten Gründen sind die Eingriffe in Art. 12 I GG daher erkennbar nicht mehr verhältnismäßig.

Bejaht man die Geeignetheit einer bereichsbezogenen Impfpflicht, um die Situation auf den Intensivstationen zu verbessern und die aktuelle Omikron-Variante einzudämmen, so ist jedenfalls die Erforderlichkeit des Grundrechtseingriffs nicht gegeben. Die Erforderlichkeit ist dann zu verneinen, wenn es ein (zumindest weitgehend) gleich wirksames, aber weniger eingriffsintensives Mittel gibt, um das behauptete Ziel des Gesetzgebers zu erreichen.

Vgl. z.B. BVerfGE 80, 1, 30, Rn. 62 und 80 – juris; 117, 163, 189; BVerfGE 121, 317, Rn. 115 – juris (zur Berufsfreiheit des Art. 12 I GG);

Vgl. z.B. BVerfGE 24, 119, 144f. = Rn. 67 – juris (zum Grundrecht aus Art. 6 II GG)

Vorliegend ist völlig unklar, warum der Arbeitgeber nicht als milderes Mittel von der ansonsten selbstverständlichen Verpflichtung befreit sein sollte, den betroffenen Arbeitnehmer so einzusetzen, dass dieser auch aus Sicht der Bundestagsmehrheit keine Gefahr mehr für die vulnerablen Gruppen darstellt. Insoweit kann insbesondere auf die mögliche Homeoffice-Tätigkeit der Beschwerdeführerin Nr. 25 verwiesen werden. Weshalb sollte für Personen wie die Beschwerdeführerin Nr. 25 nur ein absolutes Tätigkeitsverbot oder Beschäftigungsverbot zulässig sein?! Eine Abordnung des Arbeitnehmers in das Homeoffice wäre insoweit eindeutig das mildere Mittel. Auch bei allen sonstigen Corona-Maßnahmen (z.B. der Testpflicht am Arbeitsplatz; sog. 3G-Regelung) haben alle bisherigen Corona-Normgeber der Republik Personen ausgenommen, die im Homeoffice arbeiten bzw. arbeiten können. Warum dies vorliegend per se ausgeschlossen (vgl. § 20a III 4, 5 BIfSG n.F.) oder aber warum nur im Falle eines bereits bestehenden Arbeitsverhältnisses eine gewisse Ermessensausübung

Darüber hinaus ist aber gerade für Psychotherapeuten wie den Beschwerdeführer Nr. 4, der insoweit als Arzt und Psychotherapeut sowohl unter § 20a I 1 Nr. 1 lit. h) BIfSG n.F. als auch unter § 20a I 1 Nr. 1 lit. i) BIfSG n.F., fällt zu beachten, dass Psychotherapeuten seit Sommer 2021 einerseits das Recht (und andererseits die Em-pfehlung) von der Kassenärztlichen Vereinigung erhalten haben, Therapie-Kontakte, so-fern möglich, als Video-Gespräch durchzuführen, um die Infektionsgefahr zu senken.

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

1. Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg vom Dezember 2021 **- als Anlage B 37 -**

2. Sonderregelungen zur Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von SARS-CoV-2 **- als Anlage B 38 -**

3. Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß § 365 Absatz 1 SGB V vom 21.10.2016 in der Fassung vom 30.11.2021 **- als Anlage B 39 -**

4. Coronavirus: Hinweise zur Videosprechstunde **- als Anlage B 40 -**

Diesem Umstand wird in der jetzt beschlossenen Impfpflicht in keiner Weise Rechnung getragen. Es hätte bei Beachtung der Vorgabe, das mildeste Mittel auswählen zu müssen für einen Gesetzgeber, der auf historisch negative Weise einmalig in Grundrechte Dritter eingreift, wenn überhaupt, dann höchstens eine Anordnung für ausschließliche Video-Konsultationen geben dürfen. Stattdessen eine mehrfache tatbestandliche Körperverletzung anzuordnen, die nach § 20a IV BIfSG n.F. zudem im Grundsatz endlos ist und zumindest für das bevorstehende Jahr 2022 keinerlei Grenze mehr kennt, kann nur als völlig maßlos bezeichnet werden.

Somit erscheint auch eine Verletzung von Art. 12 I GG nicht nur möglich, diese drängt sich aufgrund des Vorgenannten sogar förmlich auf.

Die Beschwerdebefugnis folgt somit auch aus Art. 12 I GG.

k) Mögliche Verletzung von Art. 13 I, VII GG i. V. m. Art. 19 I 2 GG

Es kann als geklärt eingestuft werden, dass auch Arbeitsstätten Wohnungen i. S. d. Art. 13 I GG darstellen, weil. nach "*(…) inzwischen überwiegender Meinung auch Geschäfts- und Betriebsräume grds. vom Schutz des Art. 13 erfasst (s. nur BVerfGE 42, 212(219)); 76, 83, (88))*" erfasst sind.

Windthorst in: Gröpl/Windthorst von Coelln, Studienkommentar GG, 4. Auflage 2020, Art. 13 Rn. 6 und 9

Zugangsbeschränkungen (Beschäftigungsverbote, Zutrittsverbote, Tätigkeitsverbote) schränken daher das Grundrecht aus Art. 13 I i. V. m. Art. 13 VII GG ein. Diese Einschränkung durch die §§ 20a III 4, 5, V 3, 4 BIfSG n.F. sind schon deshalb formell verfassungswidrig, da § 20a VII BIfSG n.F. das Zitiergebot des Art. 13 VII, 1. HS GG i. V. m. Art. 19 I 2 GG nicht ansatzweis wahrt. Art. 13 VII GG stellt einen Auffangtat-bestand dar, der die Wohnungsnutzung i. S. d. Art. 13 I GG gegen jeden sonstigen staatlichen Eingriff, der nicht unter die vorangegangenen Absätze fällt, schützt. Hierzu gehören auch Einschränkungen der Wohnungsnutzung. Der Wille, bestimmte Personen in seine Wohnung (auch i. S. einer Arbeitsstätte) hereinzulassen, wird durch den Schutzbereich dieser Verfassungsnorm geschützt. Die neuen einfachgesetzliche Tätigkeits- und Zutrittsverbote sind zudem die Voraussetzung dafür, dass eine Behörde die Praxisräumlichkeiten betreten kann, um z.B. zu prüfen, ob sich ein ungeimpfter Praktikant oder Arbeitnehmer dort weiterhin aufhält und dort tätig ist.

Zudem: Es mangelt insoweit erkennbar auch an der vom Gesetzgeber pauschal für alle betroffenen Personen(gruppen) bejahten dringende Gefahr i. S. d. Art. 13 VII GG, wenn z.B. eine Reinigungskraft ohne Patientenkontakt nach 18.00 Uhr die Praxisräumlichkeiten saubermacht oder wenn ein Praktikant oder ein Angestellter alleine nach 18.00 Uhr Büroarbeiten vornimmt (E-Mails beantworten; Faxe versenden; die Homepage überarbeiten u.A.) oder gar wenn der hiesige Beschwerdeführer XXXXXXXX oder ein sonstiger Arzt eine Videosprechstunde anbietet. Wer in diesen und ähnlichen Situationen allen Ernstes eine dringende Gefahr für die vulnerablen Gruppen bejaht, kann nicht ernst genommen werden. Somit drängt sich auch ein Verstoß gegen Art. 13 I, VII GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sehr auf. Auch hierauf kann daher die Beschwerdebefugnis gestützt werden.

l) Mögliche Verletzung von Art. 33 II, V GG

Der hiesige Beschwerdeführer Nr. 26 ist im Rahmen seiner Beamtentätigkeit auch als Rettungssanitäter tätig. Art. 33 II GG schützt auch den bereits erfolgten Verbleib im öffentlichen Amt, sofern keine (neuen, bei Verbeamtung für den Dienstherrn nicht erkennbar gewesenen) Zweifel an der Eignung, Befähigung und Leistung des Beamten auftreten. Nach diesseitiger Ansicht ist die freie Entscheidung, sich nicht, noch dazu gleich mehrfach, mit einem Corona-Impfstoff impfen lassen zu wollen, bereits im Ansatz kein Grund, an der Eignung, Befähigung und Leistung des Beschwerdeführers nachträglich zu zweifeln. Ein Eingriff in Art. 33 II GG liegt daher vor.

Ferner liegt auch ein Eingriff in Art. 33 V GG vor, weil eine Entlassung aus dem Beamtenverhältnis und / oder eine (der Entlassung vorangehende) disziplinarrechtliche Abmahnung (Verweis) oder eine disziplinarische Gehaltskürzung nur und ausschließlich deshalb, weil der Beamte sich nicht (mehrfach; § 20a IV BIfSG n.F.) zwangsbehandeln lassen will, mit den hergebrachten Grundsätzen des Berufsbeamtentums klar und eindeutig kollidiert. Denn Art. 33 V GG garantiert dem Beamten u.a. das Lebenszeitprinzip.

Vgl. zuletzt:
"*1. Zu dem Kernbestand von Strukturprinzipien, bei dem die Beachtenspflicht den Weg zu tiefgreifenden strukturellen Veränderungen durch den einfachen Gesetzgeber versperrt, gehört das Lebenszeitprinzip (BVerfGE 9, 268 <286>; 44, 249 <265>; 70, 251 <266>; 71, 255 <268>; 121, 205 <220>; 141, 56 <71 Rn. 38>; 149, 1 <17 Rn. 35>). Es beinhaltet neben dem Grundsatz der lebenszeitigen Anstellung auch die grundsätzliche Unentziehbarkeit des statusrechtlichen Amtes (vgl. BVerfGE 121, 205 <220 f.>; 141, 56 <71 f. Rn. 39>; 149, 1 <18 Rn. 36>).*

a) Das Lebenszeitprinzip hat - im Zusammenspiel mit dem die amtsangemessene Besoldung sichernden Alimentationsprinzip - die Funktion, die Unabhängigkeit der Beamten im Interesse einer rechtsstaatlichen Verwaltung zu gewährleisten. Erst rechtliche und wirtschaftliche Sicherheit bietet die Gewähr dafür, dass das Berufsbeamtentum zur Erfüllung der ihm vom Grundgesetz zugewiesenen Aufgabe, im politischen Kräftespiel eine stabile, gesetzestreue Verwaltung zu sichern, beitragen kann (BVerfGE 149, 1 <17 Rn. 35>).

Dazu gehört auch und vor allem, dass der Beamte nicht willkürlich oder nach freiem Ermessen politischer Gremien aus seinem Amt entfernt werden kann, denn damit entfiele die Grundlage für seine Unabhängigkeit (BVerfGE 7, 155 <163>). Die Beendigung des Beamtenverhältnisses ist nur unter genau gesetzlich geregelten Voraussetzungen und Formen zulässig (vgl. BVerfGE 7, 155 <163>; 8, 332 <352 f.>)."

BVerfG, Beschluss vom 14.01.2020, Az. 2 BvR 2055/16, Rn. 33 - 63 – juris

Dass das Tätigkeits- und Betretungsverbot des § 20a V 3, 4 BIfSG n.F. im Ermessen des Gesundheitsamts liegt, welches nach freiem Ermessen, losgelöst von jeder Norm und jeder tatbestandlichen Begrenzung, eigene Kriterien aus einer Vielzahl an denkbaren Kriterien festlegen und anwenden kann, trägt dem Lebenszeitprinzip nicht angemessen Rechnung. Es kann keine Rede davon sein, dass § 20a V BIfSG n.F. die Verhängung eines Tätigkeits- und Betretungsverbots für Lebenszeitbeamte, die ihre Dienststelle, ihren Dienstwagen, ihr Dienstzimmer etc. nicht mehr betreten dürfen und / oder nicht mehr die vom Landes- oder wie vorliegend vom kommunalen Dienstherrn angewiesene Tätigkeit ausüben dürfen, "*(…) unter genau gesetzlich geregelten Vorausset-zungen und Formen (…*)" geregelt hätte. Das folgt schon daraus, dass jedes Gesundheitsamt sich seinen eigenen Kriterienkatalog für die Ermessensausübung "zusammenbasteln" kann und dass solche Kriterien äußerst zahlreich sind, z.B.

- Das "Ob" und die Häufigkeit des Kontakts zu vulnerablen Personengruppen

- Das "Ob" und die Dauer des Kontakts zu vulnerablen Personengruppen

- “Homeofficefähigkeit“ der Tätigkeit des kommunalen Beamten oder des Landesbeamten

- das “Ob“ der Ersetzbarkeit des Angestellten oder Beamten für den Dienstherrn sowie ggf. die Dauer bis zur Findung eines geeigneten Nachfolgers,

- Vertrauensschutz des betroffenen Beamten,

- Impfquote der anderen Mitarbeiter, mit denen der Beamte unvermeidbar gewissen oder ggf. auch längeren und engen Kontakt hat,

- Dauer der verbleibenden Dienstzeit bis zum regulären Ende der Dienstzeit, d.h. bis zum regulären Pensionsbeginn des Beamten sowie ob im konkreten Fall eine sog. Interimsgefahr des ungeimpften Beamten für die Allgemeinheit und / oder vulnerable Personengruppen ausgeht,

- Umfang der ohnehin kraft Bundesrechts oder des jeweiligen Landesrechts bestehen-den (ggf. verschärften) Hygienevorschriften etc.,

- das “Ob“ und der Umfang einer ggf. nachgewiesenen oder plausibel gemachten natürlichen Immunität,

- das “Ob“ und ggf. der voraussichtliche Zeitpunkt einer Änderung der Bundesausnahmenschutzverordnung im Hinblick insbesondere die Definition des Genesenen

Insbesondere, dass das staatliche Gesundheitsamt bei der Anwendung des bundesrechtlichen § 20a V BIfSG all diese nirgendwo fixierten Kriterien nach völlig freiem Belieben anwenden, nicht anwenden oder kumuliert anwenden darf, ist mit Art. 33 V GG nicht vereinbar. Dies auch, weil das jeweilige Gesundheitsamt all dieses auch noch ohne förmliche Anhörung des kommunalen Dienstherrn, der nach Art. 28 II GG sein verbeamtetes oder im öffentlichen Angestelltenverhältnis stehendes Personal durch Tätigkeits- und Betretungsverbote verliert oder aber zumindest seinerseits zu massiven organisatorischen Änderungen durch die jeweiligen Landratsämter genötigt wird. All dieses erscheint schwerlich mit Art. 33 V GG vereinbar, was durch den § 20a V 4 BIfSG n.F. nur noch verschärft wird, weil diese Norm, die den effektiven Rechtsschutz des betroffenen Beamten oder öffentlichen Angestellten massiv einschränkt, auch den kommunalen oder Landesdienstherrn vor vollendete Tatsachen stellt.

Die Beschwerdebefugnis kann daher erkennbar auch auf Art. 33 II und V GG gestützt werden.

m) Mögliche Verletzung von Art. 19 IV 1 GG i. V. m. Art. 3 I GG durch § 20a V 4 BIfSG n.F.

“*aa) Art. 19 Abs. 4 GG gewährt nicht nur das formelle Recht und die theoretische Möglichkeit, die Gerichte anzurufen, sondern auch die Effektivität des Rechtsschutzes; der Grundrechtsträger hat einen substantiellen Anspruch auf eine tatsächlich wirksame gerichtliche Kontrolle (vgl. BVerfGE 35, 263 <274>; 35, 382 <401 f.>; 93, 1 <13>; stRspr).*

Der Rechtsschutzgarantie des Art. 19 Abs. 4 GG kommt daher nicht nur die Aufgabe zu, jeden Akt der Exekutive, der in Rechte des Grundrechtsträgers eingreift, vollständig der richterlichen Prüfung zu unterstellen, sondern auch irreparable Entscheidungen, wie sie durch die sofortige Vollziehung einer hoheitlichen Maßnahme eintreten können, soweit als möglich auszuschließen (vgl. BVerfGE 35, 263 <274>). Aller-dings können überwiegende öffentliche Belange es rechtfertigen, den Rechtsschutzanspruch des Grundrechtsträgers einstweilen zurückzustellen, um unaufschiebbare Maßnahmen im Interesse des allgemeinen Wohls rechtzeitig in die Wege zu leiten. Dabei ist der Rechtsschutzanspruch umso stärker und darf umso weniger zurückstehen, je schwerwiegender die auferlegte Belastung ist und je mehr die Maßnahmen der Verwaltung Unabänderliches bewirken (vgl. BVerfGE 35, 382 <402>). Ein derartiges präventives Berufsverbot ist nur unter strengen Voraussetzungen zur Abwehr konkreter Gefahren für wichtige Gemeinschaftsgüter und unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit statthaft.“

BVerfG, Beschluss vom 08.04.2010, Az. 1 BvR 2709/09, Rn. 22 – juris

Wenn das Gesundheitsamt im Rahmen seines jeweils dem Wortlaut und auch der Gesetzesbegründung zufolge unbegrenzten Ermessens zu Lasten der hiesigen Beschwerdeführer entscheidet, dann haben Widerspruch und Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung. Die gravierenden, praktisch irreparablen beruflichen Folgen dieses gesetzgeberisch angeordneten “Sofortvollzugs“ greifen massiv in das Grundrecht aus Art. 19 IV 1 GG ein, ohne das festzustellen wäre, dass im Falle des Regelfalls des § 80 I VwGO gravierende Folgen für die Allgemeinheit eintreten würden, wenn, wie dargelegt, die betroffenen Ärzten Videosprechstunden anbieten und / oder die Putzfrau alleine nach 18.00 Uhr die Praxis reinigt. Darüber hinaus folgt die Unverhältnismäßigkeit des § 20a BV 4 BIfSG n.F. auch aus der oben zu Art. 12 I GG dargelegten Ungleichbehandlung.

Die Beschwerdebefugnis kann daher erkennbar auch auf Art. 19 IV 1 GG gestützt werden.

n) Möglicher Verstoß von § 20a BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 7 e) – 7h) BIfSG n.F. gegen Art. 103 II GG i. V. m. Art. 3 I GG

Der Verstoß gegen Art. 103 II GG ist auch deshalb eindeutig, weil die Anforderungen im Rahmen dieser verfassungsrechtlichen Garantie anerkanntermaßen noch viel strikter sind als beim rechtsstaatlichen Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 20 III GG.

Vgl.
“*Die Bedeutung des Art. 103 Abs. 2 GG erschöpft sich nicht im Verbot der gewohnheitsrechtlichen oder rückwirkenden Strafbegründung. Art. 103 Abs. 2 GG enthält für die Gesetzgebung ein striktes Bestimmtheitsgebot sowie ein damit korrespondierendes, an die Rechtsprechung gerichtetes Verbot strafbegründender Analogie (vgl. BVerfGE 14, 174 <185>; 73, 206 <234>; 75, 329 <340>; 126, 170 <194>; 130, 1 <43>; 143, 38 <52 f. Rn. 35>; stRspr).*“

Es kann nicht angehen, dass die o.g. Fragen, welche personenbezogenen Daten zu übermitteln sind, letztlich von der Rechtsprechung bzw. zuvor vom Gesundheitsamt geklärt

werden. Dass § 2 Nr. 16 BIfSG n.F. formell nichtig ist, wurde bereits umfassend dargelegt. Der häufige Verweis im Gesetz auf “personenbezogene Daten“ ist daher in Gänze unbestimmt und überlässt es zu 100% der jeweiligen Exekutive, ob z.B. der Arbeitgeber, der nur eine E-Mail-Adresse und / oder eine Postfachadresse zu Lasten seines “impfunwilligen“ Arbeitgebers der Behörde mitteilt, bereits ein Bußgelddelikt begeht oder nicht. Der Gesetzgeber hat insoweit nicht ansatzweise die neuen Bußgelddelikte selber hinreichend im Gesetz selber definiert. Die völlige Unbestimmtheit der neuen Bußgeldtatbestände folgt nicht zuletzt auch aus der großen Vielzahl denkbarer personenbezogener Angaben, wie z.B.

- Postfachadresse(n), ggf. differenziert nach privater oder geschäftlicher Nutzung

- Adresse (Straße und Hausnummer)

- E-Mail-Adresse oder ggf. E-Mail-Adressen, ggf. differenziert nach privaten/privater oder geschäftlichen/geschäftlicher E-Mail-Adresse(n)

- Faxnummer oder ggf. Faxnummern, ggf. differenziert nach privaten/privater oder geschäftlichen/geschäftlicher Faxnummer(n)

- Handynummer oder ggf. Handynummern, ggf. differenziert nach privaten/privater oder geschäftlichen/geschäftlicher Handynummer

- Festnetznummer oder ggf. Festnetznummern, ggf. differenziert nach privaten/privater oder geschäftlichen/geschäftlicher Festnetznummer(n)

- Angabe der Hauptwohnung(en)

- Angabe des/der Zweitwohnsitz(e)

- bei minderjährigen Praktikanten und Arbeitnehmern: alle obigen Daten eines Elternteils oder beider Elternteile

Ob und wie viele dieser Angaben erforderlich sind, um die Bußgeldbewehrung sicher ausschließen zu können, kann unmöglich allein im Belieben der jeweiligen Behörde und / oder des jeweiligen Bußgeldgerichts liegen. Genau dies ist jedoch geschehen.

Die Verletzung von Art. 103 II GG folgt ferner auch aus den oben dargestellten Gleichheitsverstößen. Dass der Gesetzgeber sogar im Bußgeldbereich derart häufige und schwere Ungleichbehandlungen vornimmt, die sich allesamt auf die Freiheitsrechte (allen voran Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG) auswirken, ist auch mit Art. 103 II GG unvereinbar und nicht nur mit Art. 3 I GG. Die obigen Auswirkungen des Stuttgarter Staatsgerichtshofs gelten insoweit bezogen auf Art. 103 II GG entsprechend. Das gilt insbesondere für die unterschiedliche Behandlung von Arbeitgebern. Dass nur Arbeitgeber“, die einen (künftig) “illegalen“ ungeimpften Mitarbeiter weiter beschäftigen wollen, vor einem Bußgeldverfahren generell verschont werden, d.h. die Behörde prüft insoweit Maßnahmen gegen den Arbeitgeber per se gar nicht (vgl. § 20 V BIfSG n.F.), aber Arbeitgeber, die bereits jetzt einen solchen Arbeitnehmer beschäftigen und dies über den 15.03.2022 hinaus tun wollen, nach §

73 Ia Nr. 7g) BIfSG n.F. hingegen sehr wohl ein Bußgeld bekommen, ist sachlich nicht zu rechtfertigen.

Somit kann die Beschwerdebefugnis offensichtlich auch auf Art. 103 II GG i. V. m. Art. 3 I GG gestützt werden.

o) Mögliche Verletzung von Art. 2 II 2, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG

Durch die neuen Zutritts- und Tätigkeits- sowie Beschäftigungsverbote wird auch in das Grundrecht aus Art. 2 II 2 i. V. m. Art. 104 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG, eingegriffen. Das Bundesverfassungsgericht hat sich aktuell in seinem Beschluss vom 19.11.2021, Az. 1 BvR 781/21 u.a., zum Schutzbereich dieser zentralen Verfassungs-norm wie folgt geäußert:

Vgl.
“*aa) Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 GG schützt die im Rahmen der geltenden allgemeinen Rechtsordnung gegebene tatsächliche körperliche Bewegungsfreiheit vor staatlichen Eingriffen (vgl. BVerfGE 149, 293 <318 Rn. 65> m.w.N.; 156, 63 <127 Rn. 222>). Das Grundrecht gewährleistet allerdings von vornherein nicht die Befugnis, sich unbegrenzt und überall hin bewegen zu können (vgl. BVerfGE 94, 166 <198>; 156, 63 <127 Rn. 222>; stRspr). Die Fortbewegungsfreiheit setzt damit in objektiver Hinsicht die Möglichkeit voraus, von ihr tatsächlich und rechtlich Gebrauch machen zu können. Subjektiv genügt ein darauf bezogener natürlicher Wille (vgl. zu Letzterem BVerfGE 149, 293 <318 Rn. 66>). Wie sich aus der Bezeichnung des Rechts als "unverletzlich" und aus seinen Schranken in Art. 2 Abs. 2 Satz 3 sowie Art. 104 Abs. 1 GG und den Verfahrensgarantien des Art. 104 Abs. 2 bis 4 GG ergibt, handelt es sich um ein Grundrecht von hohem Rang (vgl. BVerfGE 156, 63 <127 Rn. 221> m.w.N.), in das lediglich aus wichtigen Gründen eingegriffen werden darf (vgl. BVerfGE 149, 293 <318 Rn. 65> m.w.N.).*

(…)

Eingriffe in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 GG sind nicht auf solche durch unmittelbar wirkenden körperlichen Zwang beschränkt (1). Sie können auch bei staatlichen Maßnahmen mit lediglich psychisch vermittelt wirkendem Zwang vorliegen, wenn deren Zwangswirkung in Ausmaß und Wirkungsweise einem unmittel-baren physischen Zwang vergleichbar ist

(1) Da der Schutzbereich auf die im Rahmen der geltenden allgemeinen Rechtsordnung gegebene tatsächliche körperliche Bewegungsfreiheit begrenzt ist, liegt ein Eingriff erst dann vor, wenn die betroffene Person durch die öffentliche Gewalt gegen ihren Willen daran gehindert wird, einen Ort oder Raum, der ihr an sich tatsächlich und rechtlich zugänglich ist, aufzusuchen, sich dort aufzuhalten oder diesen zu verlassen (vgl. BVerfGE 149, 293 <319 Rn. 67>; 156, 63 <127 Rn. 222>). Das ist jedenfalls bei staatlichen Eingriffen durch Verhaftung, Festnahme und ähnliche Maßnahmen des unmittelbaren Zwangs der Fall (vgl. BVerfGE 149, 293 <318 Rn. 65> m.w.N.).

Ein Eingriff in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG liegt jedoch nicht allein dann vor, wenn der

staatliche Akt selbst mit der Anwendung unmittelbaren, also körperlich wirkenden Zwangs einhergeht, wie etwa bei der Verhaftung. Im Sinne einer Vorwirkung des von der Fortbewegungsfreiheit ausgehenden Schutzes prüft das Bundesverfassungsgericht seit jeher auch schon solche Akte der öffentlichen Gewalt an diesem Grundrecht, die einen mit unmittelbarem Zwang durchsetzbaren Eingriff anordnen, wie etwa die Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe (vgl. BVerfGE 14, 174 <186>), den Erlass eines Untersuchungshaftbefehls oder den Widerruf seiner Außervollzugsetzung (vgl. BVerfGE 53, 152 <158>). Darüber hinausgehend unterliegen selbst Maßnahmen des Gesetzgebers der Überprüfung nach Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG, die eine gesetzliche Grundlage für Anordnungen von Eingriffen in die Fortbewegungsfreiheit im Einzelfall bilden, ohne sich selbst unmittelbar auf diese Freiheit zu beziehen. So wird sowohl die Strafandrohung eines mit Freiheitsstrafe bewehrten Straftatbestandes an Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG gemessen (vgl. BVerfGE 90, 145 <171 f.>) als auch das bei Strafandrohung verbotene Verhalten als solches (vgl. BVerfGE 153, 182 <307 Rn. 332>), selbst wenn dieses unmittelbar keinen Bezug zur Fortbewegungsfreiheit aufweist. Der Schutz des Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 GG ist danach nicht auf Eingriffe in Gestalt von unmittelbar körperlich wirkendem Zwang begrenzt.

Bei der Anordnung von Aufenthaltsgeboten nach § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 StGB beziehungsweise Aufenthaltsverboten nach § 68b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 StGB als Weisungen im Rahmen der Führungsaufsicht handelt es sich ebenfalls um Eingriffe in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG (vgl. BVerfGE 156, 63 <159 Rn. 322>). Die Einhaltung solcher Weisungen kann nicht mit unmittelbarem Zwang durchgesetzt werden. Verstöße dagegen können aber unter den weiteren Voraussetzungen von § 145a StGB als Straftat geahndet werden. Auch in diesem Fall ist die Anwendung unmittelbaren körperlichen Zwangs keine notwendige Voraussetzung des Eingriffscharakters.

(2) Für den Eingriff in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG ist konstitutiv, dass die Betroffenen durch die öffentliche Gewalt gegen ihren Willen daran gehindert werden, einen Ort oder Raum, der ihnen an sich tatsächlich und rechtlich zugänglich ist, aufzusuchen, sich dort aufzuhalten oder diesen zu verlassen. Auf die Fortbewegungsfreiheit gerichtete Anwendung, Androhung oder Ermöglichung unmittelbar körperlich wirkenden Zwangs genügen dem Willenselement regelmäßig (vgl. BVerfGE 53, 152 <159 f.>). In notwendiger Abgrenzung zur allgemeinen Handlungsfreiheit (vgl. Bay.VerfGH, Entscheidung vom 9. Februar 2021 - Vf. 6-VII-20 -, Rn. 63) können aber auch staatliche Maßnahmen in die Fortbewegungsfreiheit eingreifen, die auf den Willen des Betroffenen zur Ausübung der Fortbewegungsfreiheit in vergleichbarer Weise wirken wie bei unmittelbarem Zwang. Hebt staatlich veranlasster körperlich wirkender Zwang die an sich tatsächlich und rechtlich bestehende Möglichkeit auf, von der Fortbewegungsfreiheit Gebrauch zu machen, handelt es sich stets um einen Eingriff in Art. 2 Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit Art. 104 Abs. 1 GG. Regelmäßig genügt dafür aber auch bereits, dass solcher Zwang angedroht wird oder ein Akt der öffentlichen Gewalt die rechtliche Grundlage für die Anwendung derartigen Zwangs schafft (vgl. BVerfGE 90, 145 <171 f.>; 153, 182 <307 Rn. 332>). Dementsprechend kann in die Fortbewegungsfreiheit auch durch allein psychisch vermittelten Zwang eingegriffen werden. Um einen gegen den Willen auf Ausübung der Fortbewegungsfreiheit gerichteten staatlichen Eingriffsakt annehmen zu können, bedarf es einer davon ausgehenden Zwangswirkung, die nach Art und Ausmaß einem unmittelbar wirkenden physischen Zwang vergleichbar ist (vgl. Bay.VerfGH, Entscheidung vom 9. Februar 2021 - Vf. 6-VII-20 -, Rn. 63). Ob eine vergleichbare Zwangswirkung gegeben ist, richtet sich nach den konkreten tatsächlichen

und rechtlichen Umständen. Für einen Eingriff können staatlich angeordnete Verbote genügen, einen bestimmten Ort oder Bereich nicht ohne Erlaubnis zu verlassen (vgl. BVerfGE 156, 63 <159 Rn. 322>).“

BVerfG, a.a.O., Rn. 241ff – juris

Vorliegend wird durch die neuen Zutritts- und Tätigkeits- sowie Beschäftigungsverbote somit auch der Schutzbereich des Art. 2 II 2 GG i. V. m. Art. 104 I GG verkürzt. Die hiesigen Beschwerdeführer als Ärzte, Zahnärzte, Reinigungskräfte etc. werden daran gehindert, ihren Arbeitsplatz aufzusuchen, der ihnen in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht offen steht. Sie werden auch gehindert, sich in anderen Arzt- oder Zahnarztpraxen, Praxen sonstiger humanmedizinischer Berufe etc. zu bewerben und dort tätig zu sein. So wie nach § 68b (insbesondere I 1 Nr. 2 und 4) StGB ein Gericht anordnen kann, dass Straftäter sich nicht an bestimmten Orten aufzuhalten, die ihr Gelegenheit oder Anreiz zu weiteren Straftaten bieten können oder bestimmte Tätigkeiten nicht auszuüben, die sie nach den Umständen zu Straftaten missbrauchen kann, so wird den hiesigen Beschwerdeführern es untersagt, ihren eigenen Arbeitsplatz aufzusuchen und dort (angeblich) als Ungeimpfte vulnerable Personengruppen zu gefährden. Die neuen Zutritts- und Tätigkeits- sowie Beschäftigungsverbote wirken intensiv, da sie grundsätzlich zeitlich unbegrenzt wirken und sich nicht nur auf die bisherigen Tätigkeiten und Aufenthalte der bisherigen Arbeitsstätten beziehen, sondern auch auf alle anderen potenziellen künftigen Arbeitsstätten. Die Bußgeldbewehrung sowie die Tatsache, dass diese mehrfach verhängt werden können und auch Zwangsgelder nach Landesrecht möglich sind, bewirken einen enormen psychischen Zwang, der der Anwendung physischen Zwangs hinreichend vergleichbar ist.

Der Eingriff ist schon deshalb nicht verfassungsrechtlich gerechtfertigt, weil § 20a VII BIfSG n.F. erkennbar das Zitiergebot des Art. 19 I 2 GG nicht wahrt. Dass Art. 2 II 2 GG diesem unterliegt, ist unstreitig.

Vgl. statt aller: Jarass in: Jarass/Pieroth, Grundgesetz, 16. Auflage 2020, Kommentar, Art. 19 Rn. 5 (m.w.H.)

Zudem unterliegt auch dieser Eingriff den gleichen Verhältnismäßigkeitsbedenken wie die bereits dargelegten Eingriffe in u.a. Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG (s.o.).

Die Beschwerdebefugnis folgt daher auch eindeutig aus Art. 2 II 2 GG i. V. m. Art. 104 I GG i. V. m. Art. 19 I 2 GG.

p) Möglicher Eingriff in die Vertragsfreiheit des Art. 2 I GG

Durch die Tätigkeits-, Zutritts- und Beschäftigungsverbote werden alle Beschwerdeführer ab 15.03.2022 daran gehindert, mit ihren bisherigen ungeimpften Ärzten, Physiotherapeuten, Zahnärzten etc. weiterhin wie bislang Behandlungsverträge abzuschließen. Wenn diese nicht mehr tätig werden dürfen, nimmt das staatliche Gesetz den Beschwerdeführern den bisherigen Vertragspartner weg. Art. 2 I GG schützt u.a. auch die Vertragsfreiheit.

Vgl. statt aller: Jarass, a.a.O., Art. 2 Rn. 22 (m.W. H.)

Ein Eingriff ist mithin zu bejahen. Dieser unterliegt den gleichen Verhältnismäßigkeits-bedenken wie die bereits dargelegten Eingriffe in Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG (s.o.).

Die Beschwerdebefugnis kann daher auch auf Art. 2 I GG gestützt werden.

Ergebnis zum Komplex der Beschwerdebefugnis (A) 4.)): Die Beschwerdebefugnis kann sich auf eine Vielzahl an Grundrechten stützen. Teilweise drängen sich die Verfassungsverstöße bereits klar und eindeutig auf.

5. Rechtswegserschöpfung

1. Allgemeine Grundsätze

Gemäß § 90 II BVerfGG kann eine Verfassungsbeschwerde grundsätzlich erst nach Er-schöpfung des Rechtswegs erhoben werden. Jedoch gibt es mehrere Ausnahmen, die diesen Grundsatz relativieren. Nach § 90 II 2 BVerfGG kann das Bundesverfassungsgericht vor Ausschöpfung des Rechtswegs über eine Verfassungsbeschwerde dann entscheiden, wenn die Verfassungsbeschwerde von allgemeiner Bedeutung ist oder wenn einem Beschwerdeführern ein schwerer und unabwendbarer Nachteil droht, falls er zu-nächst auf den Rechtsweg verwiesen würde. Darüber hinaus kommt eine vorherige Ausschöpfung des fachgerichtlichen Rechtswegs über die beiden Tatbestandsvarianten des § 90 II 2 BVerfGG hinaus durch das Bundesverfassungsgericht dann in Betracht, wenn die Durchführung des Instanzbeschwerdeverfahrens für den Beschwerdeführer **unzumutbar** ist (vgl. Zuck in: Lechner/Zuck, Bundesverfassungsgerichtsgesetz, 7. Auflage 2015, § 90 Rn. 186a).

a) Unzumutbarkeit der vorherigen Ausschöpfung des Rechtswegs

Ein direkter fachgerichtlicher Rechtsweg unmittelbarer gegen das neue Gesetz steht den Beschwerdeführern per se nicht zur Verfügung. Der Rechtsweg zum Verwaltungsgerichtshof / Oberverwaltungsgericht nach § 47 VwGO ist beschränkt auf Vorschriften, die im Rang unter dem Landesgesetz stehen, was vorliegend nicht der Fall ist. Andere fachgerichtliche Möglichkeiten, direkt ein (Bundes-)Gesetz anzugreifen, bestehen nicht.

Zwar ist es in der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts geklärt, dass der Betroffene alle zur Verfügung stehenden verfahrensrechtlichen Möglichkeiten ergreifen muss, um eine Korrektur der Verfassungsverletzung zu erwirken oder den Grundrechtsverstoß zu verhindern.

Vgl. statt aller: Detterbeck in: Sachs, Grundgesetz, Kommentar, 6. Auflage 2011, Art. 94 Rn. 20

Hierzu gehört u.a., sich auf etwaige Ausnahmeregelungen zu berufen oder eine Feststellungsklage zu erheben anstelle einer nicht eröffneten Normenkontrolle. Alle diese u.a. Anforderungen stehen jedoch wiederum unter dem Vorbehalt der Zumutbarkeit.

Vgl. statt aller: Detterbeck, a.a.O., Art. 94 Rn. 20 a.E.

Nicht zumutbar ist es einem Beschwerdeführer, zunächst gegen Straf- oder Ordnungswidrigkeitenbestimmungen zu verstoßen und anschließend im fachgerichtlichen Verfahren deren Verfassungswidrigkeit geltend zu machen.

Vgl. statt aller: BVerfGE 98, 265, 296

Vorliegend können die Beschwerdeführer sich nicht auf eine Ausnahmeklausel berufen. Weder sie selbst noch deren Kinder können sich mit Erfolg auf eine medizinische Kontraindikation berufen. Andere Ausnahmen sieht das Gesetz nicht vor, und zwar noch nicht einmal für Personen ohne Kontakt zu den vulnerablen Personengruppen.

Zudem: Allenfalls wäre es möglich, ein Verwaltungsgericht dazu zu bringen, eine Vorlage nach Art. 100 I GG zu erstellen. Im Mittelpunkt der hiesigen Verfassungsbeschwerde stehen zudem rein formale Fragestellungen, die sogar unabhängig sind von der Bewertung der tatsächlichen Gefahr des Corona-Virus bzw. von dessen Mutationen! Ferner: Egal, ob die Beschwerdeführer sich vor den Strafgerichten im Rahmen eines Bußgeldverfahrens oder vor den Verwaltungsgerichten durch die Instanzen klagen würden: Da es um die Frage der Verfassungswidrigkeit eines formellen Gesetzes geht, müssten sie sich gleich durch drei Instanzen klagen:

vgl. zur Einstufung einer Rechtssache als solche von grundsätzlicher Bedeutung (mit der hier relevanten Folge, dass sowohl in einem verwaltungsgerichtlichen Verfahren als auch in einem Bußgeldverfahren die hiesigen Beschwerdeführer in dritter Instanz den Bundesgerichtshof bzw. das Bundesverwaltungsgericht anrufen könnten und dann auch, verneinte man die Zulässigkeit der hiesigen Verfassungsbeschwerde, aus Subsidiaritätsgründen anrufen müssten), statt aller BVerfG, Beschluss vom 08.12.2009, Az. 2 BvR 758/07, Rn. 97 – juris; entsprechendes gilt für eine etwaige Feststellungsklage gegen den Bund, weil hier ein Fall der Grundsatzrevision i. S. v. § 132 II Nr. 1 VwGO

Die Begehung eines Bußgelddelikts oder auch **nur das nennenswerte Riskieren** einer solchen Anklage kann im Rahmen des § 90 II BVerfGG von allen Beschwerdeführern nicht verlangt werden.

Erst recht nicht kann vom Beschwerdeführer Nr. 26 verlangt werden, disziplinarrechtliche Risiken einzugehen. Daher ist die Erschöpfung des Rechtswegs den Beschwerdeführern vorliegend per se unzumutbar. In der Entscheidung BVerfG, Beschluss vom 29.06.2016, Az. 1 BvR 1015/15, Rn. 44 – juris hat das Bundesverfassungsgericht bereits eine **bloße drohende** Ordnungswidrigkeit als nicht zumutbar eingestuft:

Vgl.
“*Zwar muss ein Beschwerdeführer über eine nur formelle Erschöpfung des Rechtswegs hinaus vor Erhebung der Verfassungsbeschwerde grundsätzlich alle nach Lage der Dinge zur Verfügung stehenden prozessualen Möglichkeiten ergreifen, um die geltend gemachte Grundrechtsverletzung in dem unmittelbar mit ihr zusammenhängenden sachnächsten Verfahren zu verhindern oder zu beseitigen (vgl. BVerfGE 112, 50 <60>; stRspr). Eine*

solche Möglichkeit besteht vorliegend aber nicht. Insbesondere ist es den Beschwerdeführern zu 1) und 2) nicht zumutbar, sich zunächst um eine Klärung im fachgerichtlichen Verfahren zu bemühen, weil sie sich hiermit der Gefahr eines Bußgeldverfahrens aussetzen müssten (vgl. BVerfGE 81, 70 <82 f.>; 97, 157 <165>; 131, 47 <56>). Würden sie ihre bisherige Vertragspraxis zur Provisionsverpflichtung der Wohnungssuchenden trotz des Verbots in § 2 Abs. 1a WoVermRG fortführen, so könnten sie sich damit einer Ordnungswidrigkeit nach § 8 Abs. 1 Nr. 1 WoVermRG schuldig machen.“
(Unterstreichungen nicht im Original)

BVerfG, Beschluss vom 29.06.2016, Az. 1 BvR 1015/15, Rn. 44 – juris

Zudem stehen im vorliegenden Fall auch erkennbar genuine verfassungsrechtliche Fragen zur Entscheidung an, vor allem auch rein formelle Fragen, wie namentlich die Einhaltung von Art. 19 I 2 GG und die Frage, ob die zentrale Vorschrift des § 2 Nr. 16 BIfSG durch ein Zustimmungsgesetz oder ein Einspruchsgesetz zu Stande gekommen ist. In solchen Fällen hat das Bundesverfassungsgericht bislang stets nicht die vorherige Ausschöpfung des fachgerichtlichen Rechtswegs verlangt.

Vgl. z.B.
“*c) Die Verfassungsbeschwerde ist auch nicht deshalb ausnahmsweise vor Inanspruchnahme fachgerichtlichen Rechtsschutzes zulässig, weil sie allein spezifisch verfassungsrechtliche Fragen aufwirft, die das Bundesverfassungsgericht auch ohne vorherige fachgerichtliche Aufbereitung der tatsächlichen und rechtlichen Entscheidungsgrundlagen beantworten könnte (vgl. BVerfGE 150, 309 <327 Rn. 44>). Diese Ausnahme ist auf Fälle beschränkt, in denen sich ein Beschwerdeführer unmittelbar gegen ein förmliches Gesetz wendet und das fachgerichtliche Verfahren für ihn bestenfalls dazu führen kann, dass das angegriffene Gesetz gemäß Art. 100 Abs. 1 GG dem Bundesverfassungsgericht vorgelegt wird. In diesen Fällen wird einem Beschwerdeführer nicht zugemutet, zunächst ein fachgerichtliches Verfahren anzustrengen, wenn dessen Durchführung keine verbesserten Grundlagen für die dem Bundesverfassungsgericht vorbehaltene Entscheidung über die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes erwarten lässt. Anders liegt es hingegen, wenn - wie hier - der Beschwerdegegenstand eine untergesetzliche Norm ist. Insoweit steht auch Fachgerichten die Kompetenz zur Normverwerfung zu, so dass selbst dann, wenn allein spezifisch verfassungsrechtliche Fragen aufgeworfen sind, auch ohne Anrufung des Bundesverfassungsgerichts Rechts-schutz erlangt werden kann (vgl. BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 31. März 2020 - 1 BvR 712/20 -, Rn. 16). Außerdem hängt die verfassungsrechtliche Beurteilung der angegriffenen Bestimmungen nicht allein von spezifisch verfassungsrechtlichen Fragen ab. Für sie sind vielmehr auch die tatsächlichen Rahmenbedingungen der Coronavirus-Pandemie sowie fachwissenschaftliche – virologische, epidemiologische, medizinische und psychologische - Bewertungen und Risiko-einschätzungen von wesentlicher Bedeutung (BVerfG, Beschluss der 1. Kammer des Ersten Senats vom 31. März 2020 - 1 BvR 712/20 -, Rn. 17; Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 3. Juni 2020 - 1 BvR 990/20 -, Rn. 12). Dies gilt gerade für die vorliegend streitige Frage, welche Infektionsgefahr in Schulen besteht und von Kindern ausgeht (vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 9. Juni 2020 - 1 BvR 1230/20 -, Rn. 11).*“

BVerfG, Beschluss vom 15.07.2020, Az. 1 BvR 1630/20, Rn. 11 – juris

Eine Vorlage nach Art. 100 I GG käme angesichts der nahezu kompletten, mit Verlaub, "*Vorlage-Faulheit*" der Fachgerichte mehr oder weniger einem Wunder gleich. Und selbst wenn dieses "Wunder" hypothetisch doch eintreten würde, wäre es komplett fernliegend anzunehmen, dass das Fachgericht wirklich noch substanziell neue (vor allem formell- wie gleichheitsbezogene) verfassungsrechtliche Aspekte finden würde als in der hiesigen umfangreichen Verfassungsbeschwerde aufgeführt.

Zu guter Letzt müssen auch die seit ca. 3 bis 5 Jahren bestehende massivste Überbelastung der Verwaltungsgerichte (und auch der Strafgerichte) berücksichtigt werden. Allein 50% der Angelegenheiten bei den Verwaltungsgerichten sind (immer noch) Asylsachen. Einige Verwaltungsgerichte teilen bereits in der Eingangsbestätigung mit, dass man sich gar keine großen Hoffnungen machen solle auf einen baldigen mündlichen Verhandlungstermin und dass man doch bitte von Sachstandsanfragen möglichst absehen möge.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Eingangsbestätigung des VG Ansbach vom 03.12.2020, Az. 18 K 20.02583 (vollständig anonymisiert; dieses Verfahren vor dem VG Ansbach hat nichts mit den hiesigen Beschwerdeführern und der hiesigen Verfassungsbeschwerde zu tun) **- als Anlage B 41 -**

Vor diesem Hintergrund ist es erst recht völlig fernliegend anzunehmen, dass den Beschwerdeführern der Gang durch drei verwaltungsgerichtliche Instanzen zumutbar wäre und dass dort ein Vorlageverfahren nach Art. 100 I GG binnen angemessener Zeit auch nur ansatzweise realistisch ist. Die Verwaltungs- und Strafgerichte sind unabhängig vom Vorgenannten ebenfalls seit Jahren hoffnungslos überlastet. Der Unterzeichner als Fachanwalt für Verwaltungsrecht kann "ein Lied davon singen". Wenn man in ca. 1,5 bis 2 Jahren beim Verwaltungsgericht einen mündlichen Termin in der Hauptsache erhält, dann können Anwalt und Mandantschaft sehr zufrieden sein.

b) Grundsätzliche Bedeutung der hiesigen Verfassungsbeschwerde sowie für die Beschwerdeführer sprechende Gesamtabwägung

Der hiesigen Verfassungsbeschwerde kommt jedoch auch grundsätzliche Bedeutung zu. Dies folgt bereits aus der Tatsache, dass die Verfassungsbeschwerde zentrale Fragen zur Auslegung der Art. 84 I 6, 74 II GG erwarten lässt, ferner zum Zitiergebot des Art. 19 I 2 GG. Bundesweit sind spätestens ab 15.03.2022 Millionen von Ärzten, Hebammen, Zahnärzten, Arzthelfern, Reinigungsfachkräften, Altenpflegern etc. betroffen. Materiell-rechtlich spielt vor allem auch Art. 2 II 1 GG eine zentrale Rolle, d.h. ein Grundrecht, das anerkanntermaßen im System der Grundrechte eine ganz besonders herausragende Rolle spielt (vgl. Jarass in: Jarass/Pieroth, a.a.O., Art. 2 Rn. 80). All dies spricht hier ganz eindeutig dafür, dass es die objektiv-rechtliche Funktion der Verfassungsbeschwerde im vorliegenden Fall gebietet, die Zulässigkeit der Verfassungsbeschwerde nicht an § 90 II 1 BVerfGG scheitern zu lassen.

Es wäre nicht angemessen, die Beschwerdeführer auf den mehrjährigen, kostenintensiven und zeitaufwändigen, drei Instanzen umfassenden fachgerichtlichen Rechtsweg zu

verweisen, in der Hoffnung, dass z.B. ein einzelner Amtsrichter oder ein Verwaltungsgericht diese und viele weitere zentrale Verfassungsfragen vorab klären sollte. Mehr als 14 Jahre nach Inkrafttreten der Föderalismusreform ist es überfällig, dass das Bundesverfassungsgericht eine Senatsentscheidung, betreffend die Auslegung von Art. 84 I 1, 2, 5 und 6 GG, aber auch hinsichtlich des Art. 74 II GG treffen kann (vorliegend als Vorfrage, ob § 2 Nr. 16 BIfSG formell nichtig ist oder nicht; ist dies zu bejahen, dürfte ein Verstoß gegen Art. 103 II GG eindeutig gegeben sein). Ähnliches gilt für die Frage, wie weitgehend Überarbeitungen einer Gesetzesvorlage durch einen Ausschuss sein dürfen, wo also die Grenzen des Denaturierungsverbots liegen (vgl. Kment in: Jarass/Pieroth, a.a.O., Art. 76 Rn. 7) bzw. unter welchen Voraussetzungen man von einer - verfassungsrechtlich unzulässigen (Sannwald in: Schmidt-Bleibtreu/-Hofmann/ Henneke, a.a.O., Art. 76 Rn. 33 - Initiative eines Ausschusses sprechen muss. All diese Fragen sind erkennbar verfassungsrechtliche Grundsatzfragen, die, wollte man sie im Sinne der Beschwerdeführer beantworten, jedenfalls zu eindeutigen Verstößen gegen Art. 103 II GG führen.

Hat die Verfassungsbeschwerde somit auch grundsätzliche Bedeutung, so fällt die erforderliche Gesamtabwägung auch aus folgenden Gründen zu Gunsten der hiesigen Beschwerdeführer aus (vgl. zu diesem Erfordernis hierzu allgemein BVerfG, Beschluss vom 26.03.2009, Az. 1 BvR 119/09, Rn. 24ff – juris): So sehr man das hiesige Corona-Impfpflichtgesetz verfassungsrechtlich kritisieren muss, so sehr muss man dem einfachen Bundesgesetzgeber jedoch zu Gute halten, dass der Wortlaut dieses Gesetzes völlig klar ist. Nennenswerte Auslegungsprobleme bei der Frage der Auslegung und Anwendung des einfachen Rechts sind schlicht nicht erkennbar. Besondere europarechtliche Auslegungsprobleme (vgl. hierzu BVerfG, Beschluss vom 26.03.2009, Az. 1 BvR 119/09, Rn. 26 – juris), bestehen nicht und werden daher in der vorliegenden Verfassungsbeschwerde auch nicht geltend gemacht.

Die Tatsachengrundlage ist ebenfalls sehr überschaubar, einfach gelagert und bedarf keiner fachgerichtlichen Abklärung.

Schließlich ist auch nicht erkennbar, dass den Behörden ein nennenswerter Entscheidungsspielraum zustünde (vgl. hierzu: BVerfG, Beschluss vom 26.09.2009, Az. 1 BvR 119/09, Rn. 28 – juris). Der Impfzwang besteht schon jetzt. Wer eine Bußgeldstrafe verhindern will, muss sich bereits jetzt schnell zwei Impftermine geben lassen, andernfalls ist die Übergangsfrist bis zum 15.03.2022 nicht einzuhalten. Diesbezüglich haben die Behörden keinerlei Ermessensspielraum. Keinen Ermessensspielraum haben die Landesbehörden insbesondere auch hinsichtlich der Berufs- und Betretungsverbote i. S. d. § 20 III BIfSG n.F.. § 20 V BIfSG n.F. gibt seinem Wortlaut nach zwar der Behörde ein Ermessen (“kann“), jedoch stellt bereits dieses Wortlaut-Ermessen einen Grundrechtseingriff dar (s.o.). Ferner liegt es auf der Hand, dass aufgrund des behaupteten Gesetzeszwecks dieses Ermessen – auch und gerade um Widersprüche zu § 20 III BIfSG n.F. zu vermeiden, bei denen gerade kein Ermessen besteht – äußerst restriktiv gehandhabt werden muss bzw. müsste, wenn man denn im Einklang mit dem Gesetz und der Gesetzesbegründung in jedem nicht geimpften und nicht genesenen Menschen eine große Gefahr für die vulnerablen Gruppen und mittelbar auch für die Allgemeinheit (Stichwort: Intensivbettenbelegung) sehen wollte.

c) Schwerer und unabwendbarer Nachteil im Falle der Verweisung auf den fachgerichtlichen Rechtsweg

Das Vorliegen eines schweren und unabwendbaren Nachteils im Falle der Verweisung der Beschwerdeführer auf den fachgerichtlichen Rechtsweg hängt eng mit dem Vorgenannten zusammen. Die Beschwerdeführer müssten nicht nur mindestens 3 bis 5 Jahre sich durch die Instanzen klagen, wenn sie das hiesige Corona-Impfpflichtgesetz mit einer anschließenden Verfassungsbeschwerde zu Fall bringen wollten, sondern sie wären dann mindestens 3 bis 5 Jahre (plus den dann anfallenden Zeitraum für ein späteres Verfassungsbeschwerdeverfahren) in ihren Grundrechten aus Art. 2 II 1, aus 12 I GG, aus Art. 6 II GG, aus Art. 11 I GG etc. massiv eingeschränkt. Es wäre mit der mehrfachen Verhängung von Bußgeldern in empfindlicher Höhe rechnen, die ärztlichen, zahnärztlichen, pflegerischen etc. Tätigkeiten der Beschwerdeführers und von Millionen anderen Menschen wäre verboten und schlicht undurchführbar, wenn sie weiterhin auf ihrem Grundrecht u.a. auf körperliche Unversehrtheit bestehen wollten. Ein schwerer und unabwendbarer Nachteil würde daher eintreten, wollte man die Beschwerdeführer dennoch auf den langjährigen fachgerichtlichen Rechtsweg verweisen. Die Aufhebung des formellen Parlamentsgesetzes im Wege fachgerichtlichen Eilrechtsschutzes muss wegen Art. 100 I GG als ausgeschlossen erachtet werden.

6. Jahresfrist des § 93 III BVerfGG

Die Jahresfrist ist unproblematisch eingehalten. Das Gesetz wurde erst vor rund 2 Wochen im Bundesgesetzblatt veröffentlicht.

7. Ergebnis zu A):

Die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache ist vollumfänglich und gestützt auf eine Vielzahl an Grundrechten zulässig.

Weiterer Vortrag in separaten Schriftsätzen wird zeitnah erfolgen. Im Rahmen der Begründetheit wird u.a. umfangreicher medizinischer Vortrag sowie u.a. auch eine Befassung mit den Themen Parlamentsvorbehalt/Wesentlichkeitstheorie erfolgen.

Wir erlauben uns bereits jetzt sehr höflich, auch und gerade für das Eilverfahren die Durchführung einer mündlichen Verhandlung anzuregen. Die hiesigen Beschwerdeführer wären bereit, sich teilweise online zuschalten zu lassen oder einen negativen PCR-Test vorzulegen, um an der mündlichen Verhandlung vor Ort teilnehmen zu können.

Sollte das Bundesverfassungsgericht wider Erwarten Bedenken haben, im Hinblick auf die vorgetragenen persönlichen Tatsachen der Beschwerdeführer (z.B. die dargelegten Eigenschaft als Arzt oder die dargelegten Beschäftigungsverhältnisse), bitten wir sehr höflich um kurzen richterlichen Hinweis durch die Berichterstatterin oder den Berichterstatter. Dann

würden wir ggf. eidesstattliche Versicherungen der Beschwerdeführer und / oder Kopien von Arbeitsverträgen o.Ä. zur weiteren Glaubhaftmachung nachreichen.

Der hiesige Unterzeichner hat keine Bedenken, wenn im Falle der Veröffentlichung der Entscheidung über die hiesige Verfassungsbeschwerde nebst Eilantrag auf eine Anonymisierung verzichtet wird. Die Beschwerdeführer wünschen jedoch, zumindest bis auf Weiteres, eine Anonymisierung. Dies wird ggf. im Falle einer mündlichen Verhandlung nochmals überdacht werden.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 36.1. – B 41

22. Dezember 2021

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
BvR-Az.: noch nicht bekannt
früheres Az. AR: 9698/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

übersenden wir als Teil des **Anlagenkonvoluts B 1** die Originalvollmachten der Beschwerdeführer Ziff. 1-3, des Beschwerdeführers Ziff. 5, der Beschwerdeführer Ziff. 8-18, der Beschwerdeführer Ziff. 21-23, der Beschwerdeführerin Ziff. 25 sowie des Beschwerdeführers Ziff. 29.

Wir erlauben uns darauf hinzuweisen, dass sich den bisherigen Beschwerdeführern noch einige (wenige) weitere Personen anschließen werden, darunter eine 13 Jahre alte Praktikantin, bei der sich Rechtsfragen im Hinblick auf den Verfassungsschutz Minderjähriger stellen werden.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlage

Anlagenkonvolut B1

23. Dezember 2021

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
BvR-Az.: noch nicht bekannt
früheres Az. AR: 9698/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache wie folgt begründet:

Es entspricht ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dass Eingriffe in Grundrechte nur dann verfassungskonform sind, wenn diese auf einem formell und materiell verfassungskonformen Gesetz beruhen und zudem verhältnismäßig sind.

Vgl.
"*1. GG Art 2 Abs 1 gewährleistet die allgemeine Handlungsfreiheit im umfassenden Sinne (Festhaltung BVerfG, 1957-01-16, 1 BvR 253/56, BVerfGE 6, 32 <36ff>; st Rspr), dh jede Form menschlichen Handelns unabhängig von ihrem Gewicht für die Per-sönlichkeitsentfaltung (vgl BVerfG, 1980-05-23, 2 BvR 854/79, BVerfGE 54, 143 <146> - Taubenfüttern); jede beschränkende Norm muß formell (vgl zB BVerfG 1979-03-27, 2 BvR 1011/78, BVerfGE 51, 77) und materiell mit der Verfassung in Einklang stehen (zum Verhältnismäßigkeitsmaßstab vgl BVerfG, 1987-04-08, 2 BvR 909/82 ua, BVerfGE 75, 108). Dieser umfassende Schutz erfüllt neben den benannten Freiheitsrechten eine wertvolle Funktion in der Freiheitssicherung, denn trotz der weiten Beschränkungs-möglichkeiten gemäß GG Art 2 Abs 1 Halbs 2, insbesondere des Vorbehalts der verfas-sungsmäßigen Ordnung, gewährleistet das Grundrecht einen Schutz von substantiellem Gewicht (entgegen Scholz, AöR 100 <1975>, 80ff; Hesse, Grundzüge des Verfassungs-rechts der Bundesrepublik Deutschland, 1988, Rdnr 426ff).*"

BVerfGE 80, 137-170, dort insbesondere Rn. 62 - juris und Orientierungssatz 1 - juris; st. Rspr. seit BVerfGE 6, 32ff – Leitsatz 3 - juris: "*Verfassungsmäßige Ordnung im Sinne des Art. 2 Abs. 1 GG ist die verfassungsmäßige Rechtsordnung, d.h. die Gesamtheit der Normen, die formell und materiell der Verfassung gemäß sind.*"

Für die Eingriffe in speziellere Freiheitsrechte, wie z.B. die bereits dargelegten Eingriffe in die Art. 2 II 1, 6 II, 12 I GG, kann insoweit nichts anderes gelten.

Die in den Schriftsätzen vom 17.12.2021 und vom 21.12.2021 umfassend dargelegten Grundrechtseingriffe sind daher u.a. dann verfassungswidrig, wenn das Gesetz materiell verfassungswidrig ist. Dies kann z.B. dann der Fall sein, wenn das grundrechts-eingreifende Gesetz mit den Grundsätzen der Wesentlichkeitstheorie und Parlamentsvorbehaltslehre (Art. 20 II, III GG) oder mit dem Bestimmtheitsgrundsatz (Art. 20 III GG) unvereinbar ist. Dies ist vorliegend in großem Umfange der Fall.

Das Rubrum bitten wir höflich wie folgt zu ergänzen:

1.
[...]
33. neu!
34. neu!
35. neu!

Die 13 Jahre alte minderjährige Beschwerdeführerin Nr. 33 wird nach dem 15.03.2022 ein Praktikum in einer Zahnarztpraxis in Xxxxxxx absolvieren. Die Eltern befürworten dieses Praktikum ausdrücklich im Rahmen ihres elterlichen Erziehungsrechts aus Art. 6 II GG und können es nicht nachvollziehen, dass der Gesetzgeber sogar 13 Jahre alte minderjährige Minderjährige gegen deren Willen und auch gegen den Willen von deren Eltern zum Impfen zwingt und auch ungeimpften Kindern ein Tätigkeitsverbot und deren Arbeitgebern und Praktikumsgebern ein noch dazu ausnahms-loses Beschäftigungsverbot auferlegt. Auch die Beschwerdeführer Nr. 33 - 35 sind alle ungeimpft und wollen dies auch im neuen Jahr bleiben. Auch die neuen Beschwerdeführer lehnen die Impfung ebenfalls aus religiösen und aus Gewissensgründen ab.

B) Begründetheit der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache

I. Materiell-rechtlicher Verstoß von § 20a I 1 BIfSG n.F. gegen die Grundsätze der sog. Wesentlichkeitstheorie i. V. m. den in den Anträgen genannten Grundrechten

1. Allgemeine Grundsätze der Wesentlichkeits- und Parlamentsvorbehaltsdoktrin

Sowohl das Bundesverfassungsrecht als auch das Landesverfassungsrecht setzen der Rechtsdelegation auf die Exekutive zu Recht im erheblichen Maße Grenzen.

Eine ungeschriebene Delegationssperre resultiert aus der Wesentlichkeitstheorie (Art. 20 II, III, 28 I GG), die im engen Zusammenhang mit Art. 80 I 2 GG steht. Der aus dem Rechtsstaatsprinzip und dem Demokratiegebot hergeleitete Grundsatz gibt nicht nur den Maßstab vor, was “aufgrund des Gesetzes“, sondern auch “durch Ge-setz“ zu regeln ist. Das “Outsourcen“ von für die Grundrechtsverwirklichung äußerst wichtigen, wesentlichen Fragen an die Exekutive verstößt gegen die sog. Wesentlichkeitstheorie des Bundesverfassungsgerichts.

Vgl. hierzu statt aller: Bathe in: Linck/Baldus/Lindner/Poppenhäger/Ruffert, Die Verfassung des Freistaates Thüringen, 1. Auflage 2013, Art. 84 Rn. 16

Diese lässt sich wie folgt zusammenfassen:

Vgl.

“Rechtsstaatsprinzip und Demokratiegebot verpflichten den Gesetzgeber, die für die Grundrechtsverwirklichung maßgeblichen Regelungen im Wesentlichen selbst zu tref-fen und diese nicht dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive zu überlassen (vgl. BVerfGE 49, 89 <126>; 61, 260 <275>; 83, 130 <142>; 108, 282 <311>; stRspr). Wann es aufgrund der Wesentlichkeit einer Entscheidung einer Regelung durch den parlamentarischen Gesetzgeber bedarf, hängt vom jeweiligen Sachbereich und der Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes ab. Die verfassungsrechtlichen Wertungskriterien sind dabei den tragenden Prinzipien des Grundgesetzes, insbesondere den darin verbürgten Grundrechten zu entnehmen (vgl. BVerfGE 49, 89 <127>; 98, 218 <251>; 108, 282 <311>; BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 1. April 2014 - 2 BvF 1/12, 2 BvF 3/12 -, juris, Rn. 101 f.). Danach bedeutet wesentlich im grundrechtsrelevanten Bereich in der Regel "wesentlich für die Verwirklichung der Grundrechte" (vgl. BVerfGE 47, 46 <79>; 98, 218 <251>, jeweils m.w.N.). Als wesentlich sind also Regelungen zu verstehen, die für die Verwirklichung von Grundrechten erhebliche Bedeutung haben (BVerfGE 95, 267 <308>) und sie besonders intensiv betreffen (vgl. BVerfGE 58, 257 <274>).“

BVerfG, Beschluss vom 21.04.2015, Az. 2 BvR 1322/12, 2 BvR 1989/12, Rn. 52 - juris

Darüber hinaus sind der Regelung durch den parlamentarischen Gesetzgeber sol-che Regelungen vorbehalten, die, sogar losgelöst von dem Begriff eines Grund-rechtseingriffs, eine besondere Gewichtigkeit für das Gemeinwesen aufweisen.
Vgl. hierzu statt aller: Bathe, a.a.O., Art. 84 Rn. 16

Vgl. auch
“*1. Der Vorbehalt des Gesetzes erschöpft sich nicht in der rechtsstaatlichen Forderung nach einer gesetzlichen Grundlage für Grundrechtseingriffe (BVerfGE 95, 267, 307). I**n bestimmten grundlegenden Bereichen muß staatliches Handeln vielmehr durch förmliches Gesetz legitimiert werden. Insoweit verpflichten das Rechtsstaats-prinzip und das Demokratieprinzip den Gesetzgeber, die wesentlichen Entschei-dungen selbst zu treffen. Er darf sie nicht anderen Normgebern oder dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive überlassen** (vgl. BVerfGE 40, 237, 248 f.; BVerfGE 47, 46, 78; BVerfGE 58, 257, 268; BVerfGE 83, 130, 142; BVerfG, NJW 1998, 2515, 2520). Das gilt zwar insbesondere für die der staatlichen Gestaltung offenliegende Rechtssphäre im Bereich der Grundrechtsausübung (BVerfGE 47, 46, 78). Die Grundrechtsbewahrung und -entfaltung im Verhältnis zwischen Staat und Bür-ger ist aber nur ein, wenn auch besonders bedeutsamer Bereich, der dem Gesetzgeber zur Regelung des Wesentlichen vorbehalten ist (vgl. BVerfGE 49, 89, 126; BVerfGE 88, 103, 116: "zumal"). **Der Vorbehalt des Gesetzes erfaßt darüber hinaus auch andere für das Gemeinwesen grundlegende Entscheidungen (vgl. aus jüngster Zeit: BVerfG, NJW 1998, 2515).** Auf diese Weise soll sichergestellt werden, daß derartige Entscheidungen aus einem Verfahren hervorgehen, das sich durch Transparenz auszeichnet, die Beteiligung der parlamentarischen Opposition gewährleistet, den Betroffenen und dem Publikum Gelegenheit bietet, ihre Auffassungen auszubilden und zu vertreten, und das Parlament anhält, Notwendigkeit und Ausmaß der Regelung in öffentlicher Debatte zu klären (BVerfGE 85, 386, 403; BVerfGE 95, 2ß7, 307). Zwischen Inhalt, Gewicht und Bedeutung einer Regelung einerseits und Zusammensetzung, Legitimation und Verfahrensweise des zuständigen Regelungsorgans andererseits besteht ein Zusammenhang. Es geht darum, ob an einer für die Staatsorganisation grundlegenden Entscheidung mehrere Instanzen mitwirken sollen, ob in der Öffentlichkeit eine*

entsprechende Diskussion stattfinden und ob das Entscheidungsorgan nach seiner Zusammensetzung und von seiner Legitimation her integrierend wirken soll oder ob die betreffende Entscheidung mehr oder weniger bürokratisch getroffen wird. Der Vorbehalt des Gesetzes soll das Parlament auch dazu anhalten, von seinen nur ihm zustehenden verfassungsrechtlichen Kompetenzen wirklich Gebrauch zu machen und diese nicht durch eine "Flucht aus der Verantwortung" oder aus wahl- oder macht-taktischen Erwägungen der Regierung zu überlassen (Ossenbühl in Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts der Bundesrepublik Deutschland, Band III, § 62 Rdnr. 37).

2. Andererseits kennen das Grundgesetz und die Landesverfassung weder einen Total-vorbehalt noch eine Kompetenzregel, nach der alle objektiv wesentlichen Entscheidungen vom Gesetzgeber selbst zu treffen sind. Durch seine gewaltenteilende Kompetenzordnung setzt das Grundgesetz den Befugnissen auch des Parlaments vielmehr Grenzen. Weitreichende, gerade auch politisch bedeutsame Entscheidungen gibt es in die Kompetenz anderer oberster Staatsorgane. Zwar sind allein die Mitglieder des Parlaments unmittelbar vom Volk gewählt. Indessen entbehren auch andere Institutionen und Funktionen der Staatsgewalt nicht der demokratischen Legitimation. Die verfassungsgebende Gewalt hat in Art. 20 Abs. 2 und Abs. 3 GG sowie Art. 3 Abs. 2 LV auch die Exekutive als verfassungsunmittelbare Institution und Funktion geschaffen (vgl. BVerfGE 49, 89, 124 ff.; BVerfGE 68, 1, 86 f. 3. Zumal der Ministerpräsident verfügt über besondere demokratische Legitimation. Er wird gemäß Art. 52 Abs. 1 LV aus 12 der Mitte des Landtags gewählt. Er ist immer zugleich unmittelbar vom Volk gewählter Abgeordneter.

3. Danach hat das Parlament eine für das Gemeinwesen wesentliche Frage nicht unter Berufung auf den Vorbehalt des Gesetzes (mit-) zu entscheiden, wenn und soweit sich der Verfassung eine Kompetenzzuweisung an ein anderes Staatsorgan entnehmen läßt. Fehlt es hieran, ist wiederum anhand des rechtsstaatlichen und demokratischen Gehalts des Vorbehalts des Gesetzes nach der Wesentlichkeit der anstehenden Entscheidung zu fragen (vgl. VerfGH NW, NWVBl. 1997, 247)."

So VerfGH Münster, Urteil vom 09.02.1999, Az. 11/98, Rn. 27 - 29 – juris

Aber auch und gerade das Bundesverfassungsgericht vertritt diese Grundsätze seit vielen Jahrzehnten:

"a*) Der Grundsatz des Vorbehalts des Gesetzes wird zwar in der Verfassung nicht ausdrücklich erwähnt, seine Geltung ergibt sich jedoch aus Art 20 Abs 3 GG (BVerfGE 40, 237 (248)). Das Verständnis dieses Grundsatzes hat sich, insbesondere mit der Er-kenntnis auch seiner demokratischen Komponente, in den letzten Jahren gewandelt (siehe dazu Jesch, Gesetz und Verwaltung, 1961, S 205f; Rupp, Grundfragen der heutigen Verwaltungsrechtslehre, 1965, S 104ff; ders, JZ 1977, S 226f; Ossenbühl, Verwaltungsvorschriften und Grundgesetz, 1968, S 208ff; ders, Gutachten B zum 50. Deutschen Juristentag, 1974, S 155ff; Stern, Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland, Bd I, 1977, S 637ff; Kisker, NJW 1977, S 1313ff; Listl, DVBl 1978, S 12ff; Niehues, Schulrecht und Prüfungsrecht, 1976 S 37ff). Heute ist es ständige Rechtsprechung, daß der Gesetzgeber verpflichtet ist, - losgelöst vom Merkmal des "Eingriffs" - in grundlegenden normativen Bereichen, zumal im Bereich der Grundrechtsausübung, soweit diese staatlicher Regelung zugänglich ist, alle wesentlichen*

Entscheidungen selbst zu treffen (BVerfGE 34, 165 (192f); 40, 237 (249); 41, 251 (260); 45, 400 (417f); 47, 46 (78ff); 48, 210 (221)). Die Art 80 Abs 1 und 59 Abs 2 Satz 1 zweiter Halbsatz GG sowie die besonderen Gesetzesvorbehalte sind Ausprägungen dieses allgemeinen Gesetzesvorbehalts.

In welchen Bereichen danach staatliches Handeln einer Rechtsgrundlage im förmlichen Gesetz bedarf, läßt sich nur im Blick auf den jeweiligen Sachbereich und die Intensität der geplanten oder getroffenen Regelung ermitteln. Die verfassungsrechtlichen Wertungskriterien sind dabei in ersten Linie den tragenden Prinzipien des Grundgesetzes, insbesondere den vom Grundgesetz anerkannten und verbürgten Grundrechten zu entnehmen.

Nach den gleichen Maßstäben beurteilt sich, ob der Gesetzgeber, wie der verfassungs-rechtliche Gesetzesvorbehalt weiter fordert (BVerfGE 34, 165 (192)), mit der zur Prüfung vorgelegten Norm die wesentlichen normativen Grundlagen des zu regelnden Rechtsbereichs selbst festgelegt und dies nicht dem Handeln etwa der Verwaltung überlassen hat.“

BVerfG, Beschluss vom 08.08.1978, Az. 2 BvL 8/77, Rn. 77ff - juris; ähnlich BVerfG, Beschluss vom 14.07.1998, Az. 1 BvR 1640/97, Rn. 132f. - juris

2. Das grundsätzliche verfassungsrechtliche Verbot sog. dynamischer Verweisungen

Während sog. statische Verweisungen auf die bei Erlass der Verweisungsregelung gel-tende Fassung des in Bezug genommenen Rechts im Grundsatz unproblematisch sind und mit dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip vereinbar sind,

Vgl. BVerfGE 47, 285-327, Rn. 61 – juris; Geis in: Meder/Brechmann, Bayerische Verfassung, Kommentar, 6. Auflage 2020, Art. 3 Rn. 9 (zum insoweit identischen bayerischen Verfassungsrecht)

gelten bei sog. dynamischen Verweisungen sowohl unter rechtsstaatlichen als auch unter demokratischen Gesichtspunkten weit strengere Maßstäbe.

vgl. Jarass in: Jarass/Pieroth, Grundgesetz, Kommentar, 16. Auflage 2020, Art. 20 Rn. 92; Geis in: Meder/Brechmann, a.a.O., Art. 3 Rn. 10; vgl.

BVerfGE 47, 285-327, Rn. 61 – juris: “*Nach der bisherigen Rechtsprechung sind auch dynamische Verweisungen nicht schlechthin ausgeschlossen, und zwar selbst dann nicht, wenn keine Identität der Gesetzgeber besteht, wenn also der Bundesgesetzgeber auf landesrechtliche Vorschriften in ihrem jeweiligen Bestand verweist (vgl. BVerfGE 26, 338 (365 ff.)). Bei fehlender Identität der Gesetzgeber bedeutet aber eine dynamische Verweisung mehr als eine bloße gesetzestechnische Vereinfachung; sie führt zur versteckten Verlagerung von Gesetzgebungsbefugnissen und wird daher im Schrifttum unter bundesstaatlichen, rechtsstaatlichen und demokratischen Gesichtspunkten als bedenklich beurteilt (Ossenbühl, Die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Verweisung als Mittel der*

Gesetzgebungstechnik, DVBl. 1967, S. 401; Karpen, Die Verweisung als Mittel der Gesetzgebungstechnik (1970)).“

Der Bayerische Verfassungsgerichtshof hat die vorgenannten Grundsätze u.a. in der Entscheidung vom 31.01.1989, Az. VF. 1- VII-88, präzisiert:

“*1. a) Die seit langer Zeit geübte Gesetzgebungstechnik der Verweisung von einer Rechtsvorschrift auf eine andere Regelung desselben oder eines anderen Normgebers ist weit verbreitet (vgl. Schneider, Gesetzgebung, 1982, S. 214). Solche Verweisungen können sowohl statisch als auch dynamisch sein. Bei einer statischen Verweisung nimmt der Normgeber lediglich diejenige Fassung der anderen Vorschrift in Bezug, die bei Erlaß seiner Verweisungsregelung gilt. Er weiß in diesem Fall genau, welchen Inhalt seine Regelung durch die Bezugnahme auf die andere Bestimmung enthält und solange behält, bis er selbst eine andere normative Entscheidung trifft. Eine Änderung der in Bezug genommenen Vorschrift hat bei einer statischen Verweisung keinen Einfluß auf den Inhalt der verweisenden Norm. Demgegenüber bezieht sich eine dynamische Verweisung auf die jeweils geltende Fassung der Bestimmung, auf die verwiesen wird. Ändert sich diese, so erhält dadurch zugleich die verweisende Rechtsvorschrift einen anderen Inhalt als denjenigen, den der Normgeber bei ihrem Erlaß kannte.*
(…)
“Das BVerfG hat die Gesetzgebungstechnik der Verweisung ebenfalls grundsätzlich gebilligt, allerdings bei dynamischen Verweisungen unter strengeren verfassungsrechtlichen Voraussetzungen als bei statischen (…).

“Die Literatur nimmt einen differenzierten Standpunkt ein; die dynamische Verweisung wird teilweise als verfassungswidrig oder als verfassungsrechtlich bedenklich angesehen (vgl. aus der Fülle des einschlägigen Schrifttums z. B. Ossenbühl, DVBl 1967, DVBL Jahr 1967 Seite 401 ff.; Schröcker, NJW 1967, NJW Jahr 1967 Seite 2285 ff.; Arndt, JuS 1979, JUS Jahr 1979 Seite 784 ff.; Baden, NJW 1979, NJW Jahr 1979 Seite 623 ff.; Schenke, in: Festschr. f. Fröhler, 1980, S. 87 ff.; ders., NJW 1980, NJW Jahr 1980 Seite 743 ff.; Stern, StaatsR II, 1980, S. 635; Sachs, NJW 1981, NJW Jahr 1981 Seite 1651 f.; Gamber, VBlBW 1983, VBLBW Jahr 1983 Seite 197 ff.; Clemens, AöR 111 (1986), 63 ff.; Brugger, VerwArch 1987, VERWARCH Jahr 1987 Seite 1 ff.; Veh, BayVBl 1987, BAYVBL Jahr 1987 Seite 225 ff. zu BayObLG, BayVBl 1987, BAYVBL Jahr 1987 Seite 27 ff.).
(…)
“*Artikel 13 Absatz I Nr. 5 lit. b BayKAG verstößt auch nicht gegen das in Art. BAYVERF Artikel 2 und BAYVERF Artikel 4 BayVerf. verankerte Demokratieprinzip. Dieses ge-bietet, daß die Rechtsordnung auf einer Willensentschließung der vom Volk bestellten Gesetzgebungsorgane beruht (vgl. BVerfGE 33, BVERFGE Jahr 33 Seite 125 (BVERFGE Jahr 33 Seite 158) = NJW 1972, NJW Jahr 1972 Seite 1504; BVerfGE 64, BVERFGE Jahr 64 Seite 208 (BVERFGE Jahr 64 Seite 214 f.) = NJW 1984, NJW Jahr 1984 Seite 1225). Bayerisches Landesrecht muß grundsätzlich vom Bayerischen Landtag getragen und verantwortet werden. Die dynamische Verweisung von einem Landes-gesetz auf ein Bundesgesetz bewirkt im Ergebnis, daß sich bei einer Änderung der in Bezug genommenen bundesrechtlichen Vorschrift der Inhalt des Landesgesetzes ändert, ohne daß dabei der Landesgesetzgeber (erneut) unmittelbar handelnd mitgewirkt hätte. Eine derartige “versteckte Verlagerung von Gesetzgebungsbefugnissen” kann unter dem Blickwinkel des Demokratieprinzips verfassungsrechtlich bedenklich sein, und zwar vor allen Dingen dann,*

wenn es sich um grundrechtsrelevante Regelungen handelt, bei denen der Gesetzesvorbehalt eine eigenverantwortliche Prüfung durch den zuständigen Gesetzgeber erfordert, oder wenn die verweisende und die in Bezug genommene Vorschrift zu ganz verschiedenen Rechtsbereichen gehören (vgl. BVerfGE 47, BVERFGE Jahr 47 Seite 285 (BVERFGE Jahr 47 Seite 316 f.) = NJW 1978, NJW Jahr 1978 Seite 1475).

Solche Bedenken lassen sich gegen die hier angefochtene Vorschrift nicht erheben. Bei der Materie der Verzinsung von Abgaben und der Erhebung von Säumniszuschlägen handelt es sich um einen eng begrenzten und klar überschaubaren Regelungsbereich (vgl. BVerfGE 26, BVERFGE Jahr 26 Seite 338 (BVERFGE Jahr 26 Seite 366 f.) = NJW 1970, NJW Jahr 1970 Seite 29), der herkömmlicherweise zum Abgabenrecht von Bund und Ländern gehört. Die grundrechtsrelevante Entscheidung über die Verpflichtung zur Zahlung von Zinsen und Säumniszuschlägen hat der Landesgesetzgeber in Art. BAYKAG Artikel 13 BAYKAG Artikel 13 Absatz I Nr. 5 lit. b BayKAG dem Grunde nach ausdrücklich selbst getroffen. Lediglich in Bezug auf die Einzelheiten verweist er auf das Abgabenrecht des Bundes, das für die Bürger ohnehin neben dem Landesrecht gilt. Die Verweisung dient der Gesetzesökonomie.“

VerfGH, Entscheidung vom 31.01.1989, Az. VF. 1- VII-88, Rn. 2, 14, 15, 17 - 19 – juris

3. Die Anwendung der Grundsätze auf den hiesigen Fall:

a) Wesentlichkeitstheorie / Parlamentsvorbehaltslehre

Vorliegend enthält § 20a I 1 BIfSG n.F. ausdrücklich eine sog. dynamische Verweisung. Der Parlamentsgesetzgeber definiert die alles entscheidenden Begriffe der “(…) geimpfte(n) oder genesene(n) Person (…)“ gerade nicht selber, sondern delegiert deren Definition zu 100% an die Bundesregierung, die nach § 28c Satz 1 BIfSG n.F. eine Verordnung erlassen kann, im Mai 2021 erlassen hat, diese zwischenzeitlich mehrfach geändert hat und diese jederzeit erneut ändern kann. Die Vorschrift greift, erst Recht in Kombination mit § 20a IV BIfSG n.F., in eine große Vielzahl an Grundrechten ein, darunter in die elementaren Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Von der Definition der “(…) geimpfte(n) oder genesene(n) Person (…)“ hängen u.a. auch die massiven Eingriffe in Art. 12 I GG ab. M.a.W., ein Lebensbereich, der für die Verwirklichung der Grundrechte noch wesentlicher ist oder wäre als im hiesigen Fall, ist kaum vorstellbar. Auch die große Anzahl der durch die (Dauer-)Impfpflicht betroffenen Grundrechte spricht klar für diese Annahme. Dennoch hat der Bundesgesetzgeber die für die Ausübung dieser Vielzahl an Grundrechten wesentlichen Begrifflichkeiten der “(…) geimpfte(n) oder genesene(n) Person (…)“ noch nicht einmal ansatzweise selber geregelt, und zwar noch nicht einmal eine Art Rahmen an Definitionskriterien vorgegeben. Diese zentralen Begrifflichkeiten werden uneingeschränkt in die Hände der Bundesregierung gelegt. Nur diese kann überhaupt eine Anpassung an die aktuelle wissenschaftliche Entwicklung initiieren, indem diese eine Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vorschlägt. Dass Änderungen der Ausnahmenverordnung nach § 28c S. 3 BIfSG der Zustimmung durch den Bundesrat und den Bundestag bedürfen, ändert hieran nichts. Denn diese Zustimmung durch den Bundesrat und durch den Bundestag umgeht gerade die klaren Gesetzesvorbehalte in der Verfassung, die zumindest in den Art. 2 II 3, 10 II, 11 II 1, 12 I 2, 17 VII GG in der Verfassung verpflichtend formuliert wird. Gesetzesvorbehalt, Wesentlichkeitslehre und

Parlamentsvorbehalt beinhalten nicht nur, dass das Parlament inhaltlich mit massiven und zahlreichen Grundrechtsein-griffen einverstanden ist – was der Fall ist, wenn Bundestag und Bundesrat ihre Zustimmung nach § 28c S. 3 BIfSG erteilen –, sondern dass das Parlament und der Bundesrat dies **in einem förmlichen Gesetzgebungsverfahren gerade in der Form eines Gesetzes** tun, und dies insbesondere auch unter Beteiligung der Opposition und unter Beteiligung des Bundespräsidenten, der eine formelle Prüfungspflicht und nach h.M. wohl auch eine materielle Prüfungspflicht (nicht nur jeweils ein Prüfungsrecht) auch zu Gunsten der Grundrechte der Bürger hat. Nur das förmliche Gesetz, welches zudem anders als Bundestags- und Bundesratsbeschlüsse auch die Möglichkeit der Verfassungsbeschwerde eröffnet und auf transparent-rechtsstaatliche Weise im Bundesgesetzblatt veröffentlicht wird, genügt den Gesetzesvorbehalten der Art. 2 II 3, 10 II, 11 II 1, 12 I 2, 17 VII GG. Sowohl § 28c BIfSG als auch und vor allem § 20a I, IV BIfSG n.F. tragen dem erkennbar nicht hinreichend Rechnung. Der verfassungsrechtliche Grundfehler des § 28c BIfSG n.F. ist es bereits, dass die erste Definition (sowohl das "Ob" einer solchen Definition als auch deren Inhalt) einer geimpften, genesenen und getesteten Person auch im § 28c BIfSG nicht selber getroffen worden ist, sondern der Exekutive überlassen worden ist. Dieser ersten Definition haben Bundestag und Bundesrat zwar durch schlichten, kurzen Parlamentsbeschluss außerhalb eines förmlichen Gesetzgebungsverfahrens zugestimmt. Die Ermächtigung in § 28c BIfSG n.F. bedeutete jedoch noch nicht einmal im Ansatz einen vergleichbaren Eingriff in Freiheitsrechte wie im hiesigen Falle des § 20a I, IV BIfSG n.F.. Nun greift der Gesetzgeber im noch nie dagewesenen Maße in viele Grundrechte, darunter zentrale Grundrechte mit ausdrücklichem parlamentsförmigen Gesetzesvorbehalt ein, verweist pauschal auf die einmal von der Exekutive Begriffsdefinitionen und umgeht auf diese Weise "elegant" insbesondere seine Verpflichtung, selber durch förmliches Parlamentsgesetz die Begrifflichkeiten anzupassen und unter Kontrolle zu halten, wenn sich neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur sachgerechten Definition der "(…) geimpfte(n) oder genesene(n) Person (…)" ergeben oder gar aufdrängen. Auf diese Weise entledigt sich der Gesetzgeber seiner ihm durch die Art. 2 II 3, 10 II, 11 II 1, 12 I 2, 17 VII GG vorgegebenen Verpflich-tung, auch dringend notwendige Änderungen nur im Rahmen eines förmlichen Gesetzgebungsverfahrens umzusetzen, wenn er einmal beschlossene massive Grundrechtseingriffe abmildern oder aber, und dies dürfte politisch auf absehbare Zeit viel wahrscheinlicher sein, (nochmals) verschärfen will. Die Beteiligung des Bundestages nach § 20a I 1 BIfSG n.F. i. V. m. § 28c S. 3 BIfSG beschränkt sich auf eine einzige, innerhalb weniger Minuten oder Stunden parlamentarischen Zustimmung unter Umgehung der in den Art. 76 und 77 GG vorgesehenen wesentlichen Förmlichkeiten (z.B. Beteiligung des Vermittlungsausschusses; Fristverlängerungsmöglichkeiten zu Gunsten des Bundesrates u.v.a.m.). Die Art. 2 II 3, 10 II, 11 II 1, 12 I 2, 17 VII GG verlangen jedoch um der der Grundrechte willen die Einhaltung eines förmlichen, transparenten, die Opposition einschließenden Gesetzgebungsverfahrens, welches zwar u.U. auch zeitlich forciert, aber worauf eben nicht einfach vollständig verzichtet werden kann. Das Bundesverfassungsgericht hat bereits bei bloßen Berufsausübungsregelungen zu Recht betont:

"*(…) 2. Gebührenermäßigungsvorschriften für Notare sind - wie noch auszuführen sein wird - verfassungsrechtlich als Berufsausübungsregelungen zu beurteilen. Solche Regelungen sind gemäß Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG nur durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes statthaft. Dieser Gesetzesvorbehalt soll sicherstellen, daß der nach der Verfassung zuständige Gesetzgeber seinerseits in dem dafür vorgeschriebenen Verfahren prüft und*

entscheidet, in welchem Umfang und aus welchen Gründen die freie Berufsausübung der Notare durch Gebührenermäßigungspflichten eingeschränkt werden soll (vgl. BVerfGE 33, 125 (158 f.)).“

BVerfGE 47, 285-327, Rn. 63 – juris

Bei derart massiven Grundrechtseingriffen wie den vorliegenden, die u.a. auch auf der dritten Stufe der Berufsfreiheit anzusiedeln sind und die die freie Willensentscheidung und das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit abschaffen, muss das Vorgenannte erst Recht gelten. Dem Bundesgesetzgeber war es daher nicht gestattet, alle wesentlichen Grundrechtsfragen einfach an die Exekutive zu delegieren und seine Kontrolle im Hinblick auf die (künftig aus seiner Sicht erforderlichen) Neudefinitionen von “geimpft“ oder “genesen“ auf einen kurzen, einmaligen Bundestagsbeschluss zu beschränken und sich selbst des Initiativrechts für eine (künftig aus seiner Sicht erforderliche) Änderung zu begeben und auch dieses vollständig der Bundesregierung zu überlassen.

Verfassungsrechtliche sachliche Gründe, die von etwaigen rechtspolitisch nachvollziehbaren Gründen strikt zu trennen sind, eine Aushebelung der Grundrechtsvorbehalte in der Verfassung und damit eine sehr weitgehende Selbstentmachtung des Parlaments ausnahmsweise zuzulassen, sind nicht ersichtlich. Sie werden auch in der Gesetzesbegründung mit keinem Wort erwähnt. Insbesondere ändern sich wissenschaftliche Erkenntnisse auch nicht derart gravierend schnell, dass es für die Parlamentarier und auch für die Mitglieder des Bundesrates unzumutbar wäre, für eine neue Definition der “*(…) geimpfte(n) oder genesene(n) Person (…)*“ ein förmliches Gesetzgebungsverfahren durchzuführen, sollte dies erforderlich sein. Dies gilt umso mehr als dass es in der jüngeren deutschen Geschichte genügend Beispiele dafür gab und gibt, dass auch förmliche Gesetzgebungsverfahren mitunter innerhalb weniger Tage durch den Bundestag, den Bundesrat und auch durch das formelle (unstreitig) und materielle (streitig, aber von der wohl h.L. bejaht) Überprüfungsverfahren des Bundespräsidenten “durchgepeitscht“ worden sind.

Das Ergebnis gilt für den § 20a IV BIfSG n.F. erst recht, weil diese Vorschrift noch nicht einmal ansatzweise die Entscheidung darüber trifft, wer darüber entscheidet, ob ein bisheriger Impfnachweis (z.B. derjenige des doppelt Geimpften Beschwerdeführers Dr. Frank) ungültig wird. Es geht noch nicht einmal klar und eindeutig aus dem Wortlaut des Gesetzes hervor, welches Exekutivorgan und vor allem unter welchen Voraussetzungen, diese Entscheidung darüber trifft, ob man sich zum zweiten, dritten, vierten oder fünften Male impfen lassen. Die Politik auch in Deutschland hat jedenfalls die angebliche Erforderlichkeit einer sogar vierten Impfung bereits so gut wie beschlossen:

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.businessinsider.de/politik/welt/israel-ist-schon-bei-der-vierten-corona-impfung-und-sie-koennte-bald-auch-in-deutschland-anstehen/?utm_source=browser&utm_medium=push-notification&utm_campaign=cleverpush-1640185309 **- als Anlage B 42 -**

Die BT-Drs. 20/188, erwähnt zwar auf S. 41 den Ablauf des 6-Monatszeitraums bei Genesenen und die Änderung der Bundesausnahmenschutzverordnung. Die Begründung

gibt jedoch hinreichend zum Ausdruck, dass diese Fälle gerade nicht abschließend sind, was aus dem Wort “insbesondere“ folgt. M.a.W., die Norm lässt auch unter Zuhilfenahme ihrer Gesetzesbegründung für den Bürger nicht klar erkennen, welche Exekutive (Bundesministerium für Gesundheit; Paul-Ehrlich-Institut; eine Landesregierung; ein Landesgesundheitsministerium etc.) ihn durch Verkürzung des bisherigen Impfstatus zur dritten, vierten, fünften etc. Impfung nötigen darf. Dies ist mit dem Wesentlichkeitsgrundsatz, dem Bestimmtheits- und Rechtsstaatsgrundsatz (Art. 20 III GG) und auch mit dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht vereinbar.

b) Verstoß gegen das grundsätzliche Verbot dynamischer Verweisungen im grundrechtseingreifenden Bereich – insbesondere Aushebelung sämtlicher Gesetzesvorbehalte der Art. 2 II 3, 10 II, 11 II 1, 12 I 2, 17 VII GG

Nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes

“*(…) in der jeweils geltenden Fassung (…)*“

handelt es sich um eine dynamische und nicht nur um eine verfassungsrechtlich unb-denklich statische Verweisung. Die Unzulässigkeit dieser speziellen Form der dynamischen Verweisung folgt aus den nachfolgenden Grundsätzen der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts:

“*b) Ob bereits die vorstehenden Erwägungen zur verfassungsrechtlichen Unzulässigkeit einer dynamischen Verweisung führen, bedarf keiner abschließenden Entscheidung. Denn zu einer solchen Beurteilung nötigen jedenfalls die weiteren Anforderungen, die unter rechtsstaatlichen und demokratischen Gesichtspunkten an gesetzliche Berufsausübungsregelungen zu stellen sind. Zu diesen Anforderungen gehört, daß der zuständige Gesetzgeber grundsätzlich selbst für eine ordnungsgemäße Inkraftsetzung und Verkündung seiner Gesetze und deren Änderungen sorgt. Vor allem obliegt ihm die Aufgabe, den Inhalt dieser Gesetze in eigener Verantwortung und im Wege der parlamentarischen Willensbildung selbst zu bestimmen und dabei auch ihre Verfassungsmäßigkeit zu überprüfen; soweit die Verfassung eine Delegation von Normgebungsbefugnissen an andere erlaubt, darf der zuständige Gesetzgeber sich seiner Verantwortung für den Inhalt der Normierung jedenfalls nicht völlig entäußern (vgl. BVerfGE 33, 125 (157 ff.)).*“

BVerfGE 47, 285 - 327, Rn. 67 – juris

Der förmliche Gesetzgeber muss das sowohl das Inkrafttreten als auch das Außerkrafttreten eines förmlichen Gesetzes, erst recht eines solchen, welches massivste Grundrechtseingriffe enthält, regeln. Die Außerkraftsetzung eines Gesetzes oder jede hierauf hinauslaufende vergleichbare Maßnahme muss durch den Parlamentsgesetzgeber im förmlichen Gesetzgebungsverfahren nach den Art. 76ff GG erfolgen. Hiergegen wird aber gerade verstoßen, wenn der förmliche Gesetzgeber sich im Zeitraum Anfang Dezember bis 10.12.2021 (= dem Zeitpunkt der Verkündung des Gesetzespaketes im Bundesgesetzblatt) für die zu diesem Zeitpunkt geltenden Definitionen der geimpften und genesenen Personen entscheidet, das Initiativrecht für eine Änderung der Bundes-regierung überantwortet und

sich selbst dadurch die in der Verfassung nicht vorgesehene Kompetenz verschafft, das Gesetz außerhalb eines förmlichen Gesetzgebungsverfahrens aufzuheben bzw. jedenfalls de facto gegenstandslos und damit auch seinen Inhalt sogar grundlegend zu verändern.

Beispiel:
Die Bundesregierung hebt die Ausnahmenverordnung auf. Bundesrat und Bundestag stimmen zu. Der Bundestag ist froh, damit ein förmliches, länger andauerndes Gesetzgebungsverfahren umgangen zu haben. Der § 20a BIfSG n.F. würde dann immer noch im Gesetzesblatt stehen und formal nie aufgehoben werden. Die Norm wäre jedoch damit gegenstandslos und nicht mehr umsetzbar, da es dann keine exekutivische Definition der (noch oder wieder) geimpften oder genesenen Person mehr gibt. Der Bürger kann die Gegenstandslos-Werdung des § 20a BIfSG n.F. allein durch Lektüre des Bundesgesetzblattes nicht mehr nachvollziehen.

Zusammengefasst: Eine Befugnis des Parlaments, sich selbst das Recht einzuräumen, ein zuvor selbst beschlossenes Gesetz dadurch hinfällig zu machen, ohne ein förmliches Gesetzgebungsverfahren durchzuführen, ist strikt abzulehnen.

c) Auch im Hinblick auf § 20a V BIfSG n.F. hat der Gesetzgeber nicht ansatzweise selber geregelt, wie das Ermessen i. S. d. § 20a V 3 BIfSG n.F. auszuüben sein soll. Jedes Gesundheitsamt kann nach freiem Belieben sich seine eigenen Kriterien und Maßstäbe ausdenken und anwenden. Es gibt keinerlei gesetzlichen Rahmen. Neben der bereits - im Zusammenhang mit der Beendigung von kommunalen und Landesbeamtenverhältnissen sowie von Angestelltenverhältnissen im öffentlichen Dienst behandelten und zu verneinenden - Frage, ob das Gesetz hierfür die "*(…) genau gesetzlich geregelten Voraussetzungen und Formen (…)*"

BVerfG, Beschluss vom 14.01.2020, Az. 2 BvR 2055/16, Rn. 33 - 63 – juris

hat, stellt sich auch die Frage, ob ein Verstoß gegen den Wesentlichkeitsgrundsatz vorliegt. Dies ist zu verneinen, weil weder der Wortlaut noch die Entstehungsgeschichte irgendwelche konkreten Maßstäbe und Kriterien für die Ermessensausübung des Ge-sundheitsamts vorsehen. Dass jedes Gesundheitsamt seine eigenen Kriterien und Maßstäbe erstellen und nach eigenem Belieben gewichten kann, ist angesichts der historisch negativ einmaligen Intensität und Vielzahl der Grundrechtseingriffe nicht zulässig. Der Gesetzgeber selbst muss hier "Farbe bekennen", was er noch nicht einmal im Ansatz getan hat.

Neben den bereits erwähnten Kriterien

- Das "Ob" und die Häufigkeit des Kontakts zu vulnerablen Personengruppen

- Das "Ob" und die Dauer des Kontakts zu vulnerablen Personengruppen

- "Homeofficefähigkeit" der Tätigkeit des kommunalen Beamten oder des Landesbeamten

- das "Ob" der Ersetzbarkeit des Angestellten oder Beamten für den Dienstherrn sowie ggf. die Dauer bis zur Findung eines geeigneten Nachfolgers,

- Vertrauensschutz des betroffenen Beamten,

- Impfquote der anderen Mitarbeiter, mit denen der Beamte unvermeidbar gewissen oder ggf. auch längeren und engen Kontakt hat,

- Dauer der verbleibenden Dienstzeit bis zum regulären Ende der Dienstzeit, d.h. bis zum regulären Pensionsbeginn des Beamten sowie ob im konkreten Fall eine sog. Interimsgefahr des ungeimpften Beamten für die Allgemeinheit und / oder vulnerable Personengruppen ausgeht,

- Umfang der ohnehin kraft Bundesrechts oder des jeweiligen Landesrechts bestehen-den (ggf. verschärften) Hygienevorschriften etc.,

- das “Ob“ und der Umfang einer ggf. nachgewiesenen oder plausibel gemachten natürlichen Immunität,

- das “Ob“ und ggf. der voraussichtliche Zeitpunkt einer Änderung der Bundesausnahmenschutzverordnung im Hinblick insbesondere die Definition des Genesenen

wären noch weitere Kriterien denkbar. Z.B., ob die Behörde im Rahmen ihres Ermessens auch berücksichtigen darf oder gar berücksichtigen muss, ob, wenn von 20 Pflegekräften 3 ungeimpfte “gehen müssen“ bzw. gehen würden, die Versorgung der Pflegeeinrichtung nicht mehr gewährleistet wäre. Oder der Wille des Arbeitgebers. Oder die familiäre Situation des “impfunwilligen“ Arztes, Zahnarztes, Arbeitnehmers und die Dauer von dessen voraussichtlicher Arbeitslosigkeit und / oder die voraussichtliche Dauer von Umschulungsmaßnahmen oder gar die voraussichtliche Dauer des erforderlichen staatlichen “Hartz-IV-“Bezugs. Das Ermessen ist daher durch keine einzige tatbestandliche Begrenzung eingeschränkt und räumt daher ein willkürliches Ermessen des Mitarbeiters des jeweiligen Gesundheitsamts dar.

II. Formelle Nichtigkeit des § 28c BIfSG n.F.

Zwar hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 19.11.2021, Az. 1 BvR 781/21, 1 BvR 798/21 u.a., die sog. Bundesnotbremse auch formell gebilligt. Dies betraf jedoch nur den einzigen von den dortigen Beschwerdeführern erhobenen Einwand, dass die Zustimmungsbedürftigkeit des gesamten Gesetzespaketes aus Art. 104a IV GG folgen würde. Die Verletzung anderer, die Zustimmungsbedürftigkeit auslösender Grundgesetznormen wurde in dem dortigen Verfahren jedenfalls nicht geprüft. Zwar heißt es in Rn. 133 der Entscheidung, dass das Gesetz auch nicht aufgrund anderer Grundgesetznormen als Art. 104a IV GG zustimmungspflichtig gewesen sei.

Vgl. BVerfG, a.a.O., Rn. 133 – juris.

Durch den dortigen Verweis auf die Rn. 88 der Bundesnotbremsen-II-Entscheidung vom 19.11.2021, Az. 1 BvR 971/21 u.a., wird jedoch klar, dass mit den anderen Grundgesetznormen in diesem Zusammenhang nur der Art. 80 II GG gemeint gewesen ist. Da im Verfassungsbeschwerdeverfahren keine Prüfung von Amts wegen gilt, konnten andere Tatbestände, die die Zustimmungsbedürftigkeit des gesamten Gesetzespaketes auslösen könnten, gar nicht geprüft werden. Auf solche Grundgesetznormen berufen sich die hiesigen Verfassungsbeschwerdeführer wie folgt:

Die Zustimmungsbedürftigkeit des gesamten Gesetzespakets folgt aus Art. 84 I 6 GG

und Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 und 27 GG folgt. Insbesondere spielt es im Rahmen des Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 GG keine Rolle, ob den Ländern ein Ermessen hinsichtlich der Höhe der zu verausgabenden Geldmittel zusteht oder nicht.

1. Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 GG

a) Allgemeine Grundsätze zu Art. 74 I Nr. 25 GG

Insoweit kann weitgehend auf den bisherigen umfassenden Vortrag zur formellen Nichtigkeit des sog. Masernschutzgesetzespakets verwiesen werden. Sowohl Gesetze, die neue Staatshaftungsansprüche des Bürgers gegen den Staat schaffen bzw. bestehende ausweiten als auch solche, die Staatshaftungsansprüche einschränken, fallen unter diese Vorschrift. Umfasst werden insbesondere die Haftung für den enteignenden und enteignungsgleichen Eingriff, öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche. Staatshaftung i. S. d. Art. 74 I Nr. 25 GG ist daher in einem umfassenden, weiten Sinne zu verstehen.

§ 56 Ia BIfSG regelt unstreitig einen öffentlich-rechtlichen Entschädigungsanspruch. Dies folgt schon aus der Überschrift dieser Norm und auch aus dem Wortlaut namentlich des § 56 Ia BIfSG, welcher von "*(…) einer Entschädigung in Geld (…)*" spricht.

b) § 28b III 2ff BIfSG a.F.

Namentlich diese Vorschrift führt dazu, dass der Anwendungsbereich des § 56 I, Ia BIfSG durch bundesgesetzliche Anordnung massiv – auf Kosten der Länder – ausgeweitet wird. Millionen Schüler, Lehrer, Studenten, Teilnehmer der außerschulischen Erwachsenenbildung von allgemeinbildenden und berufsbildenden Schulen, von Hochschulen etc. werden nun durch den Bundesgesetzgeber zu Anspruchsberechtigten ge-macht, weil der Präsenzunterricht nach § 28b III 2 BIfSG n.F. noch mehr ausfällt als ohnehin schon. Besonders zahlreich ist auch die Anzahl hunderttausender Millionen Erwachsener, die dank des § 28b III 9 BIfSG a.F. ihre Kinder nicht mehr in Kindertageseeinrichtungen und Kinderhorte sowie in die erlaubnispflichtige Kindertagespflege bringen können. Ein geringer Teil dieser betroffenen Menschen mag über die – vom Willen des jeweiligen Landesnormgebers abhängigen (§ 28b III 5 BIfSG n.F.) – Notbetreuungen "über die Runden kommen", d.h. keine Ansprüche nach § 56 I, Ia BIfSG n.F. erwerben; die große Mehrheit der Eltern und sonstigen Sorgeberechtigten kann ihre Kinder aber nicht in die Notbetreuung schicken, d.h. erwirbt entsprechende Entschädigungsansprüche. Letzteres aufgrund der bundesgesetzlichen Anordnung und nach § 66 BIfSG auf Kosten der Länder und deren

Landeshaushalte. Verstärkt wird diese Entschädigungspolitik zu Lasten der Länder auch dadurch, dass das Gesetz an mehreren Stellen (§ 28b VI 1 Nr. 2, 28c BIfSG n.F.) einen indirekten Impfzwang enthielt. Hierdurch stieg auch die Zahl der nach § 66 II BIfSG auf Kosten der Landeshaushalte entschädigungsberechtigten Personen.

Dass das 4. Bevölkerungsschutzgesetz im erheblichen Maße Regelungen im Bereich der Staatshaftung enthält, insbesondere massive neue Kosten für die Landeshaushalte mit sich brachte, kann daher nicht ernsthaft bestritten werden. Die Zahl der Anspruchsberechtigten schnellte durch dieses Gesetz enorm in die Höhe. Daher ist das Gesetz als Ganzes nach Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 GG zustimmungspflichtig gewesen.

2. Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 27 GG

a) Maßstäbe des Art. 74 I Nr. 27 GG

Insoweit kann zur Vermeidung von Wiederholungen ebenfalls auf den bisherigen Vortrag, betreffend die formelle Nichtigkeit des Masernschutzgesetzespakets, verwiesen werden. Für die Landes- und Kommunalbeamten sind insoweit die Grundpflichten aus § 33 BeamtStG sowie die Wahrnehmung der Aufgaben und des Verhaltens aus § 34 BeamtStG sowie der Diensteid aus § 38 BeamtStG maßgeblich. Hieraus lässt sich gerade eine Verpflichtung der Beamten zum Ableisten ihres Dienstes ableiten.

b) § 28 I Nr. 3, 5 und 9, III, VII BIfSG a.F.

Die bundesgesetzliche Änderung ordnete u.a. für kommunale und Landesbeamte, die in entsprechenden kommunalen und Landesschwimmbädern, Thermen etc. arbeiten, ein pauschales Beschäftigungsverbot an. Entsprechendes gilt für Beamte der Kommunen und Länder, die z.B. in den Bereichen Seilbahnen, Fluss- und Seenschifffahrt im Aus-flugsverkehr sowie im touristischen Bahn- und Busverkehren tätig sind. Auch für diese gilt: Ist die sog. “Notbremse“ vom RKI ausgerufen worden, dann entfällt kraft Bundesrecht der Anspruch auf Beschäftigung. Der Bund regelt zugleich, dass diese Beamten weiter ihr Gehalt bekommen, d.h. deren Nicht-Mehr-Tätigkeitwerden und deren Nichterfüllung ihrer primären Dienstpflicht gelten aufgrund der gesetzlichen Neuregelung als entschuldigt. Etwaige Anordnungen des Landesdienstherrn, weiter tätig zu werden, sind nach § 35 I BeamtStG gegenstandslos gewesen, eine Schadensersatzpflicht nach § 48 BeamtStG (z.B., wenn die verbeamteten Bademeister das Schwimmbad oder die Seilbahn nicht mehr betreiben und daher keine Einnahmen mehr durch Eintrittsgelder erzielt werden) entfällt. Der Anspruch der Beamten auf jederzeitige amtsangemessene Beschäftigung entfällt kraft Bundesrechts und juristisch auch gegen den Willen des eigenen kommunalen oder Landesdienstherrn. Die Beamten mussten insoweit nicht mehr dem Landesdienstherrn, sondern dem “neuen Bundesdienstherrn“, sprich, dem Bundesgesetzgeber gehorchen, der die Pflicht auf jederzeitige amtsangemessene Beschäftigung, die u.a. aus Art. 33 V GG folgt, einfach mal so eben für ca. 2,5 Monate “ausgesetzt“ hatte.

Das Vorgenannte gilt auch für die Angestellten und Professoren der Universitäten sowie für Lehrer (vgl. § 28b III BIfSG n.F.), ferner auch für Beamte der Länder und Kommu-nen, die z.B. in Theatern, Opern, in Museen etc. arbeiten. Auch verbeamtete Busfahrer, Buskontrolleure sowie Straßenbahnkontrolleure der Kommunen und Länder hatten eine

neue Statuspflicht bekommen: Sie mussten nun grundsätzlich kraft Bundesrechts eine sog. Maske tragen.

Vgl. § 28b I 1 Nr. 5 und 9 BIfSG n.F.

Das neue Bundesgesetz regelte daher u.a. auch zentrale Statusrechte und -pflichten von Landesbeamten und kommunalen Beamten sowie von anderen Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Für die verbeamteten Lehrer, die unter § 28b III BIfSG n.F. fallen, galt es im ganz besonderen Maße, dass deren Statusrechte und Statuspflichten durch den Bund ganz neu geregelt werden. Äußerst detailliert wird den Landesbeamten die tägliche Arbeit durch das neue Bundesgesetz vorgegeben. Der Bund bestimmte fortan den konkreten Arbeitsort der Lehrer-Landesbeamten: Nicht der Landesdienstherr, nicht die Schulleitung vor Ort, nicht das Landesschulministerium, nicht der Lehrer oder die Schüler oder die Eltern der Schüler, nein, der Bundesgesetzgeber bestimmte, ob die Landesbeamten Präsenzunterricht, Wechselunterricht oder nur Online-Unterricht vorzunehmen hatten. Der Bund bestimmte auch abschließend die Ausnahmen, wenn nach § 28b III 3 BIfSG n.F. der Präsenzunterricht ausfällt; Ausnahmen gab es nach Maßgabe der Landes-behörden nur noch für Förderschulen und für die Abschlussklassen. All diese Eingriffe in den Schulalltag stellten massive neue Pflichten dar, die den Kern des Lehrerberufs betrafen und nicht nur Details oder Randfragen. Neue Statuspflichten – darunter die Pflicht, fortan sich nicht mehr bei den wichtigsten Fragen nach dem Landesdienstherrn zu richten, sondern nur noch nach dem Bundesgesetzgeber und nach dem vom Robert-Koch-Institut festgelegten Inzidenzen – wurden hier eindeutig durch den Bund neu kreiert. Das Vorgenannte galt auch für die Hochschullehrer entsprechend, deren Statusrechte und -pflichten (vor allem Pflichten) ebenfalls ganz neu strukturiert wurden.

Das Vorgenannte galt auch und erst recht für § 28b VII BIfSG n.F.: Beamte der Länder und Kommunen hatten nun zum einen ein grundsätzliches neues Recht auf Homeoffice erhalten. War bislang durch Art. 33 V GG und durch die einschlägigen landesrechtlichen Regelungen anerkannt, dass u.a. auch der Einsatzort und Dienstort für Landes- und Kommunalbeamte durch den Landes- bzw. den kommunalen Dienstherrn festge-legt wird, so bestimmte nun auf einmal der Bundesgesetzgeber den Einsatz- und Dienstort. Der Landesdienstherr oder der kommunale Dienstherr wurden schon gar nicht mehr gefragt. Dass dieses neue Recht auf Homeoffice den Status der kommu-nalen und Landesbeamten sehr deutlich änderte und auf völlig neue Weise prägte, kann nicht ernsthaft zweifelhaft sein. Allerdings beschränkte sich die Neuregelung durch den Bundesgesetzgeber nicht nur darauf, dass die Landesbeamten bzw. deren kom-munale Pendants nun ein neues Statusrecht erhielten. Denn umgekehrt wurde durch den Bundesgesetzgeber auch eine neue Statuspflicht eingeführt, nämlich die grundsätzliche Pflicht, das neue verpflichtende Angebot des Landes- bzw. kommunalen Dienstherrn – dieses muss er anbieten, ob er will oder nicht – auch anzunehmen.

Schließlich galt das Vorgenannte erst recht, wenn man bedenkt, dass auch Richter der Länder unter Art. 74 I Nr. 27 GG fallen. Auch für diese schuf der Bund im April 2021 ein neues Statusrecht (= auch diese konnten vom Dienstherrn grundsätzlich verlangen, nur noch zu Hause zu arbeiten, d.h. ohne Zugang zu Gerichtsbibliotheken u.Ä.), welches jedoch

zugleich auch eine neue Pflicht beinhaltet, nämlich die bundesgesetzlich vom Landesdienstherrn erzwungene Pflicht, Homeoffice anzubieten, auch anzunehmen bzw. Gründe darzulegen, warum sie das ausnahmsweise im Einzelfall ablehnen durften. Gerade die Landesrichter betreffen einen Kern der Landeskompetenzen und auch den hochsensiblen Bereich der richterlichen Unabhängigkeit. Der Bund wurde auch hier durch das neue Gesetz zu einer Art zweiten Dienstherrn für die Landesrichter und die anderen Landes- und kommunalen Beamten. Dieser zweite Dienstherr hat den Anspruch, etwaiger gegenteiligen Anweisungen des bisherigen alleinigen Landesdienst-herrn, vorzugehen.

Zusammengefasst: Eindeutiger konnte man kaum neue Statusrechte und -pflichten für Beamte der Länder und Kommunen schaffen als es der Bundesgesetzgeber damals getan hatte. Das Gesetz enthielt viele neue statusprägende Pflichten für die Landes- und die Kommunalbeamten. Dies galt erst recht, wenn man den bisherigen und den neuen Status sowie die bisherigen und neuen Statuspflichten in Form einer Gesamtschau rechtlich würdigt.

Das Gesetzespaket in Gänze hätte daher auch nach Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 27 GG zwingend der Zustimmung durch den Bundestag bedurft. Auch dieser formelle Verfassungsverstoß ist sehr eindeutig gewesen.

Insbesondere der hiesige auf Lebenszeit verbeamtete Beschwerdeführer Nr. 18 war nicht gewillt, diesen neuen “Dienstherrn“ zu akzeptieren, sondern will, Art. 33 V GG folgend, weiterhin nur seinen hessischen Landesdienstherrn akzeptieren und nur des-sen Anordnungen hinsichtlich Einsatzzeiten, Einsatzort, amtsangemessener Beschäftigung sowie der Art der täglichen Dienstausführung befolgen. Wenn der Bund insoweit tatsächlich meinte, dass er all diese Fragen viel besser regeln konnte als der jeweilige Landesdienstherr oder der kommunale Dienstherr, dann galt jedenfalls Art. 74 II GG, der hier eindeutig missachtet worden ist. Daher war und ist aufgrund der unverändert gültigen Einheitsthese der § 28c BIfSG formell nichtig. Ist dies aber der Fall, ist auch die Bundesausnahmenverordnung, deren Vorspann sich i. S. d. Art. 80 I 3 GG nur auf § 28c BIfSG stützte und stützt, nichtig, was zur Nichtigkeit des § 20a I BIfSG n.F. führt. Für eine Abkehr in einem Eilverfahren von der bislang mindestens durch zwei Senats-entscheidungen bestätigten Einheitsthesen-Judikatur, die zudem weiterhin der deutlich vorherrschenden Literaturmeinung entspricht, besteht keinerlei Anlass.

3. Art. 84 I 6 GG

a) Grundsätzliches zu Art. 84 I (6) GG

Auch insoweit kann vollumfänglich auf die bisherigen Darlegungen zur formellen Nich-tigkeit des Masernschutzgesetzespakets verwiesen werden. Als Regelungen des Verwaltungsverfahrens sind z. B. anzusehen Bestimmungen über Antragserfordernisse, Beweiserhebung, Form- und Fristvorschriften, Offenbarungs- und Verwertungsverbote, Verwaltungsgebühren, Verkündungen von Satzungen, Zustellungsvorschriften und Zustimmungserfordernisse. Insoweit geht es um das “Wie“ des Verwaltungshandelns.

Vgl. Sachs in: GG, Kommentar, 9. Auflage 2021, Art. 84 Rn. 9ff

b) Das Bundesnotbremsen-Gesetzespaket enthielt eine Vielzahl bundeseinheitlicher Regelungen zum Verwaltungsverfahren i. S. d. Art. 84 I 6 GG.

aa) § 28b I 1, 1. HS, 2 – 4, II, III, VI sowie § 28c BIfSG a.F.
Diese Vorschriften regelten die behördliche Willensbildung auf vielfältige Weise. Die Verhängung von Bußgeldern nach § 73 Ia BIfSG n.F. durch die Landesbehörden hing von der Veröffentlichung der sog. Inzidenzen durch das RKI auf dessen Homepage ab. Der Beginn des Gesetzesvollzugs hing vom RKI und dessen Handlungen ab. Insbesondere § 28b I 1. HS sowie I 2 BIfSG a.F. stellte der Sache nach eine Verkündungsvorschrift dar, zumindest, sofern man die anschließenden Sätze 3 und 4 nur als "Zusatz", als Hilfe für den Bürger und nicht als zwingende Voraussetzungen für die "Notbremse" im jeweiligen Landkreis einstufen wollte.

§ 28b II BIfSG a.F. enthielt klare Fristenberechnungsregelungen für die Landesverwaltung, insbesondere für deren Tätigkeit, Bußgelder zu verhängen. Eine eindeutigere verwaltungsverfahrensrechtliche Regelung war kaum vorstellbar. Das Gesetz enthielt für die Landesverwaltung klare Vorgaben für die Fristenberechnung sowie zumindest eine ungefähre Frist für die Bekanntmachung i. S. d. Satzes 4. Denn "unverzüglich" bedeutet(e) ohne schuldhaftes Zögern, insoweit besteht eine Obergrenze von maximal 2 Wochen. Die Definition innerhalb des § 121 I BGB stellt einen allgemeinen Rechtsgedanken dar, der auch im öffentlichen Recht gilt.

Vgl. Ellenberger in: Palandt/Heinrichs, BGB, Kommentar, 80. Auflage 2021, § 121 Rn. 3

Ob diese Frist bzw. deren Einhaltung gegenüber dem Bürger rechtliche Konsequenzen hatte oder ggf. nur innerhalb der Verwaltung (= Beamte, die diese Frist, ggf. mehrfach, missachten, begehen ein Dienstvergehen), änderte nichts an der verwaltungsverfahrensrechtlichen Natur dieser Regelung.

§ 28b III BIfSG a.F. stellte ebenfalls eine klassische Regelung des Verwaltungsverfahrens dar. Den Landesschulbehörden wurden minutiös vorgeschrieben, wer unter welchen Voraussetzungen am Präsenzunterricht teilnehmen darf und wer nicht, wann Wechselunterricht stattfindet und wann überhaupt gar kein Präsenzunterricht mehr stattfinden darf bzw. welche Schulformen u.U. hiervon nach Ermessen der Landesbehörden ausgenommen sind (z.B. Förderschulen). Die Außenwirkung gegenüber den Schülern sowie auch gegenüber den Lehrkräften, die sich (s.o.) auf Art. 33 V GG berufen konnten, war augenscheinlich. Die Vorschrift enthielt ferner exakte Fristberechnungen und über den Verweis auf § 28b II 3 und 4 BIfSG n.F. auch die gleiche Frist ("unverzüglich") wie oben dargelegt.

§ 28b VI Nr. 1 und 2 BIfSG n.F. statuierte ebenfalls eine verwaltungsverfahrens-rechtliche Regelung. Die Landesbehörden mussten auch die zusätzlichen, über die bisherigen Maßnahmen nach § 28 I 1, 2 und § 28a I BIfSG hinausgehenden Maßnahmen umsetzen. Ermessensspielraum hatten sie insoweit nicht. Ferner mussten sie u.a. auch Ausnahmeregelungen nach § 28b VI Nr. 2 BIfSG a.F. umsetzen, d.h. unter bestimmten Umständen Verwaltungsakte zur Gewährung von Ausnahmen gewähren. Auch das sind klassische verwaltungsverfahrensrechtliche Regelungen.

§ 28c BIfSG a.F. schließlich verlangte ebenfalls von den zuständigen Landesbehörden, dass diese u.a. Ausnahmen zu Gunsten von Getesteten und Geimpften umsetzten.

bb) § 77 VI BIfSG n.F. enthielt ebenfalls detaillierte Fristen- und Formvorschriften für die Landesbehörden. Dort war genau geregelt, wann eine Bekanntmachung zu erfolgen hatte und wie die drei Tage i. S. d. § 28b I 1, III 2 BIfSG n.F. für die Landesbehörden zu berechnen seien. Auch das stellte klassische verwaltungsverfahrensrechtliche Regelungen dar.

cc) Auch die Art. 2 und 3 des Gesetzespakets enthielt ebenfalls verwaltungsverfahrensrechtliche Regelungen.

Art. 2, d.h. § 421d III 1 SGB III, regelte den Anspruch des Bürgers auf Arbeitslosengeld, der von der Bundesagentur zu bezahlen gewesen ist, und zwar in einem erweiterten Umfange als zuvor.

Art. 3, d.h. § 45 IIa SGB V, regelte einen Anspruch des Bürgers auf Krankengeld in einem anderen Umfange als zuvor. Die Landesbehörden bekamen nun detaillierte Anweisungen, für ihre Krankengeldbescheide, um die Dauer des Krankengeldbezuges zu erhöhen.

c) Abweichungsfestigkeit i. S. d. Art. 84 I 6 GG

Alle vorgenannten verwaltungsverfahrensrechtlichen Regelungen sind abweichungsfest gewesen. Dies folgt aus dem Sinn und Zweck des ganzen Gesetzes. Wie kaum ein anderes Gesetz in der Geschichte ist der Sinn und Zweck dieses Gesetzes eine Zentralisierung von Maßnahmen gewesen. Die bisherige Vielfalt der Landesgesetz- und Landesverordnungsgebung sollte gerade ausgeschaltet werden und durch bundeseinheitlichen Zentralismus ersetzt werden. Der Sinn und Zweck des Gesetzes bestand darin, "*(…) Maßnahmen nach bundeseinheitlichen Standards (…)*" (BT-Drs. 19/28444, S. 1 unter A)) zu schaffen. Hätten die Länder nach Art. 84 I GG die Kompetenz (bei)behalten, z.B.

- andere Fristen zu regeln (z.B. eine 4-Wochenfrist für die Bekanntmachung i. S. d. § 28b I 3, 4 BIfSG n.F. statt "unverzüglich"; oder eine Unterbrechung der Zählung der nach § 28b I 1 BIfSG n.F. maßgeblichen Tage durch Sonn- und Feiertage)

- Schülern oder Lehrer auch ohne Testung zum Unterricht(en) zuzulassen oder auch bei nur einer wöchentlichen Testung

oder

- Präsenzunterricht als Form des Verwaltungshandelns trotz hoher Inzidenz auch noch für weitere Unterrichtsformen als für Abschlussklassen oder Förderschulen (z.B. Grundschulen) zuzulassen,

so wäre der vom Bundesgesetzgeber gewünschte Zweck des Gesetzes in Gänze vereitelt.

Zu Recht hat es die Judikatur des Bundesverfassungsgericht nicht als zwingend erforderlich eingestuft, dass im Gesetzestext ausdrücklich ein Abweichungsverbot geregelt ist. Vielmehr reichte eine "*(…) zumindest hinreichend deutliche Regelung (…)*"

BVerfG, Beschluss vom 29.06.2016, Az. 1 BvR 1015/15, Rn. 60 – juris

aus. Diese ergibt sich vorliegend eindeutig aus der Gesetzesbegründung und auch zumindest der Sache nach deutlich aus der Formulierung "*(…) so gelten dort (ab dem übernächsten Tag die folgenden Maßnahmen)*". Diese Geltung würde gegenstandslos oder je nach konkreter Abweichung durch Landesgesetz stark relativiert, wenn die Länder das Verwaltungsverfahren beliebig nach eigenem politischen Gutdünken hätten ge-stalten dürften.

Somit folgte die Zustimmungsbedürftigkeit des gesamten Gesetzespaketes auch aus Art. 84 I 6 GG.

Art. 84 I GG verbot es ferner auch, dass Bundesgesetze den Landesbehörden konkrete Weisungen erteilen. Faktisch ordnet das RKI in Form seiner täglichen Inzidenzmit-teilungen gegenüber den Landesbeamten an, ob sie Präsenzunterricht, Wechselun-terricht, ausnahmsweise Präsenzunterricht etc. durchführen dürfen. Das wäre aber al-lenfalls unter den Voraussetzungen des Art. 85 III GG denkbar, der hier jedoch nicht an-wendbar gewesen ist.

III. Verstoß des § 28c BIfSG gegen die Grundsätze der Wesentlichkeitsheorie und Parlamentsvorbehaltslehre

1.) § 28c BIfSG verstößt gegen die Wesentlichkeitstheorie und konnte und kann daher eine Ungleichbehandlung der hiesigen Beschwerdeführer, die gegenüber dem sog. Co-rona-Impfen teils zurückhaltend, teils strikt ablehnend sind, nicht rechtfertigen. Die Norm regelt noch nicht einmal, ob unter "*(…) von einer Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auszugehen ist (…)*" die sog. ErstImpfung oder erst die sog. Zweit-Impfung oder gar Dritt- und Viertimpfung zu verstehen ist. Sie regelte nicht, ob und ggf. welcher Zeitraum nach der Erst- oder der Zweitimpfung vergangen sein muss, um in den Genuss der Privilegien zu kommen und um gegenüber Noch-Nicht-Geimpften oder vorsichtigeren Personen oder Personen, die sich die vielen Sicherheits-berichte des PEI kritisch durchgesehen haben, bevorteilt zu werden. Geradezu grotesk ist es, dass man in Sachen Masernzwangsimpfung die Möglichkeit hat, im Falle einer medizinischen Kontraindikation auch ungeimpft weiterhin die Schule zu besuchen oder in der Schule oder im Krankenhaus zu arbeiten (§ 20 IX 2 BIfSG), was nach § 20 VI 2 BIfSG auch für andere denkbare Impfpflichten gilt, während man selbst als immunsupprimierte Krebspatientin oder Transplantationspatient oder ähnlich schwer erkrankte Person im Rahmen des § 28c BIfSG keine entsprechende Ausnahmemöglichkeit bekommt. Es ist unklar, wieso es zwar im Rahmen des neuen § 20a I 2 BIfSG n.F. den Ausnahmefall der medizinischen Kontraindikation gibt, zumal auch das RKI generell bei jeder Impfung Fälle einräumt, bei denen nicht geimpft werden sollte.

Vgl. z.B.
https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Impfen/AllgFr_Kontraindi/faq_impfen_Kontraindi_ges.html **- als Anlage B 43 -**

Dass z.B. auch bei Schwangerschaften und in der darauffolgenden Stillzeit nicht so ohne Weiteres eine Covid-19-Impfung medizinisch vertretbar ist, lag schon damals bei Verabschiedung des Bundesnotbremsengesetzespakets auf der Hand. Ein Ausweichen für diese Personen, noch dazu ein dauerhaftes, auf die in § 28b BIfSG n.F. vorge-sehene Testmöglichkeit, ist unzumutbar und seinerseits verfassungswidrig schon des-halb gewesen, weil der Verweis auf § 28b IX BIfSG a.F. nicht erfolgt ist. Weder verwies der § 28c BIfSG n.F. überhaupt auf den § 28 B IX BIfSG a.F. noch ist es möglich gewesen, dessen eindeutigen Wortlaut ("*Anerkannte Tests im Sinne dieser Vorschrift sind In-vitro-Diagnostika, die (…)*") auf den § 28c BIfSG zu beziehen. Denn mit der Formulierung "*(…) Anerkannte Tests im Sinne dieser Vorschrift sind (…)*" kann nur der § 28b BIfSG a.F. selbst gemeint sein. § 28b BIfSG a.F. und § 28c BIfSG waren jedoch klar und eindeutig **zwei unterschiedliche Vorschriften** … . Eine extensive Auslegung dieses klaren Wortlauts des § 28b BIfSG a.F. im Sinne der Regierung bzw. der einfachen Parlamentsmehrheit ist bei derart intensiven Grundrechtseingriffen zu Lasten des Bürgers (hier: vor allem Art. 3 I GG im Rahmen des § 28c BIfSG) ausgeschlossen gewesen. Dies folgte nicht zuletzt auch daraus, dass § 28b IX BIfSG a.F. i. V. m. u.a. § 28b I 1 Nr. 4 HS 2 lit. b), III, VI BIfSG a.F. bußgeldbewehrt ist. Diese Norm daher er-weiternd auch auf den § 28c BIfSG auszudehnen, wäre jedenfalls mit den strengen Anforderungen des Art. 103 II GG nicht vereinbar gewesen. § 28b IV BIfSG a.F. gilt daher nur und ausschließlich für den § 28b BIfSG a.F. – und nicht auch analog für den § 28c BIfSG. Somit ist die in § 28c BIfSG n.F. gerichtete Formulierung "*(…) oder die ein negatives Ergebnis eines Tests auf eine Infektion mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 vorlegen können (…)*" in Gänze unbestimmt gewesen. Nirgendwo im Gesetz wurde auch nur ansatzweise definiert, welche Tests das sein sollten, wo diese Tests veröffentlicht sind und wer überhaupt (RKI und / oder das PEI und /oder das Bundesgesundheitsministerium und /oder die Bundesregierung und /oder eine Landesregierung und / oder das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und / oder …) diese Liste, so eine solche existiert, für den Bürger verbindlich erstellen oder ggf. auch ändern oder ergänzen konnte.

Der Gesetzgeber des § 28c BIfSG n.F. handelte daher schon deshalb unverhältnismäßig, weil die Norm keinerlei Ausnahmen zuließ. Analog dem bereits thematisierten jüng-sten EGMR-Urteil zur tschechischen Impfpflicht müssten auch Ausnahmen für Personen vorgesehen werden, die nachvollziehbare Gewissensgründe vorweisen können, um sich nicht dem mittelbaren und gesellschaftlichen Impfzwang zu beugen. So genügten schon einige Recherchen um festzustellen, dass alle in Deutschland angebotenen Impfstoffe auch Zelllinien abgetriebener Föten enthalten (hierzu wurde zu Art. 4 I GG bereits umfassend vorgetragen). Auch ist es für die hiesigen Eltern gänzlich mit ihrem Gewissen unvereinbar, derart hohe gesundheitliche Risiken ihrer Kinder und auch für sich selbst durch die Impfung zu riskieren. Schon aufgrund des Fehlens jeder Ausnahmeklausel von der in § 28c BIfSG geregelten indirekten Impf- und auch Testpflicht ist die Norm unverhältnismäßig und materiell verfassungswidrig und mit den Grundrechten der Beschwerdeführer aus namentlich Art. 2 II 1 GG i. V. m. Art. 3 I GG i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie aus Art. 3 I GG, aus Art. 6 I GG, aus Art. 12 I GG, aber auch aus Art. 4 GG (dazu nachfolgend) etc. unvereinbar und nichtig.

Schließlich kann auch nicht ernsthaft streitig sein, dass eine auch nur indirekte Impf- und Testpflicht u.a. in Art. 2 II 1 GG eingreifen. Die staatlich angeordnete, mittelbare Impfpflicht ist darin zu sehen, dass den ungeimpften, kritischen Bürgern das Leben dadurch massiv erschwert wird, dass deren Grundrechtseingriffe allein schon durch deren Fortbestand intensiviert werden, während diejenigen, die,sei es aus Unwissenheit (wie viele Personen haben sich schon die Beipackzettel zu den Impfstoffen und die Sicherheitsberichte des PEI (dazu nachfolgend) wirklich durchgelesen??! Und wie lange dauern die ärztlichen Gespräche mit den Impflingen in der Praxis wirklich bei einem derart noch nie dagewesenen medizinischen Massenphänomen?), sei es aus Gründen überdurchschnittlichen Mutes (Originalzitat von Herrn Söder, dem bayerischen Ministerpräsidenten: "*Wer sich traut, soll auch die Möglichkeit haben.*"

https://www.rnd.de/politik/soder-uber-astrazeneca-impfungen-wer-sich-traut-soll-auch-die-moglichkeit-haben-2TXHQHOHXJKY2U72G2MPW3G4G4.html **- als Anlage B 44 -**

sich die genetisch modifizierte RNA oder DNA haben spritzen lassen, Corona-Lockerungen erhalten. Im Rahmen der Prüfung der Verhältnismäßigkeit eines Eingriffs in Freiheitsrechte ist immer auch der Gleichheitsgrundsatz zu prüfen.

Vgl. z.B. für Eingriffe in Art. 12 I GG statt aller: StGH Stuttgart, Urteil vom 17.06.2014, Az. 1 VB 15/13, Rn. 349, 373, 376 - juris; BVerfGE 130, 131, Rn. 40 - juris

Für die Art. 2 II 2, 11 I GG kann nichts anderes gelten.

Beispiel:

1. Einer der ungeimpften Beschwerdeführer (z.B. der in Sachsen wohnhafte Beschwerdeführer Nr. 13, nachfolgend B) macht Urlaub in einem sog. Hochrisikogebiet (z.B. Tschechien). Dessen geimpfter Nachbar N fährt ebenfalls dorthin in das gleiche Hotel an den gleichen Ort. Nach sächsischer Quarantäne-Verordnung müssen beide in Quarantäne gehen. Dies greift in das Grundrecht aus Art. 11 I GG ein.

Regelt die Bundesrechtsverordnung nach § 28c BIfSG n.F. für den Nachbar N eine Ausnahme von der Quarantänepflicht, so wird B, der als einziger in Quarantäne geschickt wird, nicht nur in Art. 11 I GG, sondern auch aus Art. 11 I GG i. V. m. Art. 3 I GG eingeschränkt. Denn es stellt sich (auch) die Frage, ob die massive Ungleichbehandlung von zwei ohne weiteres vergleichbaren Sachverhalten (beides deutsche Staatsbürger; beide bei Ausreise und bei Wiedereinreise symptomfrei; beide nicht Risikopersonen; gleich langer Urlaubsaufenthalt; gleicher Urlaubsort und gleiches Hotel) verhältnismäßig ist.

Der Eingriff, den § 28c BIfSG in Art. 11 I GG i. V. m. Art. 3 I GG zulässt, ist schon wegen Verstoßes gegen Art. 19 I 2 GG offensichtlich formell verfassungsfeindlich. Entsprechendes galt und gilt auch für den Verstoß des § 28c BIfSG gegen Art. 2 II 2 GG i. V. m. Art. 3 I GG.

Beispiel:

Die Beschwerdeführer Nr. 13 aus Sachsen und Nr. 1 aus Bayern sind durch die aktuellen Landesrechtsverordnungen nach § 32 BIfSG, die unter § 28c BIfSG fallen, u.a. daran

gehindert, mit ihren Ehepartnern und Kindern einen Vergnügungspark aufzusuchen. Diese Verbote (vgl. § 11 I der bayerischen Corona-Verordnung vom 05.03.2021 in der Fassung vom 28.04.2021; abrufbar gewesen unter

https://www.gesetze-bayern.de/Content/Document/BayIfSMV_12/true **- als Anlage B 45 -**

§ 4 II Nr. 1 CVO Sachsen, abrufbar unter

https://www.coronavirus.sachsen.de/download/SMS-Saechsische-Corona-Schutz-Verordnung-2021-03-29-Stand-2021-04-16.pdf **- als Anlage B 46 -**).

Deren Nachbarn Schultze und Maier sind doppelt geimpft und freuen sich schon auf die nächste angekündigte Impfung im Herbst. Das bayerische und sächsische Verbot, Freizeitparks zu besuchen, gilt derzeit (noch) für alle Beteiligten.

Regelt die Bundesrechtsverordnung nach § 28c BIfSG n.F. für die doppelt geimpften Nachbarn eine Ausnahme, so könnte der Freizeitpark für diese geimpften Personen öffnen, die Beschwerdeführer Nr. 13 und Nr. 1 müssten jedoch unverändert “draußen bleiben“, und zwar selbst dann, wenn der Freizeitparkbetreiber überhaupt gar keine Probleme damit hatten oder hätten, ungeimpfte Personen auf sein Freizeitparkgelände zu lassen. § 28c BIfSG n.F. greift daher auch in das Grundrecht aus Art. 2 II 2 GG (neben Art. 2 II 1 GG) ein, erst recht, wenn man, lebensnah betrachtet, davon ausgeht, dass sowohl ungeimpfte Personen, die trotz eines Verbotes für Ungeimpfte, den Freizeitpark zu besuchen, diesen betreten als auch Betreiber, die Ungeimpfte hereinlassen, ein Bußgelddelikt begehen.

Der Eingriff durch § 28c BIfSG n.F. in das zentrale Grundrecht aus Art. 2 II 2 GG scheiterte und scheitert jedenfalls und evident an Art. 19 I 2 GG. Deshalb ist die Norm formell verfassungswidrig und taugt auch als Rechtfertigung für Eingriffe in andere Gleichheits- oder Freiheitsrechte der Beschwerdeführer nicht.

Es ist ausgeschlossen, den § 28b XI BIfSG a.F. auch auf den daraus folgenden § 28c BIfSG zu beziehen. Das wäre sowohl im Hinblick auf den Wortlaut des § 28c BIfSG als auch im Hinblick die Gesetzessystematik und auch im Hinblick auf die Historie geradezu “ein Unding“. Gerade dann, wenn man bedenkt, dass der § 28c BIfSG offenbar eine Erfindung erst des Ausschusses und nicht des Parlaments gewesen ist, kann nicht unterstellt werden, dass das Parlament seinen zuvor nur auf § 28b BIfSG a.F. bezogenes Zitiergebot nach Absatz 11 auch auf den neuen “Ausschussparagraphen“ des § 28c BIfSG beziehen wollte, der vom Ausschuss offensichtlich ohne Einhaltung der Zitiergebotsanforderungen geschaffen worden ist.

§ 28c BIfSG enthält massive Ungleichbehandlungen. Es ist anerkannt, dass sogar dem formellen Gesetzgeber nur ein enger Beurteilungsspielraum zusteht, wenn seine Ungleichbehandlungen Auswirkungen auf Freiheitsgrundrechte haben, was erst recht der Fall ist, wenn der Betreffende keinen Einfluss darauf hat, die Ungleichbehandlung zu beeinflussen. Hier ist es so, dass keiner der Beschwerdeführer und auch kein an-derer Bürger Einfluss darauf hat, in welche Impfpriorisierungsgruppe laut Testverordnung man fällt oder nicht fällt – denn dies entschied der Testverordnungsgeber anhand von Kriterien, auf die man wenig bis gar keinen Einfluss hat (Alter, Vorerkrankungen, gewählter Beruf,

Einstufung des Berufs als systemrelevant) und entscheidet aktuell im Hinblick auf die dritte Impfung die StikO i. V. m. dem Faktor Zufall (Andrang/ Öffnungszeiten am jeweiligen Testzentrum u.Ä.)

Der Gesetzgeber behandelt Nichtgeimpfte, Personen mit nachvollziehbaren Gewissensgründen gegen die Impfung, Einfachgeimpfte, Zweifachgeimpfte, Dreifachgeimpfte sowie getestete Personen teilweise zu Unrecht gleich bzw. teilweise auch zu Unrecht ungleich. Wenn dem Gesetzgeber nur ein enger Beurteilungsspielraum zusteht, dann muss dies für den Verordnungsgeber aber erst recht und umso mehr gelten.

§ 28c BIfSG schließlich wahrt auch den Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 80 I 2 GG nicht. Denn die Fälle, von denen eine Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auszugehen sein soll, werden nicht ansatzweise im Gesetz definiert. Sollen hierunter schon die Erstgeimpften fallen? Reicht es aus, dass ein Antikörpertest positiv ausfällt? Was ist mit den vielen Personen, die vielleicht immun gegen das Corona-Virus sind, aber nicht gegen eine oder ggf. auch alle Mutationen? Wie lange müssen die Erst-impfung oder die Zweitimpfung oder die Drittimpfung zurückliegen, um in den Genuss der Lockerungen und Ausnahmen zu kommen? Muss oder darf der Test ein Selbsttest sein oder ein PCR-Test? Muss dieser Test zwingend von einem Arzt durchgeführt werden oder reicht es auch aus, dass der Test, wie geschehen von Studenten, Pflegern oder Soldaten vorgenommen wird? All diese Fragen, die der Wortlaut des § 28c BIfSG n.F. noch nicht einmal im Ansatz selber regelt und die auch nicht wirklich anhand der Entstehungsgeschichte beantwortet werden können, dürfen jedoch aufgrund ihrer Grundrechtsrelevanz gerade nicht an die Exekutive delegiert werden. Wenn, dann muss das Parlament insoweit selber in öffentlicher Debatte und unter Beteiligung der Opposition “Farbe bekennen“, was jedoch erkennbar nicht geschehen ist. Die Parla-mentsmehrheit hat nur entschieden, **selber die wesentlichen grundrechtsrelevanten Fragen gerade nicht** zu beantworten, sondern diese an die Bundesregierung “auszulagern“. Genau dies wollen aber der Art. 80 I 2 GG und auch der Art. 20 II, III GG gerade verhindern.

§ 28c BIfSG schließlich verlangte und verlangt ferner von den zuständigen Landesbehörden, dass diese u.a. Ausnahmen zu Gunsten von Getesteten und Geimpften umset-zen und durchsetzen, wenn das neue Bundesrecht in Gestalt des § 28c BIfSG und der (künftigen) Bundesrechtsverordnung solche Ausnahmen oder Erleichterungen anordnen.

<u>Beispiel:</u>

§ 28 I, II CVO in damaliger Fassung lautete:

§ 28 Örtliche Maßnahmen, ergänzende Anordnungen, Ausnahmen

(1) [1]Weitergehende Anordnungen der örtlich für den Vollzug des Infektionsschutzgesetzes zuständigen Behörden bleiben unberührt. [2]Die zuständigen Kreisverwaltungsbehörden können, auch soweit in dieser Verordnung Schutzmaßnahmen oder Schutz- und Hygienekonzepte vorgeschrieben sind, im Einzelfall ergänzende Anordnungen erlassen, soweit es aus infektionsschutzrechtlicher Sicht erforderlich ist.

(2) [1]Ausnahmegenehmigungen können im Einzelfall auf Antrag von der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde erteilt werden, soweit dies aus infektionsschutzrechtlicher Sicht vertretbar ist und Bundesrecht nicht entgegensteht. [2]Ausnahmegenehmigungen, die einen generellen Personenkreis oder eine allgemeine Fallkonstellation betreffen, dürfen unter den Voraussetzungen des Satzes 1 nur im Einvernehmen mit der zuständigen Regierung erteilt werden.

Vgl. **Anlage B 45**

Beispiel:

Das bayerische Seniorenheim S, das 100 Bewohner hat, die alle wie alle Pflegekräfte zweifach geimpft sind, beantragt Ausnahmen von § 9 der aktuellen Bayerischen Verordnung. Man ist der Meinung, dass der im Seniorenheim S verwendete Impfstoff Sputnik so genial sei, dass man sich u.a. die Regelung des § 9 II Nr. 2 CVO nunmehr “schenken könne“. Auch für Besucher, die mit diesem Impfstoff zweifach geimpft worden seien, seien Maskenpflicht und Mindestabstand unnötig geworden. Diese Anträge werden jedoch nach § 28 II CVO von der bayerischen Behörde am 03.05.2021 förmlich abgelehnt.

Am 06.05.2021 tritt jedoch die neue Bundesrechtsverordnung nach § 28c BIfSG in Kraft. Diese sieht vor, dass Anträgen auf Befreiung von Maskenpflicht und Mindestabstand für Pflegeheimbewohner und Besucher dann stattzugeben ist, wenn der Impfstoff Sputnik verimpft worden ist und die Impfquote bei 95% in der Einrichtung liegt. Ferner sollen die bayerischen Behörden von Amts wegen prüfen, ob diese Voraussetzungen in ihrem Verantwortungsbereich vorliegen und dies den Heimen bescheinigen, um noch mehr “Normalität“ zu erreichen und um Heime bzw. Heimbewohner, die diese Quote noch nicht erreicht haben, zur Impfung zu motivieren. Das Erreichen dieser Quote soll und muss jedoch amtlich durch die Behörden bestätigt werden, d.h. es reicht nicht aus, dass die Heimleitung allein das Vorliegen dieser Quote und übrigen Voraussetzungen bestätigt.

Dass eine solche Regelung vom Wortlaut des § 28c BIfSG gedeckt wäre, kann schwerlich in Abrede gestellt werden. Die Norm lässt es mithin zu, dass durch die Bundesrechtsverordnung ohne Abweichungsmöglichkeit für die Länder (eine solche Abweichungsbefugnis würde den Zweck der Regelung vereiteln) das Verwaltungsverfahren geregelt wird. Dann aber ist das Gesetz auch aus diesem Grunde ein Zustimmungsgesetz i. S. d. Art. 84 I 6 GG gewesen.

2. § 28c BIfSG gibt einem Teil der Menschen die Grundrechte ganz oder zumindest teilweise zurück. Sie spaltet die Gesellschaft in zwei Teile. Sie diskriminiert diejenigen, die sich impfen lassen wollen, aber dies aus Kapazitätsgründen (wieder) noch gar nicht konnten. Ferner geht sie fälschlicherweise davon aus, dass Geimpfte das Virus nicht oder nur im ganz unerheblichen Maße weiter tragen können. Tatsächlich ist das Gegenteil der Fall, was im gleichen Maße auch für Getestete gilt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://m.focus.de/gesundheit/coronavirus/schnelltest-war-ebenfalls-negativ-beunruhigender-fall-in-halle-doppelt-geimpfte-soll-mehrere-menschen-angesteckt-haben_id_13150891.html (!): Eine zweifach (!) geimpfte Person mit anschließendem Corona-Schnelltest wurde durch einen PCR-Test als infiziert (dieses Mal tatsächlich im medizinischen Sinne) nachgewiesen und wies eine extrem hohe Viruslast auf und wurde “Superspreader“! **- als Anlage B 47 -**

Das RKI und andere verweisen darauf, dass das Risiko bei Geimpften für eine Weitergabe dem Risiko eines sog. Schnelltests entsprechen würde. Doch genau dieses Risiko ist doch, wie das RKI selber darlegt, sehr hoch!

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/rki-koennen-geimpfte-das-coronavirus-trotzdem-uebertragen-17281800.html:

“*Das RKI meint, dass Geimpfte wie solche Personen behandelt werden können, die ohne Symptome einen Schnelltest mit negativem Ergebnis gemacht haben. Aber was heißt das schon? Die Messlatte hängt niedrig.*“

“*(…) Wie hoch dieser statistische Wert ist, hat zum Beispiel die vom RKI zitierte Cochrane-Antigentest-Review jüngst gezeigt. 58 Prozent der symptomlosen Infizierten werden mit den Tests korrekt erfasst, 42 Prozent dagegen sind falsch-negativ. Diese Infizierten fallen sozusagen durch den Rost. Das ist ein statistischer Durchschnittswert, der über viele Antigentests hinweg ausgerechnet wurde. Aber klar ist: Fast die Hälfte der symptomlos Infizierten bekommt das falsche Test-Ergebnis: negativ. Also grünes Licht, wenn etwa für Veranstaltungen oder Zutritt zu Geschäften oder Museen ein Schnelltestergebnis gefordert wird*.“ **- als Anlage B 48 -**

Diese Ungleichbehandlung ist daher sachlich nicht gerechtfertigt, erst recht, wenn die letzte Entscheidung darüber, ob diese massive Ungleichheit in Deutschland einziehen soll, nicht das Parlament, sondern allein die Exekutive treffen soll. **Das Parlament hat aber auch hier wieder einmal nur entschieden: *“Wir als Parlament wollen das nicht selber entscheiden. Dann soll doch die Regierung, wenn sie es nach freiem politischem Belieben will, tun oder eben auch nicht.“*** - Ein klarer Verstoß gegen die Wesentlichkeitsdoktrin.

IV. Weitere Nichtigkeitsgründe der Bundesausnahmenverordnung

In der Verordnung wird nur der § 28c BIfSG als Ganzes i. S. d. Art. 80 I 3 GG zitiert. Dies ist aber nicht ausreichend. Es muss für den juristischen Laien die exakte Rechts-grundlage angegeben werden, hier also nur der § 28c S. 1 BIfSG. Der Verweis auf die gesamte, aus mehreren Sätzen bestehende Vorschrift erschwert dem Laien das Verständnis und die Prüfung, ob sich der Normgeber im Rahmen der Ermächtigung gehalten hat.

Vgl. Kment in: Jarass/Pieroth, a.a.O., Art. 80 Rn. 22

Ist § 28c BIfSG somit nichtig, existiert de jure keine Bundesausnahmenschutzverordnung. Der dynamische Verweis in § 20a I 1 BIfSG n.F. auf die Bundesrechtsverordnung und der zumindest teilweise Verweis auf die Bundesrechtsverordnung in § 20a IV BIfSG n.F. geht daher rechtlich ins Leere. Ohne eine gültige Bundesausnahmenverordnung ist der gesamte § 20a BIfSG n.F. nicht vollziehbar und auch weder für den Bürger noch für die Verwaltung vollziehbar.

Wir bitten ferner höflich um Verständnis, dass weiterer Vortrag ggf. erst im neuen Jahr 2022 erfolgen kann, was den teilweise urlaubsbedingten Abwesenheiten des Unterzeichners und von dessen Mitarbeiterin geschuldet ist.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 42 – B 48

24. Dezember 2021

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
BvR-Az.: noch nicht bekannt
früheres Az. AR: 9698/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

teilt der Unterzeichner mit, dass er die, soweit schwerpunktmäßig medizinische Fragen betroffen sind, bislang noch überwiegend ausstehende Begründung der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache voraussichtlich Mitte Januar 2022 einreichen wird. Entsprechendes gilt für die Eilantragsbegründung. Letzteres deshalb, weil die wissenschaftlichen Mitarbeiter der hiesigen Kanzlei längere Zeit urlaubsbedingt abwesend sein werden. Der Unterzeichner wird dennoch sehr bemüht sein, die erforderlichen Schriftsätze ggf. noch früher einzureichen, kann dies derzeit aber noch nicht sicher zusagen.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

4. Januar 2022

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

bitten wir zunächst höflich darum, das Rubrum wie folgt zu ergänzen:

Verfassungsbeschwerde nebst Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung:

1.
[...]
36. neu!
37. neu!
38. neu!
39. neu!

A) Ergänzungen des Sachverhalts und weitere Darlegungen zu Art. 20 III GG und Art. 103 II GG

1.) Zu den weiteren Beschwerdeführern

Die Beschwerdeführer Nr. 36 und Nr. 37sind auf Lebenszeit verbeamtete Feuerwehrbeamte und im Rettungsdienst tätig. Ihre berufliche Tätigkeit fällt unter § 20a I 1 Nr. 1 lit. k) BIfSG n.F.. Sie sind Einsatzbeamte der Berufsfeuerwehr Xxxxxxx im mittleren technischen Dienst. Beide sind Teil einer Gruppe von derzeit ca. XXX ungeimpften (= gesunden) Einsatzbeamten, die alle jedenfalls ab 15.03.2022 von der Impfpflicht betroffen sein werden. Die Feuerwehr Xxxxxxx fährt mit ihren vielen Einsatzfahrzeugen (Rettungswagen (RTW), Hilfeleistungslöschgruppenfahrzeugen (HLF), Notarzteinsatz-fahrzeugen (NEF) usw. ...) zu Rettungsdiensteinsätzen aus.

In Xxxxxxx führt die Berufsfeuerwehr traditionell den Notarztdienst durch. Sie nahm sich schon aus eigenem Selbstverständnis seit Jahrzehnten dieser Aufgabe an, als es noch gar kein entsprechendes Rettungsdienstgesetz gab. An den Feuerwachen sind zusätzlich auch Rettungswagen (RTW) der Berufsfeuerwehr stationiert, die bei jedem Einsatz mit dem Löschzug ausrücken. In den normalen Rettungsdienst sind sie eigentlich nicht eingebunden, da sie dem Eigenschutz dienen bzw. das Personal im Löschzug ergänzen. Die Besatzung verfügt hierzu im Gegensatz zu den anderen Rettungswagenbesatzungen über eine medizinische und feuerwehrtechnische Ausbildung. Sollte aber kein Rettungswagen des regulären Rettungsdienstes mehr verfügbar sein, was in der Praxis durchaus vorkommt, werden sie gleichwohl zur Spitzenabdeckung alarmiert und verwendet.

Zusätzlich fahren die Hilfeleistungslöschfahrzeuge (HLF) sog. First-Responder-Einsätze. Die First Responder (übersetzt: Erst-Eintreffende) sind eine Ergänzung zum regulären Rettungsdienst und überbrücken die Zeit vom Notfallereignis bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes bzw. Notarztes.

Zu deren Bedeutung vgl. z.B. “Was bedeutet “First Responder“? – Freiwillige Feuerwehr Xxxxxxx.
https://www.f-f-o.de/first-responder/was-bedeutet-first-responder/ **- als Anlage B 49 -**

Im Falle der Beschwerdeführer Nr. 36 und Nr. 37 sowie für deren Kollegen bedeutet dies, dass alle Feuerwehrleute zu Notfällen alarmiert werden können und bis zum Eintreffen weiterer Rettungskräfte lebenserhaltende Maßnahmen (z.B.: Herz-Lungen-Wiederbelebung, Frühdefibrillation u.Ä.) einleiten dürfen und auch müssen.

Alle Mitarbeiter im Einsatzdienst der Berufsfeuerwehr Xxxxxxx haben eine Ausbildung zum Rettungssanitäter und etliche Kollegen der Beschwerdeführer Nr. 36 und 37 haben zusätzlich die Sonderausbildung Notfallsanitäter bzw. Rettungsassistent. Daher kann der Arbeitgeber diese Mitarbeiter aufgrund der Stellenbeschreibung auch nicht nur mit dem klassischen Feuerwehrdienst beschäftigen (was das hiesige Gesetz als milderes Mittel aber ohnehein nicht vorsieht), weil diese Planstellen auch mit der Besoldung an den Rettungsdienst der Feuerwehr XXXXXX geknüpft sind. Beide Beschwerdeführer berufen sich insbesondere auf ihre Grundrechte aus Art. 2 II 1 (Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit sowie Grundrecht auf Leben), aus Art. 12 I GG (Berufsfreiheit) so-wie auch auf die grundrechtsgleichen Gewährleistungen aus Art. 33 II und V GG.

Die Beschwerdeführerin Nr. 38 ist Altenpflegerin und arbeitet im Xxxx. Sie ist bereits vom Arbeitgeber angeschrieben worden und hatte am 03.01.2022 einen Gesprächstermin mit ihrem Arbeitgeber in Sachen Impfpflicht.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Schreiben vom 28.12.2021 **- als Anlage B 50 -**

Der Beschwerdeführer Nr. 39 ist als selbstständiger Zahnarzt tätig und betreibt seine Zahnarztpraxis in Xxxxxx. Er hat mehrere Angestellte. Ferner will er zum 16.03.2022 eine Kraft einstellen. Der Genesenenstatus seiner Reinigungskraft läuft im März aus, wobei diese sich nicht impfen lassen will und der Beschwerdeführer will auch diese Kraft behalten. Er lehnt als Arbeitgeber (wie alle anderen Arbeitgeber der hiesigen Klägergruppe) es ab, personenbezogene Daten seiner Mitarbeiter und / oder von sich selbst – zu diesem Zwecke, d.h. zum Zwecke der Verhängung von Zutrittsverboten, Berufsverboten sowie Beschäftigungsverboten und von Bußgeldern gegenüber völlig gesunden Personen – dem Gesundheitsamt zu melden. Ihm leuchtet ferner auch die massive Ungleichbehandlung zwischen Arbeitgebern, die Beschäftigte erst ab dem 16.03.2022 einstellen und beschäftigen, und solchen, die Beschäftigte schon vor dem 16.03.2022 eingestellt haben und beschäftigen, nicht ein (vgl. insoweit die bereits erfolgten ausführlichen Darlegungen zu Art. 3 I GG).

2.) Ergänzender Vortrag zu § 2 Nr. 16 BIfSG i. V. m. §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F. bzw. zur Thematik der Übermittlung "personenbezogene(r) Daten" und deren fehlender hinreichender verfassungsrechtlichen Bestimmtheit

Wollte man den § 2 Nr. 16 BIfSG nicht bereits, wie dargelegt, als offensichtlich formell verfassungswidrig einstufen, mit der Folge, dass bereits aus diesem Grunde ein offensichtlicher Verstoß gegen beide verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgrundsätze (Art. 20 III GG und, i. V. m. § 73 Ia Nr. 7e) - h) BIfSG n.F., Art. 103 II GG) vorliegt, so er-gibt sich im Ergebnis selbst dann nichts anderes, wenn man den § 2 Nr. 16 BIfSG als formell verfassungskonform einstufen wollte. Denn die Norm lautet:

"*Nr. 16 personenbezogene Angabe*

Name und Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift der Hauptwohnung oder des gewöhnlichen Aufenthaltsortes und, falls abweichend, Anschrift des derzeitigen Aufenthaltsortes der betroffenen Person sowie, soweit vorliegend, Telefonnummer und E-Mail-Adresse“

In den §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F ist stets (nur) formuliert, dass “*(...) personenbezogene Daten (....)*” zu übermitteln seien. Es ist schon alles andere als selbstverständlich, dass mit dieser Formulierung exakt das Gleiche gemeint sein soll wie mit der Formulierung und Definition der "personenbezogene Angabe" i. S. d. § 2 Nr. 16 BIfSG. Allein die Tatsache, dass in den §§ 2, 20a BIfSG n.F. erkennbar zwei unterschiedliche Formulierungen verwendet werden, spricht deutlich dagegen, dass für eine Interpretation der §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F., deren Ziel die Wahrung der verfassungs-rechtlichen Bestimmtheitsgebote ist, einfach auf den § 2 Nr. 16 BIfSG zurückgegriffen werden kann. Schon hieraus folgt, dass, da der Wortlaut des Gesetzes der wichtigste Teil der Verfassungsinterpretation ist, Verstöße gegen Art. 20 III GG und gegen Art. 103 II GG vorliegen. Wollte man den § 2 Nr. 16 BIfSG gleichwohl für die Interpretation der §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 7e) - h) BIfSG n.F. verwenden wollen, so würde Folgendes gelten:

Variante 1:

Die §§ 20a II 2, III 2, IV 2 BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 7e) - h) BIfSG n.F. i. V. m. § 2 Nr. 16 BIfSG sind so auslegen, dass der Arbeitgeber, wenn ihm alle Daten bekannt sind, auch tatsächlich alle übermitteln muss.
Eine solche Auslegung des einfachen Gesetzes würde zwar dazu führen, dass keinerlei Bestimmtheitsgrundsatz-Probleme vorhanden wären. Jedoch würde eine solche Interpretation erkennbar dazu führen, dass der Eingriff in die Grundrechte der Arbeitnehmer aus Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG (Recht auf informationelle Selbstbestimmung) und Art. 12 I GG (Berufsfreiheit) evident unverhältnismäßig wäre. Dies gilt insbesondere für die Übermittlung der (privaten oder geschäftlichen (?)) E-Mail-Adresse, da das Gesundheitsamt ein etwaiges Betretungs-, Beschäftigungs- oder Tätigkeitsverbot zu Lasten des jeweiligen Arbeitnehmers ohnehin nicht per E-Mail verfügen darf. Denn § 3a BVwVfG/ LVwfG ist hier nicht anwendbar, da § 20a BIfSG n.F. keinerlei zwingende Schriftform vorsieht und man wohl nicht ernsthaft davon ausgehen kann, dass alle betroffenen Ar-beitnehmer für den Erhalt von

behördlichen Verwaltungsakten, einen elektronischen Zugang i. S. d. § 3a I BVwVfG/LVwfG eröffnet hätten. Ähnliches gilt für die Telefon-nummer. Hier wäre es ausreichend, dass die Behörde ihre jeweilige Maßnahme durch schriftlichen Verwaltungsakt förmlich an die Anschrift der Hauptwohnung zustellt. Auch ist nicht klar, weshalb stets für die behaupteten Zwecke des § 20a BIfSG das (soziale oder biologische (??!)) Geschlecht und das Geburtsdatum relevant sein sollten und an die Behörde übermittelt werden müssten. Dieses spielt doch keine wirkliche Rolle. Denn in den Fällen des § 20a III BIfSG n.F. besteht im Hinblick auf die dort aufgeführten Sanktionsmöglichkeiten (= Beschäftigungs- und Tätigkeitsverbot, aber, warum auch im-mer, kein Betretungsverbot) ohnehin kein Ermessen. Und im Rahmen des § 20a BIfSG n.F. steht dem Gesundheitsamt zwar ein uferloses Ermessen zu, weil weder der Wort-laut des Gesetzes noch die Gesetzesbegründung auch nur ansatzweise klar konturierte Kriterien festlegen, wie das Ermessen auszuüben ist. Jedoch wird man, wenn man den behaupteten Gesetzeszweck des § 20a BIfSG n.F. ernst nehmen wollte, doch wohl kaum annehmen können, dass das (biologische und / oder soziale) Geschlecht für die Ermessensausübung eine Rolle spielen (vgl. auch Art. 3 III GG) würde; dies schon gar nicht in allen Fällen, weshalb eine ausnahmslose und standardisierte Übermittlung der Angabe(n) zum Geschlecht erkennbar nicht erforderlich ist.

Variante 2:

Die einfachgesetzlichen Normen sind nicht so auszulegen, dass der Arbeitgeber/ die Leitung des Unternehmens oder der Einrichtung sämtliche ihr bekannten Angaben i. S. d. § 2 Nr. 16 BIfSG an die staatliche Stelle, i. d. R. an das Gesundheitsamt, zu übermitteln haben. Sondern es müssen jeweils nur die individuell erforderlichen Angaben übermittelt werden. Auf diese Weise dürfte zwar das obige Verhältnismäßigkeitsproblem nicht mehr relevant sein. Aber dann wären die Bestimmtheitsgrundsatz-Probleme umso größer: Denn woher sollte der private oder öffentliche Arbeitgeber wissen, welche Angaben individuell erforderlich sind, um dem Gesetz zu genügen und um die eigene Bußgeldbewehrung sicher abwenden zu können?! Gerade hierdurch wird der spezielle bußgeldrechtliche Bestimmtheitsgrundsatz ad absurdum geführt. Wann der Arbeitgeber seinen Pflichten genügt hat und eine eigene Bußgeldstrafe sicher verhindert hat, entscheidet nach dieser Auslegung des einfachen Gesetzes der jeweilige Sachbearbeiter im Gesundheitsamt und der jeweilige Bußgeld- oder Verwaltungsrichter. Dies zu verhindern ist aber gerade Sinn und Zweck der Art. 20 III GG und 103 II GG.

Hinzu kommt: § 2 Nr. 16 BIfSG ist seinerseits bereits völlig unbestimmt. Es ist völlig unklar, welche E-Mail-Adresse oder welche Telefonnummer übermittelt werden sollen. Dass in der heutigen Zeit auch Privatpersonen mehrere private E-Mails und mehrere private Telefonnummern (Handynummer(n), Festnetznummer(n), jeweils geschäftlich und privat) haben, ist alles andere als ein atypischer Sonderfall, ebenso, dass die Erreichbarkeit unter den jeweiligen Nummern und E-Mail-Adressen mitunter sehr unterschiedlich sein kann und dass die übermittlungspflichte Einrichtungsleitung dies nicht so ohne Weiteres beurteilen kann, welches die private Haupt-E-Mail-Adresse oder Haupt-Telefonnummer ist und welche nicht. Auch ist unklar, ob das biologische oder das soziale Geschlecht gemeint ist oder beide. All diese völligen Unbestimmtheiten und Unklarheiten, die die Definition des § 2 Nr. 16 BIfSG enthält, verschärfen die o.g. Auslegungsprobleme hinsichtlich des Merkmals der

“*(...) personenbezogene Daten (....)*” zusätzlich und sind im Rahmen eines Bußgeldandrohung (§ 73 Ia Nr. 7e) - h) BIfSG n.F.) erst Recht verfassungsrechtlich gänzlich indiskutabel und mit Art. 103 II GG er-kennbar unvereinbar.

B) Weitere Ausführungen zur Begründetheit der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache (die Nummerierung knüpft insoweit an den letzten umfangreicheren Schriftsatz vom 23.12.2021 an)

V. Wissenschaftlich nicht (mehr) haltbare Definition des Status des Genesenen

Der Parlamentsgesetzgeber verweist auch hinsichtlich des Genesenenstatus in § 20a I 1 BIfSG n.F. vorbehaltlos und uneingeschränkt auf den Bundesverordnungsgeber. Dieser sieht in § 2 Nr. 4 und 5 BAusnahmSchV vor, dass nur derjenige als genesen gilt, der eine vorherigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 überstanden hat, wenn die zugrundeliegende Testung **durch eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist und mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegt.** Diese Definition ist wissenschaftlich gleich aus mehreren Gründen nicht mehr haltbar. Dies unabhängig von der Frage, ob in der hiesigen (verfassungsrechtlich wie dargelegt unzulässigen; siehe die vergangenen Schriftsätze zur Thematik der Wesentlichkeitstheorie und Parlamentsvorbehaltslehre) Konstellation nur von einem engen Beurteilungsspielraum (im Hinblick auf Tatsachen) oder von einem "durchschnittlichen" oder von einem weiten Beurteilungsspielraum des formellen Gesetzgebers auszugehen ist. Gleichwohl werden im Folgenden zunächst die Gründe dargelegt, weshalb insoweit allenfalls von einem engen Beurteilungsspielraum ausgegangen werden kann und weshalb die verfassungsrechtliche Kontrolldichte sehr hoch sein muss.

1. Allenfalls enger Beurteilungsspielraum im Hinblick auf die tatsächlich-medizinische Frage, unter welchen Voraussetzungen jemand wie lange als Genesener gilt

Die Pflicht zur Impfung gegen den (medizinisch fundierten) Willen des Betroffenen unter Androhung von Beschäftigungs-, Tätigkeits- und Betretungsverboten sowie von massiven, mehrfach zu verhängenden Bußgeldstrafen greift in die Grundrechte aus Art. 1 I, 2 II 1 (Recht auf körperliche Unversehrtheit), 2 II 1 (Recht auf Leben) sowie auch auf der dritten Stufe der Freiheit der Berufswahl ein. Namentlich bei den Grundrechten aus Art. 2 II 1 GG ist anerkannt, dass diesen innerhalb des Systems der Grundrechte ein ganz besonders hoher Rang zukommt. Der Eingriff betrifft zum einen die Freiheit, selber zu entscheiden, ob der eigene Immunstatus irreparabel geändert werden wird und ob das Risiko, erheblicher Impfnebenwirkungen und -schäden eingegangen werden soll, und zum anderen die Freiheit zur Eigenverantwortung, die sogar die Freiheit zu objektiv unvernünftigen Entscheidungen schützt (wobei die Verweigerung der Impfung, wie noch zu zeigen sein wird, vorliegend alles

andere als unvernünftig ist). Der Eingriff in beide Schutzbereichskomponenten gleich in zwei Grundrechte, die unbestritten einen besonders hohen Rang aufweisen, führt zwingend dazu, dass der staatlichen Gewalt nur ein enger Beurteilungsspielraum zusteht. Eine andere Sichtweise würde den hohen Rang der Grundrechte und die massive Eingriffsintensität umgehen und beides durch die Hintertür völlig entwerten. Auch der zentrale Aspekt der Irreversibilität spricht für diese verfassungsrechtliche Sichtweise. Die Bejahung eines "durchschnittlichen" oder gar eines weiten Beurteilungsspielraumes würde die Grundrechte aus Art. 1 I, 2 II 1 GG auf die Ebene der Grundrechte aus Art. 2 I GG (allgemeine Handlungsfreiheit) degradieren. Schließlich: Wenn, wie vorliegend, der formelle Gesetzgeber sich zu 100% weigert, eine eigene Definition des Zustandes der Genesung zu definieren und zu 100% auf die Exekutive verweist, dann kann der formelle Parlamentsgesetzgeber unmöglich einen größeren Beurteilungsspielraum für sich in Anspruch nehmen als die Exekutive. Ein etwaiger Beurteilungsspielraum der Exekutive, die lediglich sehr mittelbar demokra-tisch legitimiert ist, muss aber deutlich geringer sein als der Beurteilungsspielraum des Gesetzgebers.

2. Die derzeitige Definition in § 2 Nr. 4 und 5 BAusnahmSchV genügt in mehrfacher Hinsicht nicht (mehr) dem verfassungsrechtlichen Minimum an Wissenschaftlichkeit. Der Gesetzgeber hat auch insoweit noch nicht einmal ansatzweise sich darum bemüht, die medizinisch relevanten Tatsachen zu ermitteln und zu bewerten, wozu er jedoch nach der aktuellen Judikatur des Ersten Senats des Bundesverfassungsgerichts verpflichtet ist.

Vgl. BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021, Az. 1 BvR 971/21 und 1 BvR 1069/21, Rn. 123, 176ff und 198f.– juris

Durch die mittlerweile völlig unhaltbare und auch nicht durch den engen Beurteilungsspielraum gedeckte Definition der Genesung wird der Personenkreis, für die die derzeitige Impfpflicht gilt, viel zu weit gefasst. Von der Impfpflicht sind also viele Personen umfasst, bei denen das Risiko, dass sie eines der wenigen verbliebenen Intensivbetten in Anspruch nehmen müssten und /oder dass sie das Virus an Dritte weitergeben könnten, sehr gering ist. Daher ist das gesamte Gesetz erkennbar unverhältnismäßig und trägt den wissenschaftlichen Standards noch nicht einmal mehr ansatzweise Rechnung.

Im Einzelnen:

a) Die Höchstdauer von 6 Monaten i. S. d. § 2 Nr. 5 BAusnahmSchV, die zudem der Sache nach einen Zeitraum von nur etwas mehr als fünf Monaten darstellt, ist wissenschaftlich nicht (mehr) haltbar.

b) Keinerlei Berücksichtigung der Zahl und der Art der Antikörper, um als Genesene(r) zu gelten, insbesondere keinerlei Berücksichtigung der natürlichen T-Zellenimmunität

Für medizinisch Genesene ist keine (ausreichende) Ausnahme von der Impfpflicht im Gesetz vorgesehen, sondern sie sollen sich 6 Monate nach der Infektion, die nur durch einen PCR-Test nachgewiesen werden kann, einer Impfung unterziehen – dies, obwohl sie

aufgrund ausreichender Antikörper und ausreichender T-Zellenimmunität mehr als ausreichend geschützt sind und aufgrund dieses ausreichenden Schutzes das Virus auch kaum weitergeben können. Diese Regelung stellt einen unverhältnismäßigen Eingriff in die Gesundheit dieser Personen dar, der durch die aktuelle Studienlage nicht (mehr) gedeckt ist und der im Widerspruch zur zumindest deutlich vorherrschenden wissenschaftlichen Meinung steht.

3. Studien, die belegen, dass der derzeitige 6-Monatszeitraum viel zu kurz ist

a) Die nachfolgenden Studien weisen eine effektive und langanhaltende Immunität von Genesenen, auch ohne die sog. Booster-Impfung, nach.

aa) https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00676-9/fulltext **- als Anlage B 51 -**

bb) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.27.21264194v1 **- als Anlage B 52 -**

cc) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1 **- als Anlage B 53 -**

dd) https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2108120 **- als Anlage B 54 -**

ee) https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab345/6251701 **- als Anlage B 55 -**

ff) https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4 **- als Anlage B 56 -**

gg) https://www.nature.com/articles/s41586-021-03207-w **- als Anlage B 57 -**

hh) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13520 **- als Anlage B 58 -**

ii) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.20.21255670v1.full **- als Anlage B 59 -**

jj) https://www.science.org/doi/10.1126/science.abf4063?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed **- als Anlage B 60 -**

kk) https://www.science.org/doi/10.1126/science.abh1766?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed **- als Anlage B 61 -**

ll) https://academic.oup.com/cid/article/73/10/1882/6170939 **- als Anlage B 62 -**

mm) https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.03.21259976v2 **- als Anlage B 63 -**

nn) https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00675-9/fulltext **- als Anlage B 64 -**

Bereits die Anzahl dieser Studien ist beeindruckend. Sie eint alle, dass der Zeitraum von 6 Monaten für zu kurz gehalten wird und dass eine Immunität auch nach einem 6-Monatszeitraum nach einer überstandenen Infektion gegeben ist. Ernsthafte Zweifel an der Methodik und Wissenschaftlichkeit dieser Studien bestehen nicht, insbesondere sind auch keine Abhängigkeitsverhältnisse der Autoren zu politischen oder pharmazeutischen Ebene erkennbar.

b) Ferner gibt es Studien, die belegen, dass in den (ohnehin sehr seltenen Fällen), in denen Genesene sich erneut infizieren, diese eine deutlich geringere Viruslast als Erst-infizierte aufweisen. Die nachfolgende Studie geht von einem um 80 % reduzierten Risiko aus sich erneut zu infizieren und in den Fällen, in welchen es dennoch zu einer erneuten Infektion kam, war die Viruslast ca. 10-mal geringer als bei Erstinfizierten.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(21)00158-2/fulltext
- als Anlage B 65 -

c) Ausreichende Daten zur Wirksamkeit des Boosters bei Genesenen liegen zudem der EMA nicht vor (identische Informationen für SpikeVax und Comirnaty).

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/comirnaty-epar-medicine-overview_en.pdf
- als Anlage B 66 -

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-medicine-overview_en.pdf
- als Anlage B 67 -

Dann aber ist es erst recht unzumutbar für die Genesenen, wenn der Staat auch sie zu einer im Prinzip unbegrenzten Impfpflicht verpflichtet (§ 20 I, IV BIfSG n.F.).

d) Genesene leiden zudem häufiger an unerwünschten Ereignissen nach Durchführung einer Impfung als Nicht-Genesene.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00277-2/fulltext
- als Anlage B 68 -

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.mdpi.com/2075-1729/11/3/249 **- als Anlage B 69 -**

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00158-4/fulltext

- als Anlage B 70 -

Umso unverständlicher ist es, dass auch Genesene uneingeschränkt durch den Staat zur Impfung genötigt werden. Auch mit diesem zentralen Gegenargument hat sich der Staat noch nicht einmal auch nur ansatzweise befasst und sich noch nicht einmal ansatzweise um Ermittlung und Abwägung der Fakten bemüht, was sowohl für die Bun-desregierung als Verordnungsgeber der Bundesausnahmenschutzverordnung als auch für den Parlamentsgesetzgeber gilt.

e) Auch führende Wissenschaftler halten den Ablauf des Genesenenstatus nach 6 Monaten von der Datenlage her nicht für gerechtfertigt.

aa) Exemplarisch sei der Virologe Klaus Stöhr zitiert, der, auch insoweit der vorherrschenden Meinung in der Virologie folgend, einen Antikörpernachweis als ausreichend einstuft, um eine überwundene, vergangene Infektion nachweisen zu können.

"***Thread***

Neue Tweets ansehen
Unterhaltung

Klaus Stöhr
@stohr_klaus

26. Sep. 2021
Ist irgendjemandem erklärlich, warum Genesene nach 6mo diesen Status verlieren? Der Immunschutz nach Infektion sollte breiter aufgestellt sein und mindestens genauso lange halten, wie nach der Impfung. Langzeitdaten für Genesene liegen jetzt vor; bessere als für Geimpfte.

Klaus Stöhr
@stohr_klaus

2. Diese Regelung muss schnellstens evaluiert werden. Genauso wie der Umstand, dass der Nachweis von #SARSCoV2 Antikörpern nicht ausreicht um als Genesener zu gelten. Das stellt die Grundlagen der Immunologie auf den Kopf...
11:14 vorm. · 26. Sep. 2021 · Twitter Web App"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://twitter.com/stohr_klaus/status/1442054857276465152 **- als Anlage B 70.1. -**

bb) Dass es sich bei der Auffassung, dass der immer noch geltende 6-Monatszeitraum viel zu kurz ist und dass auch andere Nachweise als ein zunächst positiver und dann negativer PCR-Test ausreichen müssen, um Immunität nachzuweisen, nicht um Außenseiter-Meinungen, sondern um die deutlich vorherrschende Meinung in der Wissenschaft handelt, belegt auch der nachfolgend zitierte Artikel:

Dies “ist eine politische Entscheidung”

07. Oktober 2021 Andreas von Westphalen

Aktuelle Studien belegen, dass Genesene deutlich länger gegen eine Neuinfektion mit Sars-CoV-2 geschützt sind, dennoch verfallen ihr Impfausweis und damit einhergehende Rechte nach sechs Monaten

Aufgrund der Bestimmungen des digitalen Impfausweises haben Geimpfte und Genesene das Recht, beispielsweise Bereiche der Gastronomie und der Kultur betreten zu dürfen, während andere Menschen hierfür bei der 3G-Regel einen aktuellen Test vorlegen oder bei der 2G-Regel vor der Tür bleiben müssen.

Während dieses Recht für Geimpfte in Deutschland ein Jahr lang gilt, werden Genesene jedoch im juristischen Sinne gleichsam nach sechs Monaten von einem auf den anderen Tag als Ungenesene betrachtet und verlieren ebenso wie Ungeimpfte Rechte, die im Sommer noch für die gesamte Bevölkerung galten. Einziger Unterschied zu Menschen, die weder erkrankt und noch geimpft sind: Genesene benötigen nur eine Impfdosis, um als Geimpfte zu gelten.

Nicht jeder Genesene gilt als Genesener

Genesene haben nicht nur gleichsam ein Verfallsdatum nach sechs Monaten, sondern eine Erkrankung reicht nicht aus, um als Genesener betrachtet und Anspruch auf einen digitalen Impfausweis zu haben. Einzig ein PCR-Test gilt als Beleg für eine Erkrankung.

Ein Antikörpertest, der das Level Sars-CoV-2-spezifischer und / oder neutralisierender Antikörper bestimmen kann, wird als Beleg für eine Genesung und damit als Voraussetzung für den digitalen Impfausweis nicht anerkannt, was bei allen Menschen, die sich bei ihrer Erkrankung nicht getestet haben, dazu führt, dass sie nicht als erkrankt anerkannt werden, auch wenn ihr Antikörpertest das Gegenteil aussagt.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn erklärte zu diesem Sachverhalt: "Viele Bürgerinnen und Bürger waren infiziert, ohne es zu merken. Mit einem qualitativ hochwertigen Antikörpertest kann man das mittlerweile sicher nachweisen."

Allerdings dient dennoch ein Antikörpertest nur dazu, dass der Betreffende mit nur einer Dosis als Geimpfter anerkannt wird. (Der Test muss hierbei von den Personen jedoch selbst bezahlt werden.) Die offizielle Begründung, den Antikörpertest nicht als Nachweis einer Infektion anzuerkennen, besteht in der Tatsache, dass dieser keinen Aufschluss über das exakte Datum der Erkrankung geben kann. Damit bestimmt er auch keinen Starttag, ab dem der digitale Impfausweis gelten könnte.

"Das stellt die Grundlagen der Immunologie auf den Kopf…"

Unabhängig von der Schutzdauer, die den Millionen Genesenen zugesprochen wird, stellt sich hier eine grundlegende Frage: Inwiefern kann der Antikörpertest nicht herangezogen

werden, um festzustellen, ob der Getestete über einen aktuell ausreichenden Schutz gegen eine Reinfektion verfügt, damit Genesene - auch ohne Kenntnis des genauen Datums der Infektion - als geschützt gelten können?

Prof. Dr. Hendrik Streeck, Direktor des Institutes für Virologie und HIV-Forschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn, erklärt ausdrücklich, dass ein Antikörpertest als Nachweis des Genesenen-Status zugelassen werden sollte. Auch der SPD-Gesundheitsexperte Prof. Karl Lauterbach befürwortet im selben Fernsehgespräch "eine interessantere Nutzung" der Antikörpertests.

Prof. Dr. Klaus Stöhr, Virologe und Epidemiologe und ehemaliger Leiter des Globalen Influenza-Programms und Sars-Forschungskoordinator, erklärt kurz und bündig auf Twitter: "der Umstand, dass der Nachweis von Sars-CoV-2 Antikörpern nicht ausreicht, um als Genesener zu gelten. Das stellt die Grundlagen der Immunologie auf den Kopf…"

Die Weigerung, einen Antikörpertest als Beleg für eine überstandene Erkrankung anzuerkennen, betrifft wohl rund vier Millionen Deutsche. Eine aktuelle Studie stellt fest, dass nur die Hälfte aller Infektionen erkannt wird. Offiziell gelten mehr als vier Millionen Menschen in Deutschland als infiziert.

Antikörper und Immunschutz

Lange Zeit war es strittig, ob der Antikörpertest eine sichere Auskunft über die Immunität des Menschen geben kann. Andreas Bobrowski, Vorstandsvorsitzende des Berufsverbands Deutscher Laborärzte, geht inzwischen jedoch von folgender Faustregel aus:

Liegt der Antikörperspiegel unter einem Wert von 21,8 BAU (WHO-Einheit: BAU/ml - binding antibody units, Anm. d. A.), hat die Person mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Immunschutz gegen Corona. Über einem Wert von 44 BAU, hat die Person mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Immunschutz gegen Corona. (…) Generell können wir zwar davon ausgehen, dass eine Person mit einem BAU-Wert von über 1000 durchaus einen Vollschutz hat. Ob das allerdings nicht vielleicht schon bei 30 oder 40 der Fall ist, können wir im Moment noch nicht sagen.

Andreas Bobrowski

Patienten mit einem Wert von über 1000 rät er aber generell von einer Drittimpfung ab: "Ihr Antikörpertiter (Maßzahl für die Menge bestimmter Antikörper im Blut, Anm. d.A.) ist hoch genug."

Der erste Forschungsbericht, der Grenzwerte der Antikörper und den damit einhergehenden Schutz konkret bestimmt, erschien in Nature Medicine. Ein BAU-Wert von 264 schützt demnach zu 80 Prozent vor einer symptomatischen Infektion in den nächsten vier bis sechs Monaten. Ein BAU-Wert von 899 schützt zu 90 Prozent. (Eine Person, die dem Autor gut bekannt ist, hat sechs Monate nach einer Infizierung einen BAU-Wert von 824, gilt aber nach den Bestimmungen Deutschlands dennoch als ungeschützt).

Aber auch eine geringe Anzahl von Antikörpern in den Monaten nach der Infizierung ist kein zwingendes Zeichen für einen abnehmenden Schutz, wie Prof. Dr. Alexander Kekulé, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie des Universitätsklinikums Halle, auf Anfrage von Telepolis erläutert:

Aus dem Rückgang der mit derzeit üblichen Methoden bestimmten Antikörper, dem so genannten "IgG", kann man nicht auf das Nachlassen eines Immunschutzes schließen. Während das IgG im Laufe einiger Monate abnimmt oder sogar ganz verschwindet, bilden sich Gedächtniszellen, die im Falle einer Corona-Infektion die Immunantwort sehr schnell wieder hochfahren können.

Alexander Kekulé

Ergänzend kann an dieser Stelle noch auf die Stellungnahme des Vorstands der Gesellschaft für Virologie verwiesen werden:

Selbst wenn die bei erneutem Virus-Kontakt noch vorhandenen Antikörperspiegel nicht ausreichend hoch sind, um eine Infektion mit SARS-CoV-2 komplett zu verhindern, kann die schnelle Gedächtnisantwort unseres Immunsystems zumindest dafür sorgen, dass schwere Krankheitsverläufe verhindert werden.

Vorstand der Gesellschaft für Virologie

"Diese Sechs-Monats-Regel entbehrt mittlerweile einer wissenschaftlichen Grundlage"

Wer das Glück hat, einen PCR-Nachweis über die eigene Erkrankung zu besitzen, steht vor dem "Verfallsdatum" seines Schutzes nach genau sechs Monaten. Das RKI erklärt hierzu:

Die derzeit verfügbaren klinischen und immunologischen Daten belegen eine Schutzwirkung für mindestens 6 - 10 Monate nach überstandener Sars-CoV-2-Infektion.

RKI, Epidemiologisches Bulletin, 23. September 2021

Offenbar wurde also für die Festlegung der Dauer des digitalen Impfausweises der Mindestwert genommen und das Wort "mindestens" ignoriert.

Bereits im vorigen Artikel zu diesem Thema (G ist nicht gleich G) wurden eine Reihe von Studien angeführt, die einen Schutz durch eine Genesung belegen, der deutlich länger als sechs Monate anhält. Eine weitere aktuelle Studie belegt einen Schutz von über elf Monaten. Eine Studie der TU Wien kommt auf einen Schutz von rund einem Jahr.

Auch die Einschätzung zahlreicher Experten, die sonst des öfteren unterschiedliche Positionen beziehen, spricht eine klare Sprache. Karl Lauterbach könnte sich vorstellen, dass Genesene mit einem entsprechenden Antikörpertest über 6 Monate hinaus als genesen gelten. Hendrik Streeck stimmt dieser Aussage zu.

Marc Fleischmann (dpa) hat zu diesem Thema vor wenigen Tagen Prof. Dr. Sebastian Ulbert, Abteilungsleiter Impfstoffe und Infektionsmodelle am Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie in Leipzig, befragt. Dessen Einschätzung ist eindeutig: "Diese Sechs-Monats-Regel entbehrt mittlerweile einer wissenschaftlichen Grundlage."

Weiter erklärt Fleischmann: "Für Ulbert sind die sechs Monate inzwischen zu kurz angesetzt. Bei Sars-CoV-2 gebe es genug Daten, die zeigten, dass Genesene oft auch ein Jahr nach Infektion noch gut geschützt seien, auch gegen Varianten wie Delta."

Alexander Kekulé ist ebenfalls überzeugt, dass die 6-Monats-Regel zu kurz greift: "Es gibt tatsächlich keinen Grund anzunehmen, dass der Schutz nach einer Infektion nur sechs Monate anhalten würde. Die Empfehlung des RKI stammt noch aus der Anfangszeit der Impfstoffe."

Last but not least veröffentlichte der Vorstand der Gesellschaft für Virologie eine Stellungnahme. Eine Schlussfolgerung lautet:

Die nachgewiesene Dauer des Schutzes nach durchgemachter Sars-CoV-2 Infektion beträgt mindestens ein Jahr. Aus immunologischer Sicht ist von einer deutlich längeren Schutzdauer auszugehen, die auf Grund des begrenzten Beobachtungszeitraum aber noch nicht durch entsprechende Studien belegt ist.

Vorstand der Gesellschaft für Virologie

Mindestens so gut wie eine Impfung

Auch beim Vergleich zwischen dem Schutz durch eine Impfung und durch eine Infektion stimmen eine Reihe von Experten überein. Lauterbach unterstreicht, dass die ursprüngliche Annahme, Genesene seien schlechter als Geimpfte geschützt, sich als falsch herausgestellt habe.

Streeck erklärt, dass Genesene "genauso gut, vielleicht sogar besser langfristig (das wissen wir noch nicht)" geschützt sind. Klaus Stöhr fragt auf Twitter:

Ist irgendjemandem erklärlich, warum Genesene nach 6mo diesen Status verlieren? Der Immunschutz nach Infektion sollte breiter aufgestellt sein und mindestens genauso lange halten, wie nach der Impfung. Langzeitdaten für Genesene liegen jetzt vor; bessere als für Geimpfte.

Klaus Stöhr

Ganz in diesem Sinne begründet Alexander Kekulé seine Zweifel an der Sechs-Monats-Regel:

Die Empfehlung des RKI stammt noch aus der Anfangszeit der Impfstoffe. Damals gab es vereinzelte Vermutungen, der Impfschutz könnte besser sein als der Schutz durch eine Infektion. Das RKI hat deshalb die Impfung auch für Genesene empfohlen.

Alexander Kekulé

Der Vorstand der Gesellschaft für Virologie schreibt:

Daten aus mehreren Ländern belegen, dass Menschen, die eine Sars-CoV-2 Infektion durchgemacht haben, gegen eine erneute Infektion oder Erkrankung sehr gut geschützt sind, und dass sich dieser Schutz auch auf Virusvarianten, inklusive der Delta-Variante, erstreckt. In den ersten sechs Monaten nach durchgemachter Infektion ist der Schutz vor erneuter Sars-CoV-2 Infektion mindestens so gut ausgeprägt wie der Schutz von vollständig Geimpften.

Vorstand der Gesellschaft für Virologie

Eine Forderung zahlreicher Experten

Nach dem Dargestellten kann es kaum überraschen, dass zahlreiche Experten ein Ende der Ungleichbehandlung von Genesenen wünschen und den besonderen Schutz durch eine überstandene Infektion betonen. Prof. Dr. Sebastian Ulbert fordert: "Wenn Genesene mindestens genauso gut geschützt sind, können sie nicht - im Gegensatz zu Geimpften - nach sechs Monaten wieder so behandelt werden, als hätten sie das Virus nie gesehen."

Alexander Kekulé betont: "Die Empfehlung des RKI sollte aufgrund des aktuellen Wissensstandes angepasst werden. Demnach hält der Schutz deutlich länger als ein halbes Jahr an, insbesondere im Hinblick auf schwere Verläufe und Todesfälle."

Der Vorstand der Gesellschaft für Virologie fordert: "Auf Grund dieser aktuellen Erkenntnisse sollten Genesene bei Regelungen zur Pandemie-Bekämpfung (z.B. Testpflicht) den vollständig Geimpften zunächst für mindestens ein Jahr gleichgestellt werden. Eine Überprüfung des empfohlenen Zeitpunktes einer Impfung nach überstandener Sars-CoV-2 Infektion wird angeraten."

Angesichts der übereinstimmenden Haltung der Experten stellt sich die Frage: Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage wurde die Entscheidung getroffen, dass der Schutz einer Infektion nur auf sechs Monate begrenzt wird und ist diese Einschätzung auch nach dem heutigen Stand der Wissenschaft noch haltbar?

Wessen Entscheidung?

Eine Anfrage von Telepolis an die Stiko (Ständige Impfkommission), auf Grundlage welcher wissenschaftlichen Studien, die Begrenzung des Schutzes von Genesenen auf sechs Monate festgelegt wurde, wurde prägnant und präzise beantwortet:

Die Verordnung, die die sechs Monate vorgibt, ist eine Entscheidung der Politik.

Stiko

Eine politische Entscheidung

Auf Anfrage von Telepolis antworte das Bundesministerium für Gesundheit zu diesem Thema:

Für Personen, die bereits eine Sars-CoV-2-Infektion durchgemacht haben, empfiehlt die Stiko die Verabreichung einer einmaligen Impfstoffdosis, da derzeit verfügbare klinische und immunologische Daten eine Schutzwirkung von mindestens sechs bis zehn Monaten nach überstandener Sars-CoV-2-Infektion belegen. Nach derzeitigem Forschungsstand und aufgrund epidemiologischer Daten ist davon auszugehen, dass während eines Zeitraums von sechs Monaten ein guter Schutz für Genesene besteht.

Bundesministerium für Gesundheit

Inwiefern diese Begründung zur Festlegung des offiziellen Schutzes für Genesene auf sechs Monate, welche offenbar auf älteren Studien basiert, angesichts der angeführten aktuellen Studien und zitierten Experten noch haltbar ist, erscheint fraglich.

Es ist schwer verständlich, wenn bei einer solch zentralen medizinischen Frage, die das Leben von Hunderttausenden, vermutlich sogar Millionen Deutschen betrifft, nur bedingt nach wissenschaftlicher Expertise bewertet wird, sondern letztendlich "eine politische Entscheidung" ist - gerade angesichts einer Politik, die sich immer wieder auf das Primat der Wissenschaft beruft.

Und nicht zuletzt: Politische Entscheidungen ohne wissenschaftliche Basis, welche die Freiheit des Bürgers (genesen) beschränken, sind schlicht mit Art. 2 Abs. 1 GG nicht vereinbar, sondern rechtswidrig. Sollte es daher nicht dringend geboten sein, die Regelung unverzüglich den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen?“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.heise.de/tp/features/Dies-ist-eine-politische-Entscheidung-6211168.html?seite=all **- als Anlage B 71 -**

Also auch die ansonsten sehr unterschiedlichen Virologen und Wissenschaftler Streek, Lauterbach und Kekulé sind sich in dieser Frage ein: Der Zeitraum von derzeit maximal 6 Monaten ist viel zu kurz bemessen, und auch Antikörpertests müssen insbesondere für die vielen Millionen Menschen als Nachweis ausreichender Immunität akzeptiert werden. Dem Verordnungs- wie Parlamentsgesetzgeber mag u.U. ein (enger) Beurtei-lungsspielraum zustehen hinsichtlich der Frage, welcher längere Zeitraum als 6 Monate angemessen erscheint und welche Antikörpertests und welche T-Zellen-Testnachweise ausreichend sein mögen; all diese Dinge rund 21 Monate nach Ausrufung der Pandemie immer noch komplett zu ignorieren und insoweit überhaupt keine Anpassung und Neuregelung vorzunehmen, ist mittlerweile jedoch schlechterdings nicht mehr vertretbar und wissenschaftlich nicht mehr haltbar.

cc) Das unabhängige Brownstone Institute listet auf seiner Internetseite ganze 143 Studien (!) auf, die belegen, dass die natürliche Immunität robust ist, und zwar mindestens so robust wie eine Impfung, wenn nicht sogar im Durchschnitt viel effektiver. Diese Studien sind unter Angabe der zentralen Erkenntnisse unter

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://brownstone.org/articles/79-research-studies-affirm-naturally-acquired-immunity-to-covid-19-documented-linked-and-quoted/ **- als Anlage B 72 -**

aufgelistet. Wegen des extremen Umfangs der Studien werden diese nicht als Unteranlagen beigefügt. Sollte das Bundesverfassungsgericht dies aus prozessualen Gründen doch als notwendig erachten, bitten wir höflich um kurzen richterlichen Hinweis.

dd) Der mögliche Einwand: Änderung der Auffassung der Gesellschaft für Virologie vom 03.12.2021, wonach an deren bisheriger Empfehlung, Genesene den Geimpften gleichzustellen, so nicht mehr festzuhalten sei

Ursprünglich hatte die Gesellschaft für Virologie in ihrer Empfehlung vom 30.09.2021 zu Recht ausgeführt:

30. September 2021

Aktualisierte Stellungnahme zur Immunität von Genesenen

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse zur Immunantwort, die durch eine SARS-CoV-2 Infektion oder eine COVID-19 Impfung ausgelöst wird, und Beobachtungsstudien zur Häufigkeit von Zweitinfektionen mit SARS-CoV-2 erlauben eine Neubewertung der Dauer der Immunität nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion.

In den ersten Monaten der Pandemie wurde davon ausgegangen, dass eine durchgemachte Infektion mit SARS-CoV2 nur eine kurzlebige schützende Immunität nach sich zieht. Dies beruhte v.a. auf der Beobachtung, dass bestimmte Antikörper-Typen bereits wenige Monate nach der Infektion nicht mehr messbar waren. Diese Einschätzung ist jedoch mittlerweile überholt. In einer Vielzahl von Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass eine SARS-CoV-2 Infektion beim Menschen zur Ausbildung immunologischer Gedächtniszellen führt, welche der eigentliche Schutzmechanismus des Immunsystems gegen eine erneute Erkrankung sind[1,2,3]. Sie sorgen z.B. dafür, dass bei erneutem Kontakt mit dem Erreger sehr schnell Antikörper hergestellt werden, die wesentlich wirksamer sind als die Antikörper, welche direkt nach der ersten Infektion vorhanden waren. So sind sie insbesondere in der Lage, Varianten von SARS-CoV-2 effizient zu neutralisieren. Dies konnte bei Genesenen gezeigt werden, die über eine Impfung erneut in Kontakt mit Teilen von SARS-CoV2 kamen[4,5]. Selbst wenn die bei erneutem Virus-Kontakt noch vorhandenen Antikörperspiegel nicht ausreichend hoch sind, um eine Infektion mit SARS-CoV-2 komplett zu verhindern, kann die schnelle Gedächtnisantwort unseres Immunsystems zumindest dafür sorgen, dass schwere Krankheitsverläufe verhindert werden.

[1] Turner et al., doi.org/10.1038/s41586-021-03647-4
[2] Ogega et al., doi.org/10.1172/JCI145516
[3] Breton et al., doi.org/10.1084/jem.20202515
[4] Reynolds et al., doi: 10.1126/science.abh1282
[5] Stamatatos et al., doi 10.1126/science.abg9175

[6] *Hall et al., doi: 10.1016/S0140-6736(21)00790-X*
[7] *Hansen et al.,doi: 10.1016/S0140-6736(21)00575-4*
[8] *Gazit et al., doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415*
[9] *Vitale et al., doi:10.1001/jamainternmed.2021.2959*

Mittlerweile liegen auch einige Beobachtungsstudien über den Schutz Genesener vor einer erneuten Infektion vor. Daten aus mehreren Ländern belegen, dass Menschen, die eine SARS-CoV-2 Infektion durchgemacht haben, gegen eine erneute Infektion oder Erkrankung sehr gut geschützt sind, und dass sich dieser Schutz auch auf Virusvarianten, inklusive der Delta-Variante, erstreckt[6,7,8,9]. In den ersten sechs Monaten nach durchgemachter Infektion ist der Schutz vor erneuter SARS-CoV-2 Infektion mindestens so gut ausgeprägt wie der Schutz von vollständig Geimpften 6,8. Darüber hinaus zeigen die Untersuchungen, dass eine durchgemachte SARS-CoV-2 Infektion auch nach einem Jahr noch sehr gut vor Reinfektionen und schweren COVID-19 Krankheitsverläufen schützt[8,9].

Schlussfolgerungen:

· Die nachgewiesene Dauer des Schutzes nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion beträgt mindestens ein Jahr. Aus immunologischer Sicht ist von einer deutlich längeren Schutzdauer auszugehen, die auf Grund des begrenzten Beobachtungszeitraum aber noch nicht durch entsprechende Studien belegt ist.

· Auf Grund dieser aktuellen Erkenntnisse sollten Genesene bei Regelungen zur Pandemie-Bekämpfung (z.B. Testpflicht) den vollständig Geimpften zunächst für mindestens ein Jahr gleichgestellt werden.

· Eine Überprüfung des empfohlenen Zeitpunktes einer Impfung nach überstandener SARS-CoV-2 Infektion wird angeraten.

Der Vorstand der Gesellschaft für Virologie
Prof. Dr. Ralf Bartenschlager, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Thomas Stamminger, Universitätsklinikum Ulm
Prof. Dr. Ulf Dittmer, Universitätsklinikum Essen
Prof. Dr. Sandra Ciesek, Universitätsklinikum Frankfurt
Prof. Dr. Klaus Überla, Universitätsklinikum Erlangen
Unter Beteiligung von:
PD Dr. Sebastian Ulbert
Abteilungsleiter Impfstoffe und Infektionsmodelle
Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie
Perlickstr. 1, 04103 Leipzig

Beweis und Glaubhaftmachung:

Stellungnahme der Gesellschaft für Virologie vom 30.09.2021, noch abrufbar unter https://g-f-v.org/4841-2/ **- als Anlage B 73 -**

Mit Stellungnahme vom 03.12.2021 änderte die Gesellschaft für Virologie ihre Auffassung und führte insoweit in recht knappen Worten aus:

3. Dezember 2021

2. Aktualisierung der Stellungnahme zur Immunität von Genesene

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der aktualisierten Stellungnahme zur Immunität Genesener der GfV vom 30.9.2021 sprach die damalige Datenlage (s.u.) dafür, dass eine durchgemachte Infektion auch nach einem Jahr noch sehr gut vor Reinfektion und schweren Verläufen schützt. Eine für diese Schlussfolgerung gewichtige Arbeit von Gazit et al.[1] aus Israel berichtete, dass Personen nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion einen besseren Schutz vor der Infektion mit der Delta-Variante aufweisen als zweifach Geimpfte. Zum selben Ergebnis kommt eine weitere kürzlich veröffentliche Studie aus Frankreich[2]. In der Zwischenzeit sind aber auch zwei weitere Artikel aus den USA veröffentlicht. Der eine kommt zu dem Schluss, dass eine durchgemachte SARS-CoV-2 Infektion bei ≥18-Jährigen einen schlechteren Schutz vor Erkrankung vermittelt als eine zweimalige Impfung[3]. Der andere untersuchte ≥65-Jährige und berichtet ebenfalls, dass die durchgemachte Infektion einen schlechteren Schutz vor Infektion, schwerer Erkrankung und Tod vermittelt als die vollständige Impfung[4]. Auf Grund dieser widersprüchlichen Datenlage kann gegenwärtig nicht sicher von einem ein Jahr anhaltenden Schutz Genesener ausgegangen werden. Unbestritten ist, dass die COVID-19 Impfung nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion zu einem starken Anstieg der antiviralen Immunantwort führt. Deshalb sollten sich bis zur weiteren Klärung der Sachlage Personen mit durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion in der Regel 6 Monate nach durchgemachter Infektion gemäß der STIKO-Empfehlungen[5] impfen lassen und auch die Empfehlungen zur Auffrischimpfung berücksichtigen. Aufgrund der zunehmenden Anzahl von Infektionen bei vollständig Geimpften ohne Booster gilt die dringende Empfehlung zur Auffrischungsimpfung nach 6 Monaten auch für diesen Personenkreis[5].

Angesichts der Dynamik des Erkenntnisgewinns zur Dauerhaftigkeit der Immunantwort gegen SARS-CoV-2 bei vollständig Geimpften und Genesenen und der möglichen Problematik mit der Omikronvariante gehen wir davon aus, dass auch zukünftig weitere Aktualisierungen zum Thema Impfung notwendig werden.

*Der **Vorstand der Gesellschaft für Virologie***
Prof. Dr. Ralf Bartenschlager, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Thomas Stamminger, Universitätsklinikum Ulm
Prof. Dr. Ulf Dittmer, Universitätsklinikum Essen
Prof. Dr. Sandra Ciesek, Universitätsklinikum Frankfurt
Prof. Dr. Klaus Überla, Universitätsklinikum Erlangen

Referenzen
[1] Gazit et al., doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415
[2] Grant et al., doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100278
[3] Bozio et al., doi: 10.15585/mmwr.mm7044e1
[4] Young-Xu et al., doi.org/10.1101/2021.09.27.21264194
[5] https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/48_21.pdf?__blob=publicationFile

Beweis und Glaubhaftmachung: wie vor
(Hinweis: Aufgrund eines technischen Defekts auf der Homepage der Gesellschaft für Virologie kann die Anlage, betreffend die Stellungnahme vom 03.12.2021, erst in einem späteren Schriftsatz nachgereicht werden. Eine telefonische Auskunft der Gesellschaft für Virologie ergab, dass die Homepage voraussichtlich erst am 05.01.2022 wieder “repariert“ werden würde).

Der Meinungsumschwung der Gesellschaft für Virologie fußte somit auf gerade einmal zwei Studien, nämlich zum einen auf der Studie von Bozio et al und zum anderen auf der Studie von Young-Xu et al.

Vgl. zur Studie von Bozio et al
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7044e1.htm?s_cid=mm7044e1_w
- als Anlage B 74 -

Vgl. zur Studie von Young-Xu et al
https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.27.21264194v1 **- als Anlage B 75 -**

Diese einzigen zwei Studien sind aber bei Lichte betrachtet nicht ansatzweise geeignet, die vielfältigen anderen Studien (s.o.) und Auffassungen von verschiedensten Wissenschaftlern zu widerlegen oder auch nur ernsthaft in Zweifel zu ziehen!

Im Einzelnen:

a) Kritische Betrachtung der Aussagekraft der Studie von Bozio et al

1. Studie: Bozzio et al

Studiendesign: retrospektive Beobachtungsstudie

Untersuchte Studienpopulation: hospitalisierte Patienten über 18 Jahre mit Covid-ähnlichen Symptomen und vorheriger Impfung oder positivem Covid-Test vor 90-179 Tagen

Studiengruppen: 90-179 Tage nach 2-maliger mRNA-Impfung versus 90-179 Tage nach positivem Covid-Test

Zielgröße: positiver PCR-Test bei hospitalisierten Patienten mit Covid-ähnlichen Symptomen

Signifikanzniveau: 0,2

Definition der erneut Infizierten: zuvor schon positiver PCR-Test oder Antikör-pertest 90 bis 180 Tage zuvor

Grundaussage: Wenn man mit covid-ähnlicher Symptomatik ins Krankenhaus kommt, ist die Wahrscheinlichkeit eines positiven Covid-Tests bei “Genesenen“ 5x so hoch wie bei Geimpften.

Eingelieferte Patienten mit Covid-ähnlicher Erkrankung:	201.269
Davon Patienten, für die eine Impfung verfügbar war:	139.655 (69%)
Durchgeführte PCR-Tests	94.264 (67,5% der Gruppe in der zweiten Tabellenzeile)
Eingeschlossen in die Studie: (weil mindestens 14 Tage zuvor eine Covid-Erkrankung ausgeschlossen wurde)	7.348
Geimpfte	6.328
Genesene	1.020
Infizierte Geimpfte	324 (5,1%)
Infizierte Genesene	89 (8,7%)

Kritikpunkte:

- die bereits zuvor angeblich Infizierten wurden nicht nur per PCR-Testung, sondern auch mit (falsch positivem?) Antigen-Test als “genesen“ definiert. Damit könnte diese Gruppe viele Menschen enthalten, die zuvor gar keine Sars-Covid-2-Infektion hatten.

- die Studie untersucht nur Hospitalisierte, sie stellt somit gerade keine Querschnittsstudie durch die Bevölkerung dar.

- Die Studie enthält keine Informationen zur Impfquote, kann daher auch keine Aussage darüber machen, wie oft Geimpfte oder Genesene jeweils wegen einer Corona-Infektion und / oder wegen einer Erkrankung an der Lungenkrankheit Covid-19 ins Krankenhaus müssen.
- Das Signifikanzniveau wurde auf einen P-Wert von 0,2 festgelegt. Das ist eher unüblich. Wenn ich als Wissenschaftler meinen Daten traue, dann traue ich mich auch, das Signifikanzniveau auf 0,05 festzulegen. Es scheint so, als würden die Daten der Autoren der Anwendung des üblichen Signifikanzniveaus (p = 0,05 d.h. 5% Irrtumswahrscheinlichkeit) nicht standhalten. Um dennoch einen Unterschied zu "beweisen", wurde die akzeptable Irrtumswahrscheinlichkeit auf 20 % erhöht. Gerade diese Vorgehensweise wirft erhebliche Fragen auf und stellt die wissenschaftliche Aussagekraft der Studie deutlich in Frage.

- Es erfolgte keine Erklärung, wie das sogenannte “propensity score matching“ erfolgt ist und wie die adjustierte Odds Ratio berechnet wurde. (konkret, wie aus

Positivtest-wahrscheinlichkeiten von 8,7% und 5,1% plötzlich ein 5-fach erhöhtes Risiko für Genesene “konstruiert“ wurde)

- Die Studie untersucht nur einen Zeitraum von 180 Tagen und kann damit keine Aussagen über die 180 Tage hinaus treffen.

- Die Studie berücksichtigt keine Inzidenz (also Infektionswahrscheinlichkeit/-gefahr).

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass diese Studie nicht feststellt, dass der Immunschutz von Genesenen dem von Geimpften überlegen ist. Diese Studie stellt fest, dass die Wahrscheinlichkeit eines positiven Tests bei Krankenhausaufnahme wegen eines Covid-artigen Krankheitsbildes für die Genesenen höher war als für 2x mit einem mRNA-Impfstoff Geimpfte. Im Umkehrschluss heißt das aber noch lange nicht, dass es besser ist, geimpft zu sein, anstatt genesen.

Was die Deutsche Gesellschaft für Virologie mit ihrer Neubewertung hier tut, ist zwar - im Prinzip - begrüßenswert: “Zurückrudern“, wenn eine Studie auftaucht, die nicht vollständig bestätigt, was man bisher annahm und annehmen durfte. Aber diese Studie ist aufgrund ihrer Methodik nicht geeignet, eine wirklich belastbare Aussage zur Immunität von Genesenen im Allgemeinen zu machen. Dass die Gesellschaft für Virologie diese oben aufgelisteten Schwachpunkte noch nicht einmal würdigt, stellt einen schweren Fehler dar.

b) Kritische Betrachtung der Studie von Young-Xu et al

Studiendesign: retrospektive Beobachtungsstudie

Untersuchte Studienpolulation: Veteranen, 3 Subgruppen: Infiziert, 2x Moderna, 2x BioNTech

Zielgröße: Infektion, Hospitalisation, Tod

Signifikanzniveau: 0,05

Gruppe:	Infiziert 01/02_21	Infiziert & Geboostert	Moderna 01/02_21	BioNTech 01/02_21
Teilnehmer:	9.539	3.917	14.458	23.105
Risikoreduktion:		Nicht analysiert	66%	66%

- Eine Risikoreduktion durch die Impfungen wurde nur für die Altersgruppe über 65 gezeigt. Gerade was die Gruppe der Berufstätigen anbelangt, zeigt diese Studie keinen schlechteren Schutz der Genesenen gegenüber den Geimpften. Die Studie erlaubt somit gerade keine Aussage zur Langzeitimmunität.

- Auch hier ist es im Prinzip begrüßenswert, was die Deutsche Gesellschaft für Virologie tut: Sie schränkt ihre ursprüngliche Aussage ein, weil sie zugeben muss, dass die Datenlage noch dünn ist. Sie hätte sich aber trauen dürfen und müssen festzustellen, dass Zweifel bezüglich der Immunität gemäß dieser (Einzel-)Studie eigentlich nur bei den älteren Menschen bestehen. Somit tangiert diese Studie die von der selektiven Impf-pflicht betroffenen "jungen Erwachsenen bis 65 Jahre" nicht. M.a.W., selbst auf Basis dieser Studie kann jedenfalls für Mehrheit der Bevölkerung, d.h. für alle Menschen, die jünger als 65 Jahre sind, gerade nicht geschlussfolgert werden, dass die ursprüngliche Stellungnahme vom 30.09.2021 sowie alle übrigen oben aufgelisteten Studien sowie Auffassungen von Wissenschaftlern ernsthaft als unrichtig eingestuft werden könnten.

Somit kann in Summe **nicht** festgestellt werden, dass die derzeitige Regelung, die eine Genesung und eine natürliche Immunität für maximal 6 Monate vorsieht, der eindeutig vorzugswürdigen und der eindeutig vorherrschenden Auffassung in der Wissenschaft (immer noch) genügt. Ist somit die 6-Monatsregelung verfassungswidrig, weil wissenschaftlich nicht (mehr) haltbar, ist der Kreis der durch § 20a I 1BIfSG n.F. neu Impf-pflichtigen durch den Parlamentsgesetzgeber, der sich die Untätigkeit auch des Bundesverordnungsgebers aufgrund der von ihm selbst gewählten dynamischen Verweisung uneingeschränkt zurechnen lassen muss, viel zu groß gezogen und somit unverhältnismäßig. Der Eingriff in alle als verletzt gerügten Grundrechte ist daher auch aus diesem Grunde unverhältnismäßig und verfassungswidrig. Es ist gänzlich unverständlich, warum man nicht zumindest auch diejenigen Personen, bei denen der 6-Monats-zeitraum abgelaufen ist, die Möglichkeit einräumt, über einen Antikörpernachweis und / oder einen T-Zellenimmunitätsnachweis eine ausreichende Immunität nachzuweisen.

Beispielsweise in der Schweiz ist dies seit langem gängige Praxis. Unter der amtlichen Seite heißt es:

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/covid-zertifikat/covid-zertifikat-erhalt-gueltigkeit.html#1442876858 **- als Anlage B 76 -**

heißt es:

"***Ich bin genesen. Wie erhalte ich das Covid-Zertifikat und wie lange ist es gültig?***

Sie können in folgenden Fällen ein Covid-Zertifikat erhalten:

- *Die Covid-Erkrankung wurde durch einen positiven PCR-Test bestätigt und liegt nicht länger als 365 Tage zurück.*
- *Sie können einen positiven Antikörpertest vorweisen.*

Für einen positiven Antigen-Schnelltest erhalten Sie kein Covid-Zertifikat für eine durchgemachte Erkrankung."

Probleme in der Schweizer Praxis infolge dieser Regelung sind nicht ansatzweise bekannt geworden. Umso unverständlicher ist es, dass die deutschen Normgeber entgegen der deutlich vorherrschenden Auffassung in der Virologie sich sowohl im Hinblick auf den

Zeitraum der Genesung (maximal 6 Monate) als auch im Hinblick auf die Art und Weise, wie man eine ausreichende Immunität nachweist (Antikörpertests und / oder Testung auf T-Immunzellen/zelluläre Immunität) keinerlei Anpassung vorgenommen hat. Gerade durch das langjährige positive Schweizer Vorbild wird der ohnehin nur enge Ermessensspielraum beider Normgeber noch mehr eingeschränkt.

Weiterer umfangreicher Vortrag, insbesondere, was die medizinische Thematik anbelangt, wird in separaten Schriftsätzen erfolgen.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 49 – B 76

7. Januar 2022 I

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird der primär medizinisch ausgerichtete Vortrag, um die Begründetheit der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache darzulegen, wie folgt ergänzt, wobei die bisherige Nummerierung insoweit bestehen bleibt.

Zunächst wird die **Anlage B 73**, die vor einigen Tagen aufgrund eines technischen Defekts nicht vollständig vorgelegt werden konnte, nachgereicht:

Beweis und Glaubhaftmachung:

Stellungnahmen der Gesellschaft für Virologie vom 30.09.2021 und vom 03.12.2021, abrufbar unter https://g-f-v.org/4841-2/

- als Anlage B 73 -

B) Weitere Ausführungen zur Begründetheit der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache (die Nummerierung knüpft insoweit an den letzten umfangreicheren Schriftsatz vom 04.01.2022 an)

VI. Medizinische Unverhältnismäßigkeit und Unzumutbarkeit der neuen Impf-pflicht als Grund für deren juristische Unverhältnismäßigkeit

1. Allgemeine verfassungsrechtliche Maßstäbe

Insoweit kann überwiegend auf die bisherigen Maßstäbe in den Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts vom 19.11.2021 (Az. 1 BvR 781/21, 1 BvR 798/21 u.a. - Bundesnotbremse I (Ausgangs- und Kontaktbeschränkung sowie Az. 1 BvR 971/21, 1 BvR 1069/21 – Bundesnotbremse II (Schulschließungen) zurückgegriffen werden, die jedoch teilweise den Besonderheiten des hiesigen Falles angepasst werden müssen.

Vgl.
“*(a) Durch gesetzliche Regelungen erfolgende Eingriffe in Grundrechte können lediglich dann gerechtfertigt sein, wenn der Gesetzgeber mit dem Gesetz verfassungsrechtlich legitime Zwecke verfolgt. Ob dies der Fall ist, unterliegt der Prüfung durch das Bun-desverfassungsgericht (vgl. BVerfGE 153, 182 <268 Rn. 233>; siehe auch BVerfGE*

152, 68 <127 Rn. 156>). Es ist dabei nicht auf die Berücksichtigung solcher Zwecke beschränkt, die der Gesetzgeber selbst ausdrücklich benannt hat (vgl. BVerfGE 151, 101 <136 Rn. 89>).
Jedenfalls bei Gesetzen, mit denen der Gesetzgeber von ihm angenommenen Gefahrenlagen für die Allgemeinheit oder für Rechtsgüter Einzelner begegnen will, erstreckt sich die Prüfung durch das Bundesverfassungsgericht auch darauf, ob die dahingehende Annahme des Gesetzgebers hinreichend tragfähige Grundlagen hat (vgl. BVerfGE 121, 317 <350> m.w.N.; 153, 182 <272 f. Rn. 236 ff.>). Gegenstand verfassungsgerichtlicher Überprüfung ist also sowohl die Einschätzung des Gesetzgebers zum Vorliegen einer solchen Gefahrenlage als auch die Zuverlässigkeit der Grund-lagen, aus denen er diese abgeleitet hat oder ableiten durfte.

Allerdings belässt ihm die Verfassung für beides einen Spielraum, der vom Bundesverfassungsgericht lediglich in begrenztem Umfang überprüft werden kann (vgl. BVerfGE 121, 317 <350>; 153, 182 <272 Rn. 237>). Die Einschätzung und die Pro-gnose der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit drohenden Gefahren sind verfassungsrechtlich darauf zu überprüfen, ob sie auf einer hinreichend gesicherten Grundlage beruhen. Je nach Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs, der Bedeutung der auf dem Spiel stehenden Rechtsgüter und den Möglichkeiten des Gesetzgebers, sich ein hinreichend sicheres Urteil zu bilden, kann die verfassungsgerichtliche Kontrolle dabei von einer bloßen Evidenz- über eine Vertretbarkeitskontrolle bis hin zu einer intensivierten inhaltlichen Kontrolle reichen (vgl. BVerfGE 153, 182 <272 Rn. 237> m.w.N.; sich auf eine bloße Evidenzkontrolle beschränkend dagegen Conseil Constitutionnel, Entscheidung Nr. 2020-808 DC vom 13. November 2020, Rn. 6; Ent-scheidung Nr. 2020-811 DC vom 21. Dezember 2020, Rn. 4; Entscheidung Nr. 2021-824 DC vom 5. August 2021, Rn. 29). Geht es um schwerwiegende Grundrechtseingriffe, dürfen Unklarheiten in der Bewertung von Tatsachen grundsätzlich nicht ohne Weiteres zu Lasten der Grundrechtsträger gehen. Jedoch kann sich – wie hier – auch die Schutzpflicht des Staates auf dringende verfassungsrechtliche Schutzbedarfe beziehen. Sind wegen Unwägbarkeiten der wissenschaftlichen Erkenntnislage die Möglichkeiten des Gesetzgebers begrenzt, sich ein hinreichend sicheres Bild zu machen, genügt es daher, wenn er sich an einer sachgerechten und vertretbaren Beurteilung der ihm verfügbaren Informationen und Erkenntnismöglichkeiten orientiert (vgl. BVerfGE 153, 182 <272 f. Rn. 238> m.w.N.). Dieser Spielraum gründet auf der durch das Grundgesetz dem demokratisch in besonderer Weise legitimierten Gesetzgeber zugewiesenen Verantwortung dafür, Konflikte zwischen hoch- und höchstrangigen Interessen trotz ungewisser Lage zu entscheiden.“

BVerfG, Beschluss vom 19.01.2021, Az. 1 BvR 781/21, 1 BvR 798/21 u.a., Rn. 169ff – juris

2. Anwendung teilweise Modifizierung der Maßstäbe, bezogen auf den vorliegenden Fall

Die o.g. Maßstäbe bedürfen bezogen auf die Besonderheiten des hiesigen Falles schon deshalb der Modifizierung, weil der demokratisch in besonderer Weise legitimierte Ge-setzgeber die entscheidenden, wesentlichen und grundrechtsrelevanten Fragen (Wer ist bzw. gilt als geimpft? Wer ist bzw. gilt wie lange als ungeimpft? Wer gilt als Gene-ser? Wer gilt wie lange als Genesener? Wie wird die Eigenschaft als Genesener nachgewiesen? (Antikörpernachweise und / oder T-Zellenimmunitätsnachweis und / oder Nachweis, dass

der zweite PCR-Test negativ gewesen ist?) gerade nicht selber entschieden hat, sondern deren Regelung vollständig dynamisch der Exekutive überlassen hat. Auch steht hier ein – massiver, dauerhaft-wiederkehrender (vgl. § 20a IV BIfSG n.F.) – Eingriff in die Grundrechte aus Art. 2 II 1 (Recht auf Leben), aus Art. 2 II 1 (Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit und freie, mündige und selbstbestimmte Willens-entscheidung) im Mittelpunkt, ferner spielen auch noch weitere, dem Wortlaut nach ohne Gesetzesvorbehalt eingeräumte Grundrechte eine zentrale Rolle (z.B. Art. 33 II und V GG). All diese Punkte unterscheiden sich deutlich von dem am 19.11.2021 und oben zitierten Fall. Unabhängig hiervon ist es sehr fraglich, allein aus der Tatsache, dass die jeweilige Parlamentsmehrheit demokratisch legitimiert ist – das ist sie immer, wenn ein Gesetz mehrheitlich zustande kommt – zu schlussfolgern, dass der Beurteilungsspielraum des Gesetzgebers, wenn er Maßnahmen trotz (im Zweifel: selbstverschuldeter) ungewisser Lage trifft, ein besonders großer sein soll.

Der Gesetzgeber gab als Ziel für die neuen, dauerhaften Impfpflichten unisono an, dass er die sog. vulnerablen Personengruppen schützen wollte. In der Gesetzesbegründung führte dieser aus:

"*Die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) gehört zu den ansteckendsten Infektionskrankheiten des Menschen. Alle Bevölkerungsteile sind in Deutschland von der Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 betroffen. Während für die meisten Menschen die Erkrankung mit COVID-19 mild verläuft, besteht insbesondere für bestimmte Personengruppen aufgrund ihres Gesundheitszustandes und / oder Alters ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen COVID-19-Krankheitsverlauf (vulnerable Personengruppen).*

Hochaltrige Menschen und Personen mit akuten oder chronischen Grundkrankheiten haben ein deutlich erhöhtes Risiko für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe. Darüber hinaus sprechen bestimmte Patientengruppen, insbesondere solche mit Immunschwäche, weniger gut auf die Impfung an und sind daher auf einen vollständigen Impfschutz der sie betreuenden Personen angewiesen. Ebenso wie (ältere) pflegebedürftige Personen, insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, gehören die von Angeboten für Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen betreuten Personen typischerweise aufgrund ihres Alters und / oder des Vorliegens von Vorerkrankungen zu den vulnerablen Personengruppen (vgl. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts – RKI – für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 24. November 2021, S. 4). Diese haben einen erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarf und können ihre Kontakte nur schwer beeinflussen. Durch eine gemeinsame räumliche Unterbringung, die Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten und / oder häufig länger andauerndem nahem physischen Kontakt bei Betreuungstätigkeiten durch wechselndes Personal ist das Risiko einer Infektion zusätzlich erhöht. Bei Menschen mit geistigen Behinderungen, die Zeit in Einrichtungen verbringen, ergibt sich ein nachweislich erhöhtes Expositions- und Infektionsrisiko zudem dadurch, dass sie aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigungen das strikte Einhalten von Hygiene- und Abstandsregelungen häufig nicht eigenverantwortlich sicherstellen können (vgl. Empfehlung der Ständigen Impfkommission – STIKO – zur COVID-19-Impfung, Aktualisierung vom 29. Januar 2021, S. 50 f.). Zur Prävention stehen gut verträgliche, hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung. Impfungen gegen COVID-19 schützen nicht nur die geimpfte Person wirksam vor einer Erkrankung und schweren

Krankheitsverläufen (Individualschutz), sondern Druck-sache 20/188 – 2 – Deutscher Bundestag – 20. Wahlperiode sie reduzieren gleichzeitig die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung (Bevölkerungsschutz). Bei geimpften Personen sinkt also sowohl das Risiko einer asymptomatischen Infektion als auch das Übertragungsrisiko in den Fällen, in denen es trotz Impfung zu einer Infektion kommt. Von einem reduzierten Übertragungsrisiko profitieren insbesondere vulnerable Personen, da eine Schutzimpfung gerade bei älteren und immunsupprimierten Personen nicht immer eine Erkrankung verhindert.

Dem Personal in den Gesundheitsberufen und Berufen, die Pflegebedürftige und Menschen mit Behinderungen betreuen, kommt eine besondere Verantwortung zu, da es intensiven und engen Kontakt zu Personengruppen mit einem hohen Risiko für einen schweren, schwersten oder gar tödlichen COVID-19 Krankheitsverlauf hat. Ein verlässlicher Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 durch eine sehr hohe Impfquote bei dem Personal in diesen Berufen ist besonders wichtig, denn so wird das Risiko gesenkt, dass sich die besonders vulnerablen Personengruppen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren. Seit Beginn der Pandemie stellten Krankenhäuser und insbesondere Altenpflegeheime immer wieder Orte dar, in denen es nach Eintragung des Virus zu Ausbrüchen mit teilweise hohen Todesfallzahlen kam. Daneben kam es bundesweit auch in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen zu Ausbrüchen, teilweise mit Todesfällen. Um eine Eintragung und Weiterverbreitung des Virus in diesen Settings zu vermeiden, sollte insbesondere das dort tätige Personal vollständig geimpft sein. Obwohl medizinischem Personal sowie Pflegepersonal bereits zu Beginn der Impfaktivitäten ein Impfangebot unterbreitet wurde, bestehen in diesen Einrichtungen nach mehrmonatiger Impfkampagne noch relevante Impflücken.

Schätzungen zur Impfquote bei medizinischem Personal und Pflegepersonal aus dem COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO; Report 8, Erhebungszeitraum: 15.09. – 18.10.2021, Bericht online verfügbar unter: www.rki.de/covimo) legen nahe, dass die Impfquote bei diesen Personengruppen vergleichbar ist mit derjenigen in den Vergleichsgruppen der Allgemeinbevölkerung, bei der ebenfalls noch relevante Impflücken bestehen (88 Prozent Gesamtimpfquote für medizinisches Personal und Pflegepersonal, 87 Prozent für Berufsgruppen ohne besonderes Ansteckungsrisiko), wobei im Rahmen der Studie sogar noch von einer Überschätzung der Impfquoten ausgegangen werden muss.

Im Rahmen eines vom RKI in 165 nicht repräsentativen Altenpflegeheimen durchgeführten Monitorings waren nach vorläufigen Berechnungen 83 Prozent aller Beschäftigten und 82 Prozent der Beschäftigten mit engem Kontakt zu Bewohnenden vollständig gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft. Acht Altenpflegeheime (das entspricht 5 Prozent) hatten eine Impfquote aller Beschäftigten unter 50 Prozent (Stand: 23. November 2021, bislang nicht publizierte Daten.“

BT-Drs. 20/188, S. 1f.

Zwar mag die Absicht, sog. vulnerable Personengruppen zu schützen, im Grundsatz ein legitimes gesetzgeberisches Ziel darstellen. Der Gesetzgeber widerspricht sich aber bereits grundlegend selbst: Einerseits behauptet er, dass die Impfstoffe gut verträgliche, und zudem hochwirksam seien. Andererseits behauptet er wenige Zeilen später, dass “*(…) bestimmte Patientengruppen, insbesondere solche mit Immunschwäche, weniger gut auf die Impfung*

(…)“ ansprechen würden und daher “*(…) und daher auf einen vollständigen Impfschutz der sie betreuenden Personen angewiesen (…)*“ seien. “*Ebenso wie (ältere) pflegebedürftige Personen, insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen, gehören die von Angeboten für Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen betreuten Personen typischerweise aufgrund ihres Alters und / oder des Vorliegens von Vorerkrankungen zu den vulnerablen Personengruppen (vgl. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts – RKI – für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen und für den öffentlichen Gesundheitsdienst vom 24. November 2021, S. 4). Diese haben einen erhöhten Unterstützungs- und Betreuungsbedarf und können ihre Kontakte nur schwer beeinflussen. Durch eine gemeinsame räumliche Unterbringung, die Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten und / oder häufig länger andauerndem nahem physischen Kontakt bei Betreuungstätigkeiten durch wechselndes Personal ist das Risiko einer Infektion zusätzlich erhöht.*“

Dann aber ist es völlig unlogisch und unverhältnismäßig, wenn man pauschal unterstellt, alle Personen, die einen Zahnarzt oder Allgemeinmediziner aufsuchten, seien Corona-vulnerable Personengruppen. Das Gegenteil ist natürlich der Fall. Wenn überhaupt, dann ist nur ein minimalster Teil der Patienten von Zahnärzten, Allgemeinmedizinern, Physiotherapeuten, Psychologen etc. corona-vulnerabel in dem Sinne, dass die eigenen Impfstoffdosen nicht gut wirken würden. Der Gesetzgeber hat sich zu-dem noch nicht einmal ansatzweise auch nur darum bemüht, eine konkrete Zahl an Personen herauszufinden bzw. zumindest fundiert zu schätzen, bei denen die Impfstoffe nicht genügend wirken würden und in welchen der vielen Einrichtungen, die in § 20a I 1 BIfSG n.F. aufgeführt werden, diese denn, wenn überhaupt, anzutreffen sind?! Hierdurch wird die effektive gerichtliche Kontrolle nahezu verunmöglicht. Nach jedenfalls offizieller Doktrin ist die Zahl der Impfdurchbrüche doch verschwindend gering. Es kann hiernach eigentlich keine nennenswerte Zahl an Patienten geben, bei denen die Impfung gar nicht oder nur schlecht wirkt. Es kann nicht länger angehen, dass die jeweilige Regierungsmehrheit bestimmte Daten von vornherein gar nicht erhebt und dies dann zur Folge hat, dass Grundrechte massivst, im hiesigen Fall wiederkehrend und für lange Zeit eingeschränkt werden. Die Nichterhebung und die komplette Unterlassung auch nur einer Schätzung muss daher vorliegend zu Lasten der Parlamentsmehrheit gehen und nicht zu Lasten der Grundrechtsträger, denen durch die Nichtangabe dieser Daten und die Nichtdurchführung dieser Schätzungen die Begründung massiv erschwert wird, weshalb die Eingriffe unverhältnismäßig sind.

Es wird in der Gesetzesbegründung nicht ansatzweise plausibel dargelegt, warum dann aber auch Personen, die nachweislich gar keinen Kontakt zu den vulnerablen Personengruppen haben (wie z.B. die hiesige Beschwerdeführerin Xxxxxx) oder die nur sehr selten und / oder unter Einhaltung von effektiven Schutzmaßnahmen Kontakt zu den vulnerablen Personengruppen haben. Aus diesen Gründen fehlt es bereits an der Legitimität des gesetzgeberischen Ziels, zumindest aber an der Erforderlichkeit und Angemessenheit des Impfpflichtgesetzes. Eine verfassungskonforme Auslegung, dass § 20a I, IV BIfSG n.F. nicht für diejenigen Personen gilt, die nachweislich gar keinen Kontakt zu den vulnerablen Personengruppen haben (wie z.B. die hiesige Beschwerdeführerin Nr. 24) oder die nur sehr selten und / oder unter Einhaltung von effektiven Schutzmaßnahmen Kontakt zu den vulnerablen Personengruppen haben, ist angesichts des klaren Wortlauts des Gesetzes und der insoweit klaren Gesetzesbegründung (diese Ausnahmen werden dort nicht erwähnt) und der insoweit nicht minder klaren Gesetzessystematik (§ 20a I 2 BIfSG, die medizinische

Kontraindikation, stellt die einzige Ausnahme dar) ausgeschlossen. Auch müsste der Gesetzgeber wenn, dann schon selber - und dies klar und eindeutig - regeln, ob nur bei völligem Fehlen des persönlichen Kontakts zu den vulnerablen Gruppen oder auch bei nur sehr seltenen und / oder nur unter Einhaltung von effektiven Schutzmaßnahmen durchgeführten Kontakten die grundsätzliche Impfpflicht ausnahmsweise entfällt. Letztgenanntes zu entscheiden kann weder die Aufgabe des Bundesverfassungsgerichts noch Aufgabe von Ermessensentscheidungen der Gesundheits- und Bußgeldbehörden (vgl. vor allem § 20a V 3 BIfSG n.F.) sein.

3. Die "Effektivität" der Impfstoffe – Mythos und Fakten – Von der "Pandemie der Un-geimpften" zur "Omikron-Pandemie der Geimpften"

a) Schon zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes war absehbar, dass die Impfstoffe gegen die immer weiter sich ausbreitende Omikron-Variante immer ineffektiver werden. Mittlerweile ist die sog. Omikron-Variante – auf Kosten der bis dato vorherrschenden Delta-Variante auch in Deutschland und den Nachbarländern dominierend.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. "*Omikron-Variante nun vorherrschend in Niedersachsen - und wohl auch in Hamburg 15:05 Uhr: Die Omikron-Variante des Coronavirus ist in Niedersachsen mittlerweile vorherrschend. In der vergangenen Woche sei bei rund 70 Prozent der untersuchten Tests diese Variante nachgewiesen worden, sagte der Leiter des Corona-Krisenstabs, Heiger Scholz, am Dienstag in Hannover. Demnach wurden insgesamt rund 1.400 Tests auf die Varianten untersucht, in etwas mehr als 1.000 Fällen wurde die Omikron-Variante nachgewiesen. In der ersten Dezemberwoche lag dieser Anteil den Angaben zufolge noch bei 2,2 Prozent. Damals wurden rund 2.100 Tests untersucht. Das Landesgesundheitsamt hatte die Omikron-Variante in Niedersachsen erstmals am 3. Dezember nachgewiesen.*

Auch in Hamburg hat sich Omikron nach Einschätzung des Senats zur dominanten Variante des Coronavirus entwickelt. "Wir müssen davon ausgehen, dass Omikron mittlerweile die vorherrschende Variante ist", sagte Senatssprecher Marcel Schweitzer am Dienstag in Hamburg. Derzeit seien zwar erst knapp 300 Fälle durch eine Se-quenzierung nachgewiesen worden. Diese lägen aber aufgrund der Dauer des Nach-weisverfahrens schon zwei Wochen zurück. Zudem gebe es Hunderte Verdachtsfälle."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://web.de/magazine/news/coronavirus/corona-news-ticker-soeder-deutschland-quarantaene-schicken-36441926 **- als Anlage B 77 -**

2. "***Steigende Zahlen trotz Lockdowns in den Niederlanden***

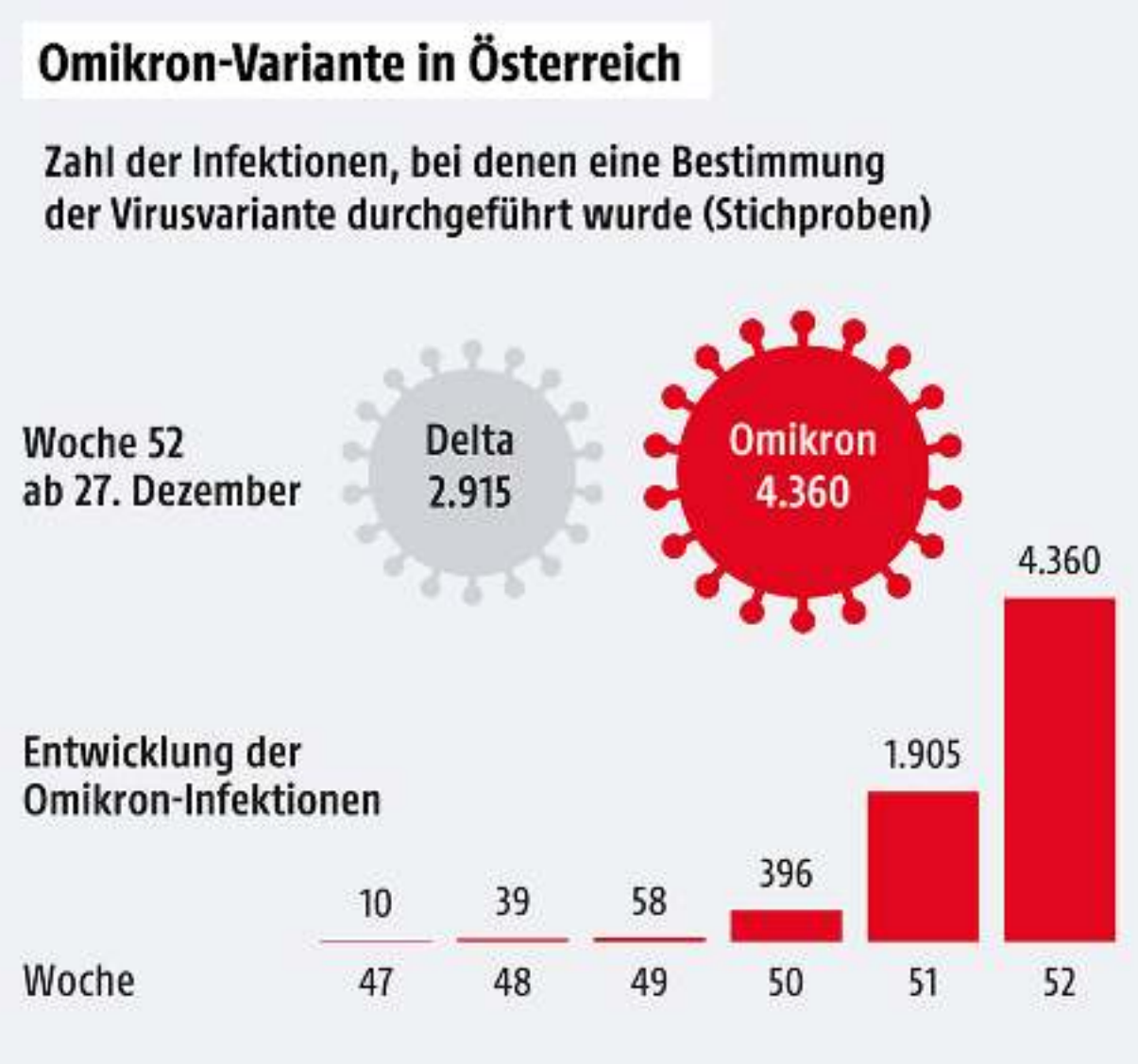
Trotz des harten Lockdowns in den Niederlanden steigen die Infektionszahlen dort wieder. In den vergangenen sieben Tagen waren etwa 35 Prozent mehr positive Testergebnisse registriert worden, wie das zuständige Gesundheitsinstitut RIVM heute mitteilte. Die Experten nennen als Grund die sich schnell verbreitende Omikron-Variante des Coronavirus.

Die Omikron-Variante ist seit Ende Dezember in dem Land mit etwa 17,5 Millionen Einwohnern dominant. Von 100.000 Einwohnern wurden in sieben Tagen 639 positiv getestet. Nach Einführung des Lockdowns vor gut zwei Wochen sank die Zahl der Neuinfektionen in den Niederlanden zunächst stark. Der Lockdown soll vorerst bis zum 14. Jänner andauern. Alle Geschäfte, Gaststätten, Kultur- und Sporteinrichtungen sind derzeit geschlossen. Ausnahmen gelten für Geschäfte für den täglichen Bedarf wie Supermärkte und Apotheken. Die Schulen sollen ab nächster Woche wieder geöffnet werden.
Die Patientenzahlen in den Krankenhäusern nehmen nach Angaben des Instituts noch ab. Allerdings rechnen die Experten mit einem erneuten Anstieg ab Mitte Jänner. Durch den Lockdown hoffen die Behörden, den Druck auf das Gesundheitssystem verringern zu können.“

Beweis und Glaubhaftmachung:
https://www.orf.at/#/stories/3242530/ **- als Anlage B 78 -**

3. “***Erstmals mehr Omikron- als Delta-Fälle***

Die Omikron-Variante des Coronavirus hat zum Ende des Jahres 2021 Delta als vorherrschende Mutation in Österreich abgelöst. In der Kalenderwoche 52 wurden 2.915 Delta- und 4.360 Omikron-Fälle nachgewiesen, geht heute aus einer Aktualisierung der Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hervor.



Grafik: APA/ORF.at; Quelle: AGES

In der Woche davor war Delta noch mit 5.953 zu 1.905 Nachweisen deutlich dominanter gewesen. Insgesamt gab es bisher 6.768 bestätigte Omikron-Fälle. Für KW 52 sind AGES-Angaben zufolge noch Nachmeldungen zu erwarten. Zudem handelt es sich bei den Sequenzierungen vor allem außerhalb von Wien nur um Stichproben.

In der Bundeshauptstadt wird bei der Testauswertung von "Alles gurgelt" auf die Varianten vorsequenziert, wobei bisher 3.766 Omikron-Fälle nachgewiesen wurden. 801 Nachweise gab es in Salzburg, 667 in Nieder- und 618 in Oberösterreich. Tirol und Vorarlberg folgen mit 234 bzw. 216 Fällen, 161 sind es im Burgenland, 160 in Kärnten und 145 in der Steiermark."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.orf.at//stories/3242379/ **- als Anlage B 79 -**

„Tabelle 1: Die Anzahl beinhaltet alle für die entsprechende Meldewoche bis zum Tag des Berichts an das RKI übermittelten Omikronfälle (Nachweis und Verdacht). Berücksichtigt wird nur der Zeitraum bis zum 03.01.2022. Die Änderung zum Vortag gibt die seit gestern zusätzlich übermittelten Fälle für die jeweilige Kalenderwoche an. Für grau markierte Bereiche werden viele Neu- und Nachmeldungen erwartet.“

Meldewoche	Anzahl	Änderung zum Vortag	Infektionen pro 100.000 EW
2021-W46	15	+3	0.0
2021-W47	36	+-1	0.0
2021-W48	212	+0	0.3
2021-W49	830	+-3	1.0
2021-W50	3381	+52	4.1
2021-W51	9584	+199	11.5
2021-W52	20525	+4008	24.7
2022-W01	946	+934	1.1

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Omikron-Faelle/Omikron-Faelle.html?__blob=publicationFile **- als Anlage B 80 -**

Ein “upgedateter“ Impfstoff gegen die Omikron-Variante liegt jedoch bis heute und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auch nicht bis zum 15.03.2022 vor. Die herkömmlichen Impfstoffe, die allesamt nur gegen das Ursprungsvirus und / oder gegen die Delta-Variante entwickelt worden sind, helfen wenn überhaupt, dann nur sehr wenig gegen die Omikron-Variante. Biontech-Chef Sahin hat eingeräumt, dass ein auf Omikron angepasster Impfstoff erst ab März und auch nur – maximal – mit 75 Millionen Dosen zur Verfügung stehen würde.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Sachverständigengutachten

2. Zeugnis der Firma Biontech GmbH, An der Goldgrube 19, 55131 Mainz

3. “*Zudem werde der neue Impfstoff bei einem etwaigen Anlaufen der Produktion im März auch nicht gleich massenhaft zur Verfügung stehen. Biontech werde voraussicht sichtlich erst einmal mit 25, 50 und 75 Millionen Dosen in die Produktion gehen.*“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://science.apa.at/power-search/3783832115601096120 **- als Anlage B 81 -**

4. “***Corona-Impfstoffe gegen Omikron – alle nehmen in der Wirksamkeit ab***

Doch wie auch Feigl-Ding in seinem Kommentar bereits anklingen ließ: Der Rückgang des Impfschutzes gegen die Omikron-Variante ist enorm. Sandra Ciesek, Direktorin des Instituts für Medizinische Virologie am Universitätsklinikum Frankfurt, veröffentlichte ebenfalls auf

Twitter erste Ergebnisse der von Feigl-Ding zitierten Studie ihres eigenen Instituts. Die Wissenschaftler:innen dieser Untersuchung nahmen einen weitaus längeren Zeitraum in den Blick und ermittelten den vorhandenen Impfschutz der verschiedenen Impfstoffe gegen Omikron nach sechs Monaten.

Die Ergebnisse: Sowohl eine zweifache Impfung mit Biontech/Pfizer, als auch eine zweifache Impfung mit Moderna und eine Kreuzimpfung aus AstraZeneca und Biontech/Pfizer kamen in ihrer Studie nach 6 Monaten auf keine nachweisbare Neutralisation gegen Omikron. Auch eine Booster-Impfung mit Biontech/Pfizer führte nach drei Monaten nur noch zu einer 25-prozentigen Neutralisation. Bei der Delta-Variante lag diese hingegen noch bei 95 Prozent.

Diese Daten, darauf wies Ciesek gesondert hin, seien jedoch nicht aussagekräftig in Bezug auf die Frage, ob durch die Impfungen ein schwerer Verlauf der Erkrankung verhindert werden könne. Die Studie bezieht sich demnach explizit lediglich auf die Übertragbarkeit des Virus, nicht auf den Krankheitsverlauf bei einer Infektion.“
(Anmerkung durch den Unterzeichner: Ob auch der behauptete Schutz vor schwerer Erkrankung gegeben ist, ist hiernach weder positiv bewiesen noch positiv widerlegt.)

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.fr.de/wissen/omikron-booster-impfung-moderna-impfstoff-corona-news-91188196.html - als Anlage B 82 -

Zusammengefasst: Die Omikron-Variante dominiert immer mehr, die bisherige Delta-Variante geht deutlich zurück. Auch durch die sog. “Booster-Impfung“ wird keinen Schutz vor Weiterverbreitung, d.h. keine sog. sterile Immunität, gewährleisten.

b) Omikron – eine ganz überwiegende Pandemie der Geimpften(!)

Die Medienberichte aus dem In- und Ausland und auch die aktuellen Zahlen des Robert-Koch-Instituts ergeben **ein klares und eindeutiges Bild**: Die Omikron-Mutante ist **ganz, ganz überwiegend ein Problem nur für die Geimpften, auch der sog. Geboosterten!** Der Anteil der Ungeimpften ist sehr gering. Der Anteil der Geimpften an der Gesamtzahl derjenigen, die mittels PCR-Testung Omikron-Positiv getestet worden sind, ist sehr gering.

aa) Die “Gefährlichkeit“ von Omikron wird im aktuellen Wochenbericht des RKI vom 30.12.2021 wie folgt dargelegt (S. 14):

“Klinisch-epidemiologische Daten

Zu den im Meldesystem vorliegenden Omikronfällen sind zum Teil Zusatzinformationen bekannt. Für 6.788 Fälle wurden Angaben zu den Symptomen übermittelt, es wurden überwiegend keine oder milde Symptome angegeben. Am häufigsten wurde von Patientinnen und Patienten mit Symptomen Schnupfen (54 %), Husten (57 %) und Halsschmerzen (39 %) genannt. 124 Patientinnen und Patienten wurden hospitalisiert, vier Personen sind verstorben. Für 543 (5 %) Fälle wurde eine Exposition im Ausland

angegeben. 1.097 Patientinnen und Patienten waren ungeimpft, 4.020 waren vollständig geimpft, von diesen wurde für 1.137 eine Auffrischimpfung angegeben. Auf Basis der übermittelten Daten wurden unter allen übermittelten Omikron-Infektionen 148 Reinfektionen ermittelt, zu keiner der von Reinfektion betroffenen Person wurden Vorerkrankungen übermittelt. Abbildung 9 zeigt die Verteilung der bisher übermittelten Omikronfälle in Deutschland. In allen Bundesländern wurden Omikronfälle nachgewiesen.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

Wochenbericht des RKI vom 30.12.2021, abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html **- als Anlage B 83 -**

Hieraus ergibt sich ein Anteil der Ungeimpften an den 6788 Fällen i. H. v. nur 16,1%! – Und dies, obwohl der Anteil der Ungeimpften an der Gesamtbevölkerung Ende des Jahres unverändert bei rund 30% lag! Die Ungeimpften sind somit im weit unterdurchschnittlichen Maße Treiber der Omikron-Pandemie! Der Anteil der Zweifachgeimpften beträgt unter den 6788 Fällen hiernach 2883 : 6788 = 42,47% und der Anteil der Dreifach-Geimpften, d.h. der “Geboosterten“ beträgt 1137 : 6799 = 16,75%. Der Anteil der Doppelt-Geimpften und der Geboosterten zusammen beträgt hiernach 59,22%. Der restliche Anteil (100%- 59,22% - 16,1%) müssen diejenigen Personen sein, die nur eine Impfung erhalten haben oder deren Impfstatus/fehlender Impfstatus nicht bekannt oder nicht erhoben worden ist, also 24,68%. Soweit in den 24,68% auch Personen enthalten sind, die nur eine Impfung erhalten haben oder aber deren zweite Impfung noch keine 14 Tage zurückliegt, können diese nicht auf seriöse Weise nur den Ungeimpften zuge-rechnet werden, weil auch der bislang nur einfach Geimpfte nicht mehr vollständig über sein natürliches Immunsystem verfügt.

Es gibt daher denklogisch nur zwei Möglichkeiten:

1. Möglichkeit Nr. 1:

Die Omikron-Variante ist ganz, ganz überwiegend harmlos. Hierfür spricht, dass der To-desanteil der Omikron-Infizierten nur 4 : 6788 = 0,05% entspricht, ferner, dass die allermeisten Positiv-Testungen, die das RKI fälschlicherweise und pauschal als Infek-tionen bezeichnet, symptomlos sind. Die Zahl der Hospitalisierungen ist gering (124: 6788 = 1,8%. Die übrigen Symptome, wenn denn ausnahmsweise überhaupt Symptome auftreten, sind übliche Grippesymptome (s.o.) und in keiner Weise beunruhigend.
Auch eine Vielzahl an Berichten aus dem Ausland, insbesondere aus Südafrika mit einer dort sehr niedrigen Impfquote von gerade einmal nur 26% Doppelgeimpften(!), wo die Omikron-Pandemie nach nur rund einem Monat schon wieder vorbei ist und es allenfalls nur noch milde Corona-Maßnahmen gibt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. “(…)
Infektions- und Sterbezahlen drastisch gesunken

Das Land befindet sich nun auf der niedrigsten der fünf Stufen des seit fast zwei Jahren geltenden Alarmsystems. Masken auf öffentlichen Plätzen sind weiter Pflicht, bei Versammlungen soll auch weiter auf Distanz geachtet werden. Der Ministerpräsident der Westkap-Provinz - zu der auch die Touristenmetropole Kapstadt gehört - machte sich am Dienstag für eine komplette Streichung dieses Alarmsystems stark.

"Aktuell managen wir diese Pandemie", sagte er in einem Interview des Nachrichtensenders eNCA. "Worauf man sein Augenmerk richten sollte, sind die Krankenhauseinweisungen; letzte Woche hatten wir 70 Menschen auf der Intensivstation, nun liegen wir bei unter 30 Personen."

Die täglichen Infektionszahlen und vor allem die Sterbezahlen seien drastisch gefallen. Winde: "Die Todesrate in der Provinz liegt bei ein bis zwei Personen pro Tag." Es gehe nun darum, am Verhalten der Bürger zu arbeiten - wer sich krank fühle, komme um eine Maske nicht herum.

Winde: "Die nächste Pandemie ist die Pandemie der Armut, die Pandemie der Job-Verluste - wir müssen an der Stelle eine Notlage erklären." Die offizielle Arbeitslosenquote in dem Kap-Staat, der schon vor der Pandemie in der Rezession war, beträgt rund 35 Prozent.

Omikron als Hoffnungsschimmer? Gesundheitsorganisation warnt vor vorschnel-len Schlüssen

Die Kontaktnachverfolgung bei Personen, die infizierten Personen nahegekommen sind, war bereits zuvor gestrichen worden. Laut Studien haben bereits rund 70 Prozent der im Durchschnitt sehr jungen Bevölkerung Südafrikas eine Infektion durchgemacht, sie verfügen damit über einen gewissen Immunschutz.

https://web.de/magazine/news/coronavirus/trotz-omikron-suedafrika-corona-restriktionen-36487334 **- als Anlage B 84 -**

(…)“

2. “*(…) Zwei kürzlich durchgeführte Laborstudien legen nahe, dass die Omikron-Variante zu milderen Verläufen von Corona-Erkrankungen führen könnte als andere Varianten des Virus. (…)*“

https://www.businessinsider.de/wissenschaft/studien-zeigen-omikron-koennte-milder-verlaufen-weil-es-die-lungen-weniger-effektiv-angreift-a/ **- als Anlage B 85 -**

Wenn aber die Omikron-Mutante milde ist und (noch) milder als das Corona-Virus in seiner Ursprungsform und die bisherigen Alpha- und Delta-Varianten

vgl. z.B. die Ischgl-Studie zum ursprünglichen Virus: “*(…) Antikörper-Studie: 85 Prozent der Corona-Fälle in Ischgl blieben unbemerkt*”

https://www.rnd.de/gesundheit/antikorper-studie-zu-ischgl-85-prozent-der-corona-falle-unbemerkt-IR6JPFLNJJC7NHZZ5FLIYRD6X4.html **- als Anlage B 86 -**

dann ist und bleibt für staatliche Extrem-Maßnahmen wie eine aufgenötigte (noch dazu Dauer-)Impfpflicht, die mittels drakonischer Maßnahmen durchgesetzt werden soll, per se kein Raum.

2. Möglichkeit Nr. 2:

Oder aber man sieht die Omikron-Variante trotz der klaren RKI-Darlegungen (s.o.) gleichwohl als ernste Gefahr.

Vgl. z.B.:
"*Die Bundesregierung und prominente Virologen haben sich vorsichtig optimistisch über die möglichen Auswirkungen der Omikron-Welle in Deutschland geäußert – gleichzeitig aber vor einer wachsenden Gesundheitsgefahr für Ungeimpfte gewarnt. »Wir haben zu viele ungeimpfte Leute in Deutschland, gerade über 60, und die sind jetzt natürlich richtig in Gefahr, also für die wird es jetzt richtig gefährlich«, sagte der Berliner Virologe Christian Drosten am Freitag im Deutschlandfunk. Drosten und Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) verwiesen zugleich auf Studien über etwas seltenere schwere Krankheitsverläufe durch Omikron.*"

https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/drosten-zu-omikron-welle-fuer-ungeimpfte-ueber-60-wird-es-jetzt-richtig-gefaehrlich-a-4ab1640a-b3c2-4d6c-b290-32905a8a173b?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE **- als Anlage B 87 -**

(Anmerkung: Aber selbst nach diesem Bericht wäre allenfalls eine bereichsspezifische Impfpflicht für ungeimpfte Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten etc. ab 60 Jahren konsequent).

Dann aber ist es geradezu absurd, dass der Staat, bundesweit betrachtet, mehrere Millionen ungeimpfte Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Reinigungskräfte, (auch minderjährige) Praktikanten), sogar ohne jeden persönlichen Kontakt zu den vulnerablen Gruppen, dazu zwingt, zu der Gruppe zu stoßen, die nachweislich im ganz besonderen Maße für Omikron-Positivtestungen/-Infektionen verfänglich ist! Oder anders formuliert: Die vom neuen Gesetz persönlich Betroffenen gehören bislang alle zu derjenigen Grup-pe, die, gemessen an ihrer Bevölkerungsgröße, nur weit unterdurchschnittlich für Omikron-Positivtestungen/-Infektionen sind! Diese Gruppenzugehörigkeit zu ändern und fortan (nach durchgeführten Impfungen) zu Gruppen zu gehören, die weit häufiger für Omikron-Positivtestungen/-Infektionen anfällig sind, ist die objektive Wirkung des Gesetzes! – Dies kann nur als grob widersprüchlich und für den Gesundheitsschutz als grob kontraproduktiv eingestuft werden. Diese **objektive Wirkung des Gesetzes** – selbst wenn die Abgeordneten, die im Parlament mit "Ja" abgestimmt haben, subjektiv und gemäß der Gesetzesbegründung eine andere Absicht verfolgt haben mögen – führt bereits dazu, dass die gesetzgeberische Maßnahme ein illegitimes Ziel objektiv fördert. Hilfsweise, ist die Maßnahme aus diesen Gründen zumindest weder geeignet noch erforderlich noch angemessen, um die Zahl der Omikron-Positivtestungen/Infektionen zu verringern, d.h. um den Gesundheitsschutz zu verbessern.

c) Keine überzeugenden Einwände gegen die oben dargelegte Argumentation

Niemand Geringes als die meistens nicht sonderlich fachkundige Bild-Zeitung hat sich berufen gefühlt, mit dem nachfolgend zitierten Artikel die oben dargelegte Argumentation (scheinbar) zu widerlegen:

“Zahlensalat WARUM das RKI Impf-Skeptikern in die Hände spielt
…. und wie die Zahlen wirklich zu interpretieren sind
Schützt die Impfung auch vor Omikron? Foto: Marijan Murat/dpa

Artikel von: Thomas Reichel veröffentlicht am 05.01.2022 - 17:01 Uhr
Im Netz kursieren gerade wilde Spekulationen. Mit der Behauptung: Impfen bringt nichts gegen die neue Omikron-Variante. Begründung der Impf-Skeptiker: Nur 5 Prozent der Omikron-Infizierten seien ungeimpft. Alle anderen dagegen zum Teil sogar schon geboostert.

Die Corona-Zweifler berufen sich dabei auf die offiziellen Zahlen des RKI. Im letzten Wochenbericht hieß es nämlich: Nur 186 der Omikron-Fälle mit bekanntem Impfstatus seien Ungeimpfte. Mehr als 4000 Patienten dagegen waren vollständig geimpft.
Ein Fehler; räumt das RKI inzwischen ein. Bei der Aktualisierung sei eine Zahl “vergessen“ worden, hieß es auf BILD-Anfrage. Nur eine Schusselei also, die Impf-Skeptiker zur Höchstform der auflaufen lässt?

BILD erklärt zusammen mit dem Daten-Experten Professor Christian Hesse, was dahintersteckt.

06:44
Quelle: BILD
Falsche Zahlen

Am 30. Dezember 2021 veröffentlichte das Robert Koch-Institut den letzten Wochenbericht des vergangenen Jahres. Darin fand sich eine brisante Zahl: Nur 186 der insgesamt 10 443 mit Omikron Infizierten seien ungeimpft.

Zum Vergleich: “4020 waren vollständig geimpft, von diesen wurde für 1137 eine Auffrischimpfung angegeben“, hieß es im RKI-Bericht. Für die übrigen 5326 Infektionsfälle lagen offenbar keine Informationen zum Impfstatus der betroffenen Personen vor.

186 Ansteckungsfälle bei Ungeimpften standen also mehr als 4000 Geimpften und sogar Geboosterten gegenüber. Ein gefundenes Fressen für Impfgegner.

Die setzten die Zahlen ins Verhältnis und errechneten schnell, dass die Ungeimpften gerade einmal rund 5 Prozent aller Omikron-Fälle ausmachen. Zum Beweis dienten die offiziellen Daten des RKI.

Und die Impf-Skeptiker setzten noch einen drauf. Denn: “Aus ihren Berechnungen wurde dann der Schluss gezogen, dass Ungeimpfte weitaus besser gegen Omikron geschützt

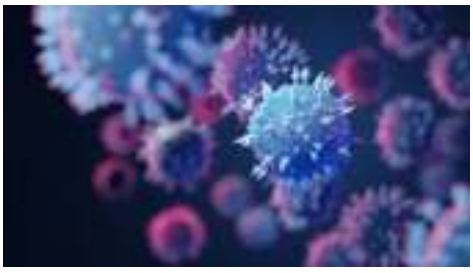
seien als Geimpfte“, sagt der Mathematiker und Daten-Experte Prof. Christian Hesse von der Uni Stuttgart.

Konkret: “ ... und so zeigt eine erste Überschlagsrechnung, dass das Risiko für Geimpfte und Geboosterte sechs Mal höher ist, Omikron-positiv zu werden“, schwurbelte es im Netz. Dabei unterliegt schon diese Argumentation einem Denkfehler, denn die Effektivität eines Corona-Impfstoffes bemisst sich nicht an der Verhinderung einer Infektion – sondern an der eines schweren Verlaufs.

Hesse: “Je mehr Menschen geimpft sind, desto höher logischerweise auch der Anteil an geimpften Infizierten. Dass diese dann aber erheblich bessere Chancen auf einen milden Verlauf haben als die Ungeimpften, ist wissenschaftlich belegt – und zeigt die Wirksamkeit der Impfung.“

Der Experte macht ein einfaches Beispiel: “Wären 100 Prozent der Menschen geimpft, wären dies auch 100 Prozent der Infizierten und – sollte es dennoch Todesfälle geben – auch 100 Prozent der Toten. Dennoch wäre ein sehr großer Teil der Menschen geschützt.“ Trotz alledem lieferten die falschen RKI-Zahlen Futter für die Zweifler.

Lesen Sie auch



milde Verläufe Omikron greift die Lunge seltener an

Eine neue Studie scheint zu bestätigen, dass Omikron für mildere Verläufe sorgt.

“Vergessen“

BILD fragte am Montag umgehend nach, ob das sein kann und ob die Zahlen wirklich stimmen.

Uni-Mathematiker und Statistik-Experte Christian Hesse, der die Zahl 186 angezweifelt hatte, kam schnell mit einer unerwarteten Antwort: “Das RKI hat die Daten gerade korrigiert. Jetzt sind 1097 Ungeimpfte unter den Omikron-Infizierten mit bekannten Impfstatus angegeben.“

Wie bitte? Ob es Nachmeldungen gab – oder neue Daten, wollte BILD vom RKI wissen. Nichts dergleichen: “Bei der Aktualisierung des Absatzes war diese eine Zahl vergessen worden, als es auffiel, wurde es korrigiert“, antwortete das Institut.

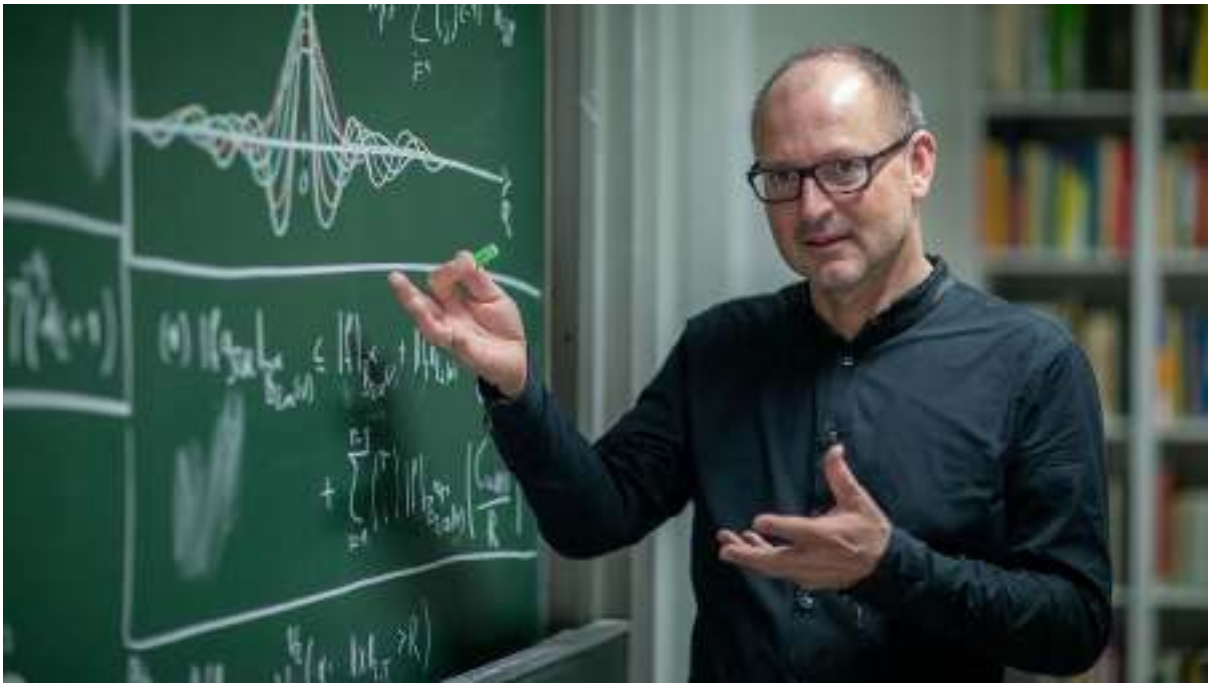
“Vergessen“ bedeute in dem Fall, dass einfach die Zahl aus der letzten Woche übernommen wurde, fiel Daten-Profi Hesse auf, als er für BILD den aktuellen Bericht mit dem vorangegangen verglich.

“In der Tat ist es so, dass im Wochenbericht vom 30. Dezember dem RKI an einer wichtigen Stelle ein durchaus menschlicher Fehler unterlaufen ist“, urteilt Mathe-Professor Hesse.

Erst am 3. Januar hat das RKI diesen Wert berichtigt. Genug Zeit zum Spekulieren. Auch wenn die neuen Zahlen mit 1097 ungeimpften Omikron-Infizierten die Berechnungen der Impf-Kritiker obsolet machen.

“Damit ist die Schlussfolgerung entkräftet, dass das Risiko einer Omikron-Ansteckung für Geimpfte sechsmal höher ist“, erklärt Mathematiker Hesse deutlich.

“Es sollte zudem bedacht werden, dass bei mehr als 50 Prozent der Omikron-Fälle der Impfstatus offenbar nicht erhoben wurde“, erwidert Hesse. Insofern könne dieser Schluss aus den RKI-Daten nicht gezogen werden.



Mathematiker Prof. Dr. Christian Hesse, Leiter der Abteilung für Mathematische Statistik an der Universität Stuttgart (Foto: Uli Regenscheit)

Doch so schnell wollen die Impf-Kritiker nicht aufgeben.
Lieber ziehen sie die neuen Zahlen in Zweifel und bleiben bei ihrer Ansicht: “Dennoch zeigen auch die ‚korrigierten’ (nachgefälschten?) Daten, dass Ungeimpfte immer noch besser dran sind, als sogar Geboostert“, heißt es wörtlich.

Das RKI selbst will auf Nachfrage die ganze Aufregung nicht wahrhaben: “Dieser inzwischen korrigierte Fehler eignet sich weder zur Skandalisierung, noch lässt er sich mit Überzeugungskraft von den von Ihnen angesprochenen Kreisen instrumentalisieren.“

Mit den von BILD angesprochenen Kreisen sind wohl die Impfgegner gemeint. Und von einem Skandal hatte bis dahin nur das RKI gesprochen.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bild.de/ratgeber/2022/ratgeber/zahlensalat-warum-das-rki-impf-skeptikern-in-die-haende-spielt-78718782.bild.html###wt_ref=https%3A%2F%2Fderef-web.de%2F&wt_t=1641408233239 **- als Anlage B 88 -**

Die o.g. “Argumentation“ ist nicht ansatzweise überzeugend, mag sie in weiten Teilen auch von einem Statistik-Professor stammen. In diesem Bericht wird zum einen verkannt, dass intensivste Grundrechtseingriffe nicht damit gerechtfertigt werden können, dass in der Praxis offenbar (so jedenfalls der zitierte Professor) bei 50% der Omikron-Fälle der Impfstatus gar nicht erst erhoben wird! Dieser in der Tat nicht unerhebliche statistische Mangel (sofern man die obige Zahl von rund 24% nicht nur oder über-wiegend den nur einfach Geimpften zuordnet) geht vollumfänglich zu Lasten des Staates und darf weder direkt noch indirekt zu Lasten der Grundrechtsträger gehen. Es sei angemerkt, dass es, 1 ¾ Jahre nach dem ersten Lockdown und nach Ausrufung der Pandemie, einmal mehr grotesk ist, dass der deutsche Staat es noch nicht einmal an-satzweise geschafft hat oder aber noch nicht einmal ansatzweise schaffen will, den Impfstatus jedenfalls im absoluten Regelfall zu erfragen. Da Omikron praktisch zu keinen messbaren, signifikanten Todesfällen führt (s.o.), kann es auch schwerlich daran liegen, dass man die betroffenen Personen nicht schlicht und einfach nach dem Impfstatus fragt. Von einem auch nur ansatzweise soliden Bemühen des deutschen Staates insoweit statistische Klarheit oder zumindest größtmögliche statistische Klarheit zu bekommen, kann nicht ansatzweise die Rede sein. Auch die Aussage

“*Dabei unterliegt schon diese Argumentation einem Denkfehler, denn die Effektivität eines Corona-Impfstoffes bemisst sich nicht an der Verhinderung einer Infektion – sondern an der eines schweren Verlaufs.*“
verkennt Wesentliches: Denn natürlich war es jedenfalls bis Ende Dezember 2020 einmütige medizinisch-wissenschaftliche Auffassung und eine medizinisch-wissenschaftliche Selbstverständlichkeit, dass ein Impfstoffe eine sterile Immunität vermittelt und jedenfalls eine sehr, sehr lange Zeit wirkt (z.B. wirkt ein Tetanus-Impfstoff 10 Jahre lang; eine Kombiimpfung gegen Masern, Röteln und Mumps hält ein ganzes Leben lang). Dass ist bei den neuen Corona-Impfstoffen nicht der Fall; derzeit sollen die Booster-Impfstoffe **bereits nach drei Monaten** nachgespritzt werden.

Vgl. z.B.
“*Ihre Fragen: Warum sollen wir uns nun doch schon nach drei Monaten boostern lassen?*

Wir beantworten Ihre Fragen zur Corona-Impfung. Hier: Warum sollen wir uns nun doch schon nach drei Monaten boostern lassen?

Dialogbox

Zuerst hieß es, nach zwei Impfungen sei man dauerhaft gegen das Coronavirus geschützt. Dann kam die Empfehlung, sich ein halbes Jahr nach der zweiten Impfung "boostern" zu lassen. Mittlerweile empfiehlt die Ständige Impfkommission (Stiko) die Auffrischungsimpfung

bereits drei Monate nach dem zweiten Piks. Wieso wurde die empfohlene Zeit bis zur Boosterimpfung noch einmal verkürzt?

Dazu ist wichtig zu verstehen, dass die Empfehlung der Stiko einen Mindestabstand zwischen der zweiten und der Auffrischungsimpfung beschreibt. Das ist der Mindestabstand, den auch die EMA für die Boosterimpfung empfohlen hat, wenn es die Infektionslage erfordert.

Denn ab diesem Zeitpunkt beginnt die Zahl der Antikörper im menschlichen Körper abzufallen. Das heißt, dass dann auch der Schutz vor einer Infektion mit dem Co-ronavirus oder vor einem schweren Verlauf nach einer Ansteckung allmählich abnimmt. Gleichzeitig bedeutet das aber auch, dass schon nach drei Monaten ein sogenannter Booster-Effekt erreicht wird.

Die Stiko will wegen der anrollenden Omikron-Welle diesen Mindestabstand auch ausschöpfen. Man möchte damit erreichen, dass möglichst viele Menschen besonders gut gegen schwere Krankheitsverläufe geschützt sind. Und man hofft, dass die frische Boosterimpfung Ansteckungen zumindest unwahrscheinlicher macht, damit sich nicht so viele Menschen gleichzeitig anstecken und das Virus weiterverbreiten.

https://www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/corona-impfung-booster-drei-monate-100.html **- als Anlage B 89 -**

Es ist allein deshalb schon zu konstatieren, dass es jedenfalls mit dem herkömmlichen Verständnis eines Impfstoffes (völlig unabhängig von der MRNA-Thematik, auf die noch in weiteren Schriftsätzen eingegangen werden wird) nicht zu vereinbaren ist, dass die Dauer der Wirkung dermaßen kurz ist und dass der Geimpfte selber erkranken kann und das Virus auch weiter geben kann. All diese unstreitigen Aspekte widersprechen dem bis vor kurzem noch vorherrschenden Impfstoffverständnis. Ferner verkennt der Artikel, dass, selbst wenn eine Booster-Impfung vor schweren Verläufen schützen soll-te, die obigen Zahlen und Berichte doch belegen, dass es ernsthafte Omikron-Verläufe nur äußerst selten gibt, d.h. der Nutzen der Booster-Impfung ist, wenn überhaupt, äußerst, äußerst gering; dies insbesondere für junge Menschen wie z.B. die hiesige 13 Jahre alte Praktikantin Beschwerdeführerin Nr. 33 oder die Beschwerdeführerinnen Nr. 27 und 28 mit jeweils rund 20 Jahren. Der Bild-Bericht bzw. der dort zitierte Professor kann auch nicht plausibel erklären oder widerlegen, dass die rund 30% Nichtgeimpften nur einen Positivtestungsanteil/Infektionsanteil von nur rund 16% haben! Wenn die Impfung auch nur ansatzweise das halten würde, was sie verspricht, müsste der Anteil der Geimpften, die positiv getestet/ infiziert wurden bzw. sind, zumindest um einiges geringer sein als deren Bevölkerungsanteil. Vom Letztgenannten kann aber nicht ausgegangen werden. Denn der Anteil der Doppelt-Geimpften und Geboosterten zusammen beträgt schon 60% - und es ist sicher nicht übertrieben anzunehmen, dass von den rund 24%, deren Status nicht ganz sicher zuzuordnen ist (weil sie entweder alles Personen sind, die statistisch nicht erfragt worden sind oder nur einfach Geimpfte sind) rund 10% Geimpfte dabei sein dürften. Jedenfalls aber wäre selbst dann, wenn man annehmen wollte, dass der Anteil der Geimpften und Geboosterten, die statistisch, warum auch immer, nicht erhoben worden sind, innerhalb dieser 24% geringer sein sollte, der statistische Nutzen der Impfungen allenfalls als sehr gering einzustufen – und der Nutzen der natürlichen Immunität der Ungeimpften (s.o.) selbst dann immer noch größer, weil das Risiko für Ungeimpfte, sich zu infizieren, auch

dann immer noch nur halb so groß wäre wir es ihrem statistischen Bevölkerungsanteil entspricht, während selbst bei einem (extrem unwahrscheinlichen, in Wahrheit höheren) Anteil von rund 60% Doppeltgeimpften und Geboosterten die Impfungen dieser Gruppe nur einen um rund 14% geringeres Risiko zur Folge haben, positiv getestet zu sein. Der nachfolgende Bericht stellt diese Thematik recht gut dar, indem er darauf verweist, dass der Impfschutz nach wenigen Monaten abnimmt, sehr abhängig ist vom Lebensalter und von Vorerkrankungen etc. abhängt, auch wenn der Bericht gegen Ende erneut das fragwürde "100%-Beispiel" (s.u.) vornimmt, den deutlich geringeren Ungeimpften-Anteil verglichen zum Bevölkerungsanteil nicht genügend herausstellt und natürlich auch nicht auf die Frage der erheblichen Impfnebenwirkungen eingeht.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Vgl.
"***Omikron trotz Booster: Deshalb kommt es zu Impfdurchbrüchen***

Impfdurchbrüche sind längst kein seltenes Phänomen mehr. Aber warum erkranken Menschen trotz Impfung oder sogar Booster an Omikron?

Immer häufiger erkranken Menschen, die geimpft oder sogar geboostert sind, an Corona. Wie kommt es zu diesen Impfdurchbrüchen? Und wenn man Omikron trotz Booster bekommen kann, lohnt sich dann die COVID-19-Impfung überhaupt?

Omikron trotz Booster: Impfdurchbrüche in Deutschland nehmen zu

Seit dem Aufkommen der Omikron-Variante, die Ende November 2021 zum ersten Mal in Südafrika nachgewiesen wurde, dokumentiert das Robert Koch-Institut Verdachtsfälle und bestätigte Omikron-Erkrankungen in Deutschland in täglichen Übersichten zur Mutante. Am 6. Januar 2022 informiert die Forschungseinrichtung:

"Seit KW 46 wurden 51.472 COVID-19-Fälle Omikron zugeordnet. Damit wurden +8916 Fälle (21%) mehr gemeldet als am Vortag (inkl. Nachmeldungen für vergangene Wochen)." Auffällig an der wachsenden Zahl an Omikron-Infektionen: Viele Betroffene sind vollständig geimpft oder schon geboostert. Im aktuellen Wochenbericht (Stand 30. Dezember, Aktualisierung 5. Januar) schlüsselt das RKI auf, dass von 6.788 neu gemeldeten, symptomatischen Omikron-Fällen 4.020 auf Personen fallen, die vollständig geimpft waren. ***1.137 davon hatten bereits die Booster-Impfung erhalten****. Nur 1.097 Patientinnen und Patienten waren ungeimpft. Bei den restlichen Fällen fehlten die Angaben zum Impfstatus.*

Corona trotz Impfung: Das sind die Gründe

Die hohe Zahl an Impfdurchbrüchen bedeutet nicht, dass die Corona-Schutzimpfungen nicht wirken. Im Gegenteil gibt es mehrere, logische Gründe, warum Menschen sich mit Omikron trotz Booster infizieren.

1. Impfschutz ist hoch – aber nicht 100 Prozent

Seit Beginn der Impfkampagne in Deutschland ist klar: Die unterschiedlichen Vakzine gegen SARS-CoV-2 sind hochwirksam gegen das Virus. Sie reduzieren nicht nur das Risiko einer Ansteckung deutlich, sondern auch das Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf.

Doch selbst bei jenen Präparaten, die eine deutliche Immunantwort hervorrufen, beträgt der Schutz nicht volle 100 Prozent. Die Wirksamkeit von BioNTech/Pfizer beispielsweise wird mit um die 90 Prozent angegeben. Ein Restrisiko, sich trotz Impfung bzw. Booster mit Corona zu infizieren, bleibt also. ***"Obwohl die Impfstoffe sehr wirksam sind, können sie nicht alle Infektionen bei Geimpften verhindern"****, schreibt das RKI in seinen FAQs zum Thema Impfwirksamkeit.*

2. Impfschutz nimmt nach einigen Monaten ab

Anders als bei einmaligen Impfungen, die ein Leben lang halten – etwa die MMR-Impfung, die auch gegen Masern schützt – nimmt der Impfschutz bei Corona mit der Zeit ab. Im Oktober 2021 sorgten zwei Studien für Aufsehen, aus denen hervorging, dass der Schutz vor einer Infektion mit dem Coronavirus ***beim Vakzin von Biontech/Pfizer schon vier Monate nach der Impfung auf 20 Prozent sinkt****. Wir haben darüber berichtet:*

Liegt die (Auffrisch-)Impfung also schon länger zurück, ***steigt das Risiko****, sich trotz Impfung oder Booster mit Corona und besonders mit der Omikron-Variante zu infizieren.*

3. Impfschutz variiert nach Alter und Vorerkrankungen

Omikron trotz Booster ist gerade in der Altersgruppe der über 60-Jährigen ein Problem. Laut RKI sind 49,4 Prozent der über 60-Jährigen, die aktuell wegen COVID-19 im Krankenhaus behandelt werden müssen, vollständig geimpft.

Bei Älteren ist der Impfschutz oft weniger stark ausgeprägt. Gleiches gilt für Personen mit bestimmten Vorerkrankungen, die zu den Corona-Risikogruppen zählen. Grund hierfür sind zwei Faktoren. Zum einen ruft die Impfung bei Älteren und Menschen mit Vorerkrankungen eine weniger starke Immunantwort hervor. Zum anderen nimmt der ***entstandene Impfschutz schneller ab*** *als bei gesunden, jüngeren Personen.*

Eine Studie aus Israel untersuchte, welche Vorerkrankungen bei Corona-Infektionen trotz Impfung eine Rolle spielten. Bluthochdruck und Diabetes führten die Liste der Risikofaktoren an.

4. Omikron trotz Booster: Eine "gewöhnliche" Impfung

Mehrere Studien haben ergeben, dass der Booster den gesunkenen Impfschutz nach einigen Monaten wieder in die Höhe treiben kann. Der "NDR" zitiert Sandra Ciesek, Virologin am Universitätsklinikum Frankfurt, die bei einer Online-Veranstaltung des Science Media Press Center sagte: "Wenn man sich boostern lässt, ist der Schutz bei uns nach zwei Wochen wieder deutlich angestiegen – auf 58 bis 78 Prozent, je nach Impfstoff."

Aber: Dieser erhöhte Impfschutz hält nicht ewig. Denn wie die Erst- oder Zweitimpfung ist der Booster eine gewöhnliche Corona-Impfung. ***Sie bringt keinen lebenslangen Effekt.*** *So kann es passieren, dass Personen trotz Booster an Omikron erkranken.*

5. Impfdurchbrüche: Ein statistisches Phänomen

Ein Fakt, der sich empfindlich auf die Zahl der Impfdurchbrüche auswirkt, ist reine Mathematik: ***Je mehr Menschen geimpft sind, desto höher ist die Zahl der Impfdurchbrüche.***

Das RKI erklärt das statistische Phänomen anhand der Tatsache, dass keine Impfung einen hundertprozentigen Schutz hervorruft:

"Wenn alle Personen einer Population geimpft sind (Impfquote 100%), beträgt der Anteil der Impfdurchbrüche an den Erkrankten 100%, (wenn ein Impfstoff nicht zu 100% wirksam ist)."

Omikron trotz Booster: Impfung trotzdem sinnvoll

Das Argument, dass die Corona-Schutzimpfung überflüssig ist, weil man sich trotz Booster mit Omikron anstecken kann, ist nur auf den ersten Blick valide. Wissenschaftler:innen weisen immer wieder darauf hin, dass die Impfung zweifelsohne nicht zu 100 Prozent vor einer Infektion schützt, aber allein der Schutz vor einem schweren Krankheitsverlauf den Piks wert ist. Die Zahl der Impfdurchbrüche wird aus den genannten Gründen weiter steigen. Dennoch bleibt es sinnvoll, sich gegen Corona impfen zu lassen.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.praxisvita.de/omikron-trotz-booster-deshalb-kommt-es-zu-impfdurchbruechen-20383.html **- als Anlage B 90 -**

Schließlich ist auch das immer wieder gern gebrauchte “100%-Beispiel“ des zitierten Professors

vgl.
Der Experte macht ein einfaches Beispiel: “Wären 100 Prozent der Menschen geimpft, wären dies auch 100 Prozent der Infizierten und – sollte es dennoch Todesfälle geben – auch 100 Prozent der Toten. Dennoch wäre ein sehr großer Teil der Menschen geschützt.“

eben nicht nur ein einfaches Beispiel, sondern **ein viel zu einfaches, viel zu abstrakt-lebensfremdes Beispiel**. Zum einen ist eine Impfquote von 100% komplett unlogisch und unerreichbar, und zwar schon wegen der Ausnahme des § 20a I 2 BIfSG n.F. Aber selbst dann, wenn man sich auf dieses abstrakt-theoretisches Gedankenexperiment einlassen wollte, stellt dieses natürlich keinen Beweis für einen erheblichen Nutzen der Impfungen dar. Denn selbst bei einer theoretischen Impfquote von 100% müsste bewiesen werden, dass dann die Zahl der Positiv-Testungen deutlich geringer ausfallen würde (weil die Zahl der Impfdurchbrüche, die Zahl der trotz Impfungen positiv getesteten Personen und die Zahl der Personen, bei denen die Impfstoffe nicht gut wirken, geringer wäre als bei der derzeitigen Impfquote von rund 70% Doppeltgeimpften und rund 38% Geboosterten).

Schließlich haben weder die Normgeber noch das PEI oder das RKI eine Abwägung vorgenommen: Selbst wenn man von einer signifikanten Verringerung schwerer Erkrankungen durch die doppelt geimpften und / oder durch die Dreifachgeimpften = Geboosterten ausgehen wollte, so wäre dieser höchst hilfsweise unterstellte Nutzen immer noch abzuwägen mit **den erheblichen Nebenwirkungen**, und sei es nur mit den offiziell eingeräumten erheblichen Nebenwirkungen.

Trotz gravierender struktureller Mängel im Bereich der Impfschadensmeldungen, zu denen u.a. gehört, dass das PEI überhaupt gar keine Obduktionen anordnen darf und dass Ärzte, die ihrer Pflicht genügen, Impfschadensmeldungen an das PEI zu senden, einen äußerst bürokratischem Verfahren unterliegen und dass dieser Aufwand mit exakt Null Euro (!) vergütet wird, gibt das PEI zu, dass ungefähr auf 5000 Impfungen immerhin eine schwerwiegende Nebenwirkung kommt (also z.B. Todesfälle, Herzmuskelentzündungen, Anaphylaxie, TTS, meist verbunden mit Hospitalisierungen etc. etc.)

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.businessinsider.de/wissenschaft/gesundheit/diese-6-nebenwirkungen-koennen-corona-impfungen-haben-und-so-oft-sind-sie-dem-paul-ehrlich-institut-zufolge-aufgetreten-b/
- als Anlage B 91 -

2. Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 23.12.2021
https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-11-21.pdf?__blob=publicationFile&v=7 **- als Anlage B 92 -**

Die erhebliche Dunkelziffer natürlich nicht mit eingerechnet.

Es gibt daher keinen hinreichenden medizinischen Grund für eine bereichsbezogene Impfpflicht. Der Nutzen der Impfungen gegenüber der Omikron-Variante ist allenfalls sehr gering, die erheblichen Nebenwirkungen relativ hoch und selbst wenn man unterstellen wollte, dass es Personen gibt, dass es im erheblichen Maße Personen gibt, bei denen die Impfstoffe nicht wirken bzw. noch weniger wirken. Die Impfpflicht unabhängig vom individuellen Risikoprofil verstößt gegen ärztliche Grundsätze, wonach jede Therapie immer von den Umständen des Einzelfalls abhängig gemacht werden muss und stets eine individuelle Prüfung erforderlich ist. Das Risiko, dass Ungeimpfte positiv auf Omikron getestet werden, ist zudem weit unterdurchschnittlich, sodass auch das Risiko, dass die wenigen verbliebenen ungeimpften Ärzte, Physiotherapeuten, Zahnärzte, Pflegekräfte, Zahnarzthelfer, etc., das Risiko an ungeimpfte Patienten, bei denen der Impfstoff schlecht wirkt, weitergeben, ebenfalls äußerst gering ist.

4. Zusammenfassung der wesentlichen medizinischen Argumente gemäß der Zusammenfassung des Vereins “Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfentscheidungen“ vom 24.12.2021

Die hiesigen Beschwerdeführer haben keine Bedenken auf die Zusammenfassung der medizinischen Argumente des Vereins Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfentscheidungen“ vom 24.12.2021 zu verweisen und sich diese, zumindest hilfsweise, zu

eigen zu machen. Teilweise (nur) hilfsweise deshalb, weil die hiesigen Beschwerde-führer gerade die immer deutlicher dominierende Omikron-Variante keinesfalls als derart bedrohlich für die gesamte Allgemeinheit einstufen und daher keinesfalls pauschal von einer bedrohlichen Lage für die gesamte Allgemeinheit sprechen würden. Auch halten die hiesigen Beschwerdeführer die langfristigen Schäden und Risiken für deutlich größer als der Verein “Ärztinnen und Ärzte für individuelle Impfentscheidungen“. Dennoch enthält die nachfolgende Zusammenfassung wichtige und zentrale Argumente:

“*Deutschland braucht keine Impfpflicht – auch nicht gegen Covid-19!*

Am 10. Dezember 2021 haben der Deutsche Bundestag und der Bundesrat die Einführung einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht gegen SARS-Cov-2 beschlossen. Derzeit wird die zeitnahe Einführung einer allgemeinen Impfpflicht gegen SARS-Cov-2 politisch diskutiert und vom Deutschen Ethikrat in seiner Ad hoc-Stellungnahme vom 22. Dezem-ber 2021 mehrheitlich befürwortet.

Als Ärztinnen und Ärzte, die Impfungen grundsätzlich als Teil ihrer ärztlichen Vorsorgetätigkeit ansehen, nehmen wir dazu wie folgt Stellung:
Wir sind uns der Schutzpflicht des Staates gegenüber Leib und Leben seiner Bürgerinnen und Bürger bewusst. Wir anerkennen die bedrohliche Lage im jetzigen Stadium der Pandemie und sehen Impfstoffe als Teil einer Strategie, die der Dynamik einer sich ständig ändernden Situation gerecht werden muss. Die Einführung sowohl einer einrichtungsbezogenen wie auch einer allgemeinen Impfpflicht gegen Covid-19 lehnen wir jedoch ab.

Folgende Gründe leiten uns dabei:
Die Covid-19-Impfstoffe vermitteln keinen nachhaltigen Schutz davor, sich mit SARS-CoV-2 anzustecken (“Eigenschutz“)

Spätestens drei Monate nach der zweiten Impfdosis lässt der Schutz vor Infektion deutlich nach [Israel 2021] und liegt sechs Monate nach der zweiten Impfung bei unter 20 Prozent [gov.il 2021]. Auf dieses “substanzielle Risiko“ auch der Geimpften, sich zu infizieren, wies z. B. Prof. Dr. Christian Drosten vor dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages am 15.11.2021 ausdrücklich hin [tagesschau.de].

Belastbare Daten zur Dauer des Schutzes nach einer Booster-Impfung oder in Bezug auf die Omikron-Variante liegen noch nicht vor. Die Covid-19-Impfstoffe vermitteln keinen zuverlässigen Schutz vor der Ansteckunganderer (“Fremdschutz“)

Das Risiko, andere anzustecken, ist in Kontaktstudien unter “real-world-Bedingungen“ bei der Delta-Variante für infizierte Geimpfte genauso hoch wie für infizierte Ungeimpfte [Singanayagam 2021, Salvatore 2021]. Eine Impfpflicht z. B. für Pflegende, um die von ihnen Betreuten vor einer Ansteckung zu schützen, kann sich somit nicht auf eine wissenschaftliche Evidenz stützen. Daten zum Schutz vor einer Ansteckung nach einer Booster-Impfung oder für die Omikron-Variante liegen noch nicht vor.
Die Covid-19-Impfstoffe bewirken keinen nachhaltigen Gemeinschaftsschutz (“Herdenimmunität“) Mit einem nur vorübergehenden Schutz vor eigener Ansteckung und ohne eine relevante Verminderung des Übertragungsrisikos auf andere ist durch die

vorhandenen Impfstoffe keine Herdenimmunität erreichbar. Hierauf wies z. B. auch RKI-Chef Prof. Lothar Wieler auf der Bundespressekonferenz am 12. November 2021 hin [WELT, 12.11.2021: "Das Wort Herdenimmunität haben wir gestrichen"].

Die Nachhaltigkeit des Impfschutzes wird durch neue Virusvarianten unvermeidbar beeinträchtigt Spätestens seit der Omikron-Variante ist klar, dass bei SARS-CoV-2 mit seiner hohen Mutationsfrequenz kein Impfstoff einen nachhaltigen Schutz bewirken kann. Die Bevölkerung zu verpflichten, einen Impfstoff anzuwenden, der zum Zeitpunkt dieser Verpflichtung noch nicht einmal entwickelt, geschweige denn zugelassen ist (z. B. spezielle Omikron-Impfstoffe), ist juristisch und ethisch absurd.
Die mit Covid-19-Impfstoffen verbundenen Risiken betreffen einzelne Bevölkerungsgruppen sehr unterschiedlich und sind noch nicht abschließend beurteilbar. Alle Covid-Impfstoffe verfügen nur über eine "bedingte Zulassung" nach verkürzten Zulassungsverfahren. Belastbare Daten zur mittel- oder langfristigen Sicherheit dieser neuartigen Impfstoffe können naturgemäß noch nicht vorliegen. Allein dieser Umstand stellt eine verpflichtende Anwendung dieser Impfstoffe ethisch grundsätzlich in Frage. Das Risiko kurzfristiger Nebenwirkungen verteilt sich nicht gleichmäßig über die Gesamtzahl der Geimpften, sondern betrifft auch gerade diejenigen Bevölkerungsgruppen besonders stark, die durch schwere Krankheitsverläufe besonders wenig bedroht sind (z. B. die Myokarditis nach mRNA-Impfstoffen bei jungen Männern zwischen 16 und 25 Jahren [Buchan 2021]).

Die mit einer SARS-CoV-2-Infektion verbundenen Risiken sind innerhalb der Bevölkerung sehr unterschiedlich verteilt. Die Infektionssterblichkeit bei Covid-19 liegt bis in das mittlere Erwachsenenalter im Bereich anderer Infektionskrankheiten, z. B. der saisonalen Influenza, die als Teil des normalen Lebensrisikos akzeptiert sind [Ioannidis 2021, Herrera-Esposito 2021]. Erst ab einem Alter von etwa 60 Jahren kommt es hier deutlich häufiger zu schweren Verläufen, Komplikationen oder Todesfällen. Die Verhältnismäßigkeit einer allgemeinen Impfpflicht für Menschen unterhalb dieses Alters ist somit mehr als nur fragwürdig.

Ob eine Impfpflicht das Gesundheitssystem entlastet, ist wissenschaftlich fraglich
Mehr als 60 Prozent der an Covid-19 Erkrankten auf Intensivstationen gehören zur Risiko-Altersgruppe der über 60-Jährigen, mehr als 80 Prozent zur Altersgruppe über 50 Jahre [DIVI, Abruf 21.12.21] . Von einer Impfpflicht für jüngere Erwachsene oder gar Jugendliche und Kinder ist daher keinerlei substanzielle Entlastung der Krankenhäuser und Intensivstationen zu erwarten.

In der Gruppe der über 60-jährigen Covid-Intensivpatienten sind über 40 Prozent vollständig geimpft, bei den Hospitalisierten aus dieser Altersgruppe handelt es sich bei fast 50 Prozent um Impfdurchbrüche [RKI Wochenbericht vom 16.12.2021]. Diese Zahlen relativieren den möglichen Effekt einer Impfpflicht für die angestrebte Entlastung des Gesundheitssystems selbst in dieser Altersgruppe. Eine Impfpflicht mit dem ihr eigenen administrativen und juristischen Aufwand kann – selbst wenn man die bisher aufgeführten Argumente außer Acht ließe – kein kurzfristig wirksames Instrument sein, um die ausschließlich politisch zu verantwortenden Mangelzustände im Gesundheitssystem zu beheben. Hier braucht es sowohl rasch entlastende, gleichzeitig aber auch nachhaltige Strategien. Eine davon ist z. B., die derzeit so belasteten Pflegeberufe aufzuwerten und personell aufzustocken.

Die mittlerweile gesetzlich verankerte Impfpflicht unter anderem für Pflegeberufe birgt darüber hinaus das Risiko, dass sich die Versorgungssituation in den Krankenhäusern zusätzlich verschlechtert, weil mit Kündigungen in relevantem Umfang zu rechnen ist [inFranken.de]. Dieses Phänomen wird auch in anderen Ländern mit einer vergleichbaren Regelung erwartet bzw. beobachtet [Kmietowicz 2021].

Eine Impfpflicht greift zutiefst in die Grund- und Menschenrechte ein. Vor dem Hintergrund der dargelegten Gründe gegen eine Impfpflicht sind weitere Aspekte abzuwägen:

1. Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht stellt einen schweren Eingriff in die körperliche Unversehrtheit einer jeden Bürgerin und eines jeden Bürgers dar.

2. Durch die bereits bestehende einrichtungsbezogene Impfpflicht werden Menschen an der Freiheit ihrer Berufsausübung gehindert.

3. Impfungen, die gegen den ausdrücklichen Willen eines Menschen verabreicht werden, greifen tief und nachhaltig ein in das Selbstbestimmungsrecht und somit auch in die Würde der Menschen.

FAZIT
Eine Impfpflicht gegen Covid-19 ist ein unverhältnismäßiger Eingriff in die Grundrechte jeder einzelnen Bürgerin und jedes einzelnen Bürgers und damit in die Grundwerte unserer Gesellschaft. So notwendig es ist, die Pandemie entschlossen zu bekämpfen, so unverantwortlich ist es, Zwangsmaßnahmen zu ergreifen, für die es – wie ausgeführt – derzeit keine hinreichende wissenschaftliche Grundlage gibt.

Eine Impfpflicht ist gerade nicht das notwendigermaßen agile und flexible Instrument eines Pandemiemanagements, wie es uns andere Länder erfolgreich vormachen. Unter den sich ständig wandelnden Bedingungen kann sie keine Lösung sein. Eine Impfpflicht wird – wie ebenfalls ausgeführt – ihre Wirkung verfehlen. Wir appellieren an Sie als Politikerinnen und Politiker, wir appellieren an Ihre Verantwortung dieser Situation und den Menschen dieses Landes gegenüber:

Es gibt wirksame und von wissenschaftlicher Evidenz gestützte Alternativen. Gehen Sie mit Impfangeboten auf die Menschen aus Risikogruppen zu und ergreifen Sie risikoorientiert konkrete Maßnahmen – gemeinsam mit den Bürgerinnen und Bürgern und für diese.

Berlin, 24. Dezember 2021“

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

1. Zusammenfassung vom 24.12.2021, abrufbar unter https://individuelle-impfentscheidung.de/fileadmin/Downloads/Stellungnahme_allgemeine_Impfpflicht_final.pdf **- als Anlage B 93 -**

2. Unteranlage https://www.bmj.com/content/375/bmj-2021-067873 der Anlage B 93

- als Anlage B 93.1. -

3. Unteranlage
https://www.gov.il/BlobFolder/reports/vaccine-efficacy-safety-follow-up-committee/he/files_publications_corona_two-dose-vaccination-data.pdf der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.2. -**

4. Unteranlage
https://www.tagesschau.de/newsticker/liveblog-coronavirus-montag-235.html#Drosten-Geimpfte-mit-substanziellem-Risiko

15.11.2021 • 15:17 Uhr

"*Drosten: Geimpfte mit "substanziellem Risiko"*

Der Virologe Christian Drosten hat Erwartungen an die 3G-Regel in öffentlichen Verkehrsmitteln gedämpft. Die Testung als Voraussetzung für den Zugang verhindere keine Infektion von Ungeimpften, sagte der Leiter der Virologie der Berliner Charité in einer Expertenanhörung im Bundestag zu den Corona-Plänen der werdenden Ampelkoalition. Man sei jetzt in einer "Hochinzidenz-Zeit" und müsse damit rechnen, dass anwesende Geimpfte je ein "substanzielles Risiko" hätten, unerkannt infiziert zu sein.

Das Ziel, Ungeimpfte vor Ansteckung zu schützen, werde somit verfehlt.

In stabilen Sozialgruppen, etwa am Arbeitsplatz, könne die 3G-Regel jedoch noch et-was ausrichten, zum Beispiel mit Tests alle zwei Tage. Dem stünden aber logistische Anforderungen entgegen. Die Ungeimpften, die mit der 2G-Regel geschützt werden sollen, könnten das Virus nach Hause getragen bekommen, etwa durch Kinder oder Enkel, schilderte der Virologe. Der Schulbetrieb solle und müsse trotz der hohen Inzidenzen weiterlaufen." **- als Anlage B 93.3. -**

5. Unteranlage
https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00648-4/fulltext
- als Anlage B 93.4. -

6. Unteranlage https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.12.21265796v1 der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.5. -**

7. Unteranlage
https://www.welt.de/politik/deutschland/article235020290/Coronavirus-Das-Wort-Herdenimmunitaet-haben-wir-gestrichen-sagt-RKI-Chef-Wieler.html der Anlage B 93
- als Anlage B 93.6. -

8. Unteranlage https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.02.21267156v1 der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.7. -**

9. Unteranlage https://www.who.int/bulletin/volumes/99/1/20-265892.pdf der Anlage B 93
- als Anlage B 93.8. -

10. Unteranlage https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.29.21261282v2 der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.9. -**

11. Unteranlage https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/altersstruktur der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.10. -**

12. Unteranlage https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-12-16.pdf?__blob=publicationFile der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.11. -**

13. Unteranlage https://www.infranken.de/lk/schweinfurt/kuendigungswelle-in-pflegeeinrichtungen-caritas-awo-und-diakonie-schlagen-alarm-art-5358054 der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.12. -**

14. Unteranlage https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2957 der Anlage B 93 **- als Anlage B 93.13. -**

Wenn überhaupt, dann wäre es in Ansätzen vertretbar, über Personen, die älter als 60 Jahre sind, eine Impfpflicht zu verhängen, weil nur diese Personen die Intensivstationen im nennenswerten, überdurchschnittlichen Maße belasten und auch im Wesentlichen nur diese ggf. stärker erkranken. Keiner der hiesigen Beschwerdeführer erfüllt jedoch diese Voraussetzung.

5. Keine Angemessenheit des extrem intensiven (Dauer-)Eingriffs durch die Impfpflicht in eine Vielzahl an Grundrechten, namentlich in Art. 2 II 1, 12 I GG
Die Grundrechtseingriffe durch eine Impfpflicht im Gesundheitswesen sind nicht zu rechtfertigen, da die vorhandenen/verfügbaren/zugelassenen/empfohlenen Impfstoffe keine sterile Immunität (= sichere Vermeidung von Übertragungen) auslösen und sich ihre Wirksamkeit innerhalb weniger Monate stark verringert.

a) Zur (fehlenden) Wirksamkeit der Impfstoffe

Abschließende Daten zur Wirksamkeit der Impfungen liegen der EMA schon gar nicht vor. Die europäische Arzneimittelbehörde kann keine Aussagen darüber machen, in welcher Form und Höhe die Übertragung von SARS-CoV2 durch die Impfungen reduziert wird. Dies gilt gleichermaßen für SpikeVax als auch Comirnaty.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spikevax **- als Anlage B 94 -**

2. https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-medicine-overview_en.pdf:

"***Can Spikevax reduce transmission of the virus from one person to another?***

The impact of vaccination with Spikevax on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.

How long does protection from Spikevax last?

It is not currently known how long protection given by Spikevax lasts. The people vaccinated in the clinical trial will continue to be followed for 2 years to gather more information on the duration of protection." **- als Anlage B 95 -**

3. https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty :

"***Can Corminaty reduce transmission oft he virus form one person to another?***

The impact of vaccination with Comirnaty on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.

How long does protection from Corminaty last?

It is not currently known how long protection given by Comirnaty lasts. The people vaccinated in the clinical trial will continue to be followed for 2 years to gather more information on the duration of protection." **- als Anlage B 96 -**

4.
https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/comirnaty-epar-medicine-overview_en.pdf

"*Can Comirnaty reduce transmission of the virus from one person to another?*

The impact of vaccination with Comirnaty on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.

How long does protection from Comirnaty last?

It is not currently known how long protection given by Comirnaty lasts. The people vaccinated in the clinical trial will continue to be followed for 2 years to gather more information on the duration of protection." **- als Anlage B 97 -**

b) Auch bei doppelt Geimpften kommt es zu einer erheblichen Zahl an Impf-durchbrüchen, die Impfung bietet keinen sicheren Schutz vor Infektionen und Übertragung in medizinischen Einrichtungen, wie die beiden nachfolgenden Fallberichte mit Nachdruck verdeutlichen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. "Nosocomial outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant in a highly vaccinated population, Israel, July 2021", mit dem Ergebnis:

“Conclusion
This nosocomial outbreak exemplifies the high transmissibility of the SARS-CoV-2 Delta variant among twice vaccinated and masked individuals. This suggests some waning of immunity, albeit still providing protection for individuals without comorbidities. However, a third vaccine dose may be needed, particularly in individuals with risk factors for severe COVID-19. Appropriate use of masks, especially in high-risk settings is advised.“

https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.39.2100822#html_fulltext **- als Anlage B 98 -**

2. “*Zwei Patienten nach Corona-Ausbruch auf Krankenhaus-Station gestorben*
Veröffentlicht am 17.12.2021

Zwei Patienten sterben nach Corona-Ausbruch in Hamburger Krankenhaus
Auf einer Geriatriestation in Hamburg hatten sich acht Patienten und zwei Mitarbeiter mit dem Coronavirus infiziert. Auslöser war offenbar ein Mitarbeiter, der sich kurz vor seiner Boosterimpfung ansteckte. Nun sind zwei Patienten gestorben.

Nach einem Corona-Ausbruch auf einer Geriatrie-Station im Agaplesion Bethesda Krankenhaus in Hamburg-Bergedorf sind zwei Patienten gestorben. “Unsere Gedanken sind bei den Angehörigen“, sagte Geschäftsführerin Maria Theis am Freitag. Beide Patienten seien bereits vor der Aufnahme schwer vorerkrankt gewesen.

“Diese tragischen Ereignisse verdeutlichen noch einmal auf schwer erträgliche Weise, wie gefährlich das Coronavirus ist.“ Die Klinik geht nach eigenen Angaben davon aus, dass ein Mitarbeiter das Virus in die Abteilung getragen hat. Insgesamt erkrankten acht Patienten und noch ein weiterer Mitarbeiter.

“Alle anderen Patienten zeigen keine oder nur leichte Symptome“, sagte Theis weiter. Der Mitarbeiter war laut Krankenhaus doppelt geimpft und war am Tag, bevor die erste Infektion bei einem Patienten am 6. Dezember festgestellt wurde, geboostert worden. Wahrscheinlich sei der Vorfall genau in einer Lücke passiert: Der Schutz der Doppelimpfung sei vermutlich abgeklungen gewesen und die Booster-Impfung habe ihre Wirkung noch nicht entfalten können, hatte ein Sprecher kürzlich erklärt.“

https://www.welt.de/regionales/hamburg/article235730902/Hamburg-Zwei-Patienten-sterben-nach-Corona-Ausbruch-auf-Krankenhaus-Station.html **- als Anlage B 99 -**

c) Im Falle einer Infektion mit SARS-CoV2 besteht kein signifikanter Unterschied in der Viruslast zwischen ungeimpften und geimpften Personen. Die Transmissionsrate wird durch eine 2-malige Impfung bei der Delta-Variante nur um 40 Prozent reduziert. Auch die “secondary attack rate“ (SAR), mit der sich Haushaltsangehörige von infizierten Fällen anstecken, war zwischen geimpften und ungeimpften Haushaltsangehörigen nicht statistisch signifikant unterschiedlich (da die Konfidenzintervalle überlappen). Darüber hinaus unterschied sich die SAR nicht signifikant zwischen geimpften und ungeimpften Indexfällen. Menschen mit Durchbruchsinfektion können andere infizieren, auch Geimpfte.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.tagesspiegel.de/wissen/weltgesundheitsorganisation-impfstoffe-reduzieren-uebertragung-der-delta-variante-nur-um-40-prozent/27832714.html **- als Anlage B 100 -**

2.
"*Summary*

What is already known about this topic?

Variants of SARS-CoV-2 continue to emerge. The B.1.617.2 (Delta) variant is highly transmissible.

What is added by this report?

In July 2021, following multiple large public events in a Barnstable County, Massachusetts, town, 469 COVID-19 cases were identified among Massachusetts residents who had traveled to the town during July 3–17; 346 (74%) occurred in fully vaccinated persons. Testing identified the Delta variant in 90% of specimens from 133 patients. Cycle threshold values were similar among specimens from patients who were fully vaccinated and those who were not.

What are the implications for public health practice?

Jurisdictions might consider expanded prevention strategies, including universal masking in indoor public settings, particularly for large public gatherings that include travelers from many areas with differing levels of SARS-CoV-2 transmission."

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm **- als Anlage B 101 -**

3.
"*The SARS-CoV-2 Delta variant is highly transmissible and contains mutations that confer partial immune escape. We compared RT-PCR cycle threshold (Ct) data from 699 test-positive anterior nasal swab specimens from fully vaccinated (n = 310) or unvaccinated (n=389) individuals. We observed low Ct values (<25) in 212 of 310 fully vaccinated (68%) and 246 of 389 (63%) unvaccinated individuals. Testing a subset of these low-Ct samples revealed infectious SARS-CoV-2 in 15 of 17 specimens (88%) from unvaccinated individuals and 37 of 39 (95%) from vaccinated people. To determine whether infectious virus titers differed in vaccinated and unvaccinated persons, we performed plaque assays on an additional set of 48 samples with Ct <25, finding no difference in infectious virus titer between groups.*" = Nachweis geringer Unterschiede zwischen der Viruslast geimpfter und ungeimpfter Personen

https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v6 **- als Anlage B 102 -**

4. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2821%2900648-4/fulltext

“***Summary***
Background
The SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2) variant is highly transmissible and spreading globally, including in populations with high vaccination rates. We aimed to investigate transmission and viral load kinetics in vaccinated and unvaccinated individuals with mild delta variant infection in the community.“ **- als Anlage B 103 -**

5. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.11.12.21265796v1

“*Results A total of 978 specimens were provided by 95 participants, of whom 78 (82%) were fully vaccinated and 17 (18%) were not fully vaccinated. No significant differences were detected in duration of RT-PCR positivity among fully vaccinated participants (median: 13 days) versus those not fully vaccinated (median: 13 days; p=0.50), or in duration of culture positivity (medians: 5 days and 5 days; p=0.29). Among fully vaccinated participants, overall duration of culture positivity was shorter among Moderna vaccine recipients versus Pfizer (p=0.048) or Janssen (p=0.003) vaccine recipients.*
Conclusions As this field continues to develop, clinicians and public health practitioners should consider vaccinated persons who become infected with SARS-CoV-2 to be no less infectious than unvaccinated persons. These findings are critically important, especially in congregate settings where viral transmission can lead to large outbreaks.“
- als Anlage B 104 -

Bei derart geringfügigen Unterschieden, betreffend die Viruslast, ist es daher nicht verständlich, dass man erhebliche Bevölkerungsteile zum Impfen zwingt, weil der Nutzen, wenn überhaupt, nur äußerst gering ist.

d) Eine große weltweite Beobachtungsstudie konnte zeigen, dass eine hohe Durchimpfungsrate der Bevölkerung keinen Einfluss auf die Covid-19-Fallzahlen hat.

Beweis und Glaubhaftmachung:

“Increases in COVID-19 are unrelated to levels of vaccination across 68 countries and 2947 counties in the United States“
https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00808-7 **- als Anlage B 105 -**

Gerade diese Studie ist derart umfangreich und weltweit repräsentativ gewesen, dass sie bislang noch nicht einmal ansatzweise durch andere Studien widerlegt werden konnte. Die deutschen Normgeber stellen sich somit im höchsten Maße gegen eine im hohen Maße für die ganze Welt repräsentative Studie! – Hier ist jeglicher etwaiger Beurteilungsspielraum sehr deutlich überschritten.

e) Ein grundsätzliches Problem bei Impfungen gegen ein rasch mutierendes Virus (wie es das Coronavirus war und ist) sind das Auftreten von neuen Virusvarianten, die die Impfwirksamkeit verringern. Dies ist wie bereits oben beschrieben bei der Delta-Variante der Fall. Aktuell nehmen die Fälle der Omikron-Variante auf der ganzen Welt signifikant zu. Es gibt keine ernstzunehmenden Wissenschaftler, der die weitere Ausbreitung von Omikron auf Kosten von der Delta-Mutante bestreiten würde. Erste Daten weisen darauf hin, dass die aktuell verfügbaren Impfstoffe eine deutlich reduzierte Wirksamkeit gegen diese neue Variante aufweisen und dass auch eine Boosterung (= 3. Impfung) den Schutz nur geringfügig und aller Voraussicht nach auch nur kurzzeitig verbessern kann – andernfalls würde der Bundesgesundheitsminister und die ganz überwiegende Zahl der Vertreter der politisch relevanten Parteien doch auch kaum schon eine 4. Impfung "angekündigt" haben.

Ein auf die neue Omikron-Variante zugeschnittener Impfstoff würde frühestens im späten Frühjahr, spätestens im Herbst 2022 verfügbar sein. Damit sind die für die Grundimmunisierung zur Verfügung stehenden Impfstoffe vor Einführung der Impfpflicht bereits veraltet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.07.21267432v4.full.pdf: "*Reduced Neutralization of SARS-CoV-2 Omikron Variant by Vaccine Sera and Monoclonal Antibodies*"

"*(…) In contrast to the currently circulating Delta variant, neutralization efficacy of vaccine-elicited sera against Omikron was severely reduced highlighting T-cell mediated immunity as essential barrier to prevent severe COVID-19. Since Omikron was resistant to casirivimab and imdevimab SARS-CoV-2 genotyping may be needed before initiating mAb treatment. Booster vaccinations, variant-specific vaccines and mAb agents may be required to treat COVID-19 with emerging variants of conern.*"

2. "Wie lange dauert es, die Impfstoffe an die neue Variante anzupassen?

"In den vergangenen Monaten haben BioNTech, Moderna und AstraZeneca im Labor bereits geübt, wie sie ihre Impfstoffe an Varianten wie Beta und Delta anpassen können. Sahin meint, es dauere circa 100 Tage, bis ein neuer Impfstoff gegen die Variante entwickelt und ausgeliefert werden könne.

Jedoch unterscheidet sich das Tempo der Entwicklung je nach Impfstofftechnologie - es liegt zwischen sechs Wochen und einigen Monaten. Bei mRNA-Impfstoffen sei eine Umstellung kurzfristig möglich, bei Vektorimpfstoffen dauert es länger. Denn bei dieser Technik müssen zunächst neue Viren gezüchtet werden und das verlängert die Entwicklungszeit auf etwa drei bis vier Monate, sagen der Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) Klaus Cichutek und die Hamburger Impfforscherin Marylyn Addo bei einer Pressekonferenz des Science Media Centers. Die eigentliche Produktion bräuchte dann vermutlich auch noch weitere sechs Wochen.

STIKO-Chef Thomas Mertens geht davon aus, dass es aber noch einige Monate dauern wird, bis die Impfstoffe dann tatsächlich zur Verfügung stehen. Insgesamt sollte es bei den

mRNA-Impfstoffen von der Entscheidung zur Anpassung bis zur Bewilligung drei bis vier Monate dauern. Bei den Vektorimpfstoffen vermutlich noch einen Monat länger.
Das bedeutet, die neuen Impfstoffe könnten frühestens im späten Frühjahr 2022 fertig sind, spätestens aber im Herbst.“
https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/omikron-faq-101.html **- als Anlage B 106 -**
3.
https://www.zdf.de/nachrichten/heute-journal/lauterbach-werden-vierte-impfung-brauchen-100.html: “*Es sei schon jetzt absehbar, wir werden eine vierte Impfung brauchen*“.
- als Anlage B 107 -

Man zwingt die Grundrechtsträger mithin zum Impfen eines Impfstoffes, der gegen die derzeit grassierende und in Deutschland bereits dominierende Omikron-Variante wenig bis gar nicht hilft und wenige Wochen und Monate später muss der dann an die Omikron-Variante angepasste Impfstoff erneut verimpft werden. Es ist aber absurd anzunehmen, dass der an die Omikron-Variante angepasste Impfstoff bereits am 15.03.2022 für die Millionen betroffenen Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, deren Mitarbeiter etc. zur Verfügung stehen wird (s.o.). Zusammengefasst: Man zwingt zum Impfen eines weitgehend nicht gegen die aktuelle Mutante wirksamen Impfstoffs, und der ggf. wirksame, an die Omikron-Mutante angepasste Impfstoff ist bis zum 15.03.2022 noch gar nicht erhältlich sowie vermutlich bis zum 15.03.2020 noch gar nicht förmlich zugelassen.

In Schweden konnte gezeigt werden, dass die Impfstoffwirksamkeit im zeitlichen Verlauf stark abnimmt und damit Booster-Impfungen notwendig würden. Im Zuge einer Impf-pflicht müsste daher konsequenterweise eine Booster-Pflicht verankert werden, da auf-grund der vorliegenden Daten davon auszugehen ist, dass die im Frühjahr 2021 ge-impften Personen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Impfpflicht am 15.03.2022 nicht mehr geschützt sein werden. Auch Daten aus Israel bestätigen dies. Dies deckt sich auch mit Daten aus den USA, die bestätigen, dass mit nachlassender Impfstoffwirk-samkeit auch wieder Infektionen beim Gesundheitspersonal auftreten.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3949410 **- als Anlage B 108 -**

2. https://www.bmj.com/content/375/bmj-2021-067873
- bereits vorgelegt als Anlage B 93.1. -

3. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2112981 **- als Anlage B 109 -**

f) Impfpflicht als “Motor“ für die Herstellung Bremer Verhältnisse bundesweit – die objektive Wirkung des Gesetzes ist grob unlogisch und schädlich für die Menschen und das Gesundheitssystem

Die Freie und Hansestadt Bremen hat bundesweit mindestens zwei Rekorde zu verzeichnen:

1. Bremen hat seit Langem die höchste Impfquote bundesweit.

2. Bremen hat die – mit sehr großem Abstand – höchste Hospitalisierungsquote.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home **- als Anlage B 110 -**

2. https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-bremen-impfungen-inzidenz-100.html (Hinweis: Dreifach ausgedruckt, da sonst die Hospitalisierungsinzidenz aller 16 Bundesländer nicht erkennbar ist) **- als Anlage B 111 -**

Derzeit (Stand: 06./07.01.2022) liegt die Hospitalisierungsinzidenz in Bremen bundesweit einmalig bei 14,56! Kein Bundesland hat auch nur annähernd diesen Wert "zu bieten". Thüringen als insoweit bundesweit zweitschlechtestes kommt derzeit nur auf einen Wert von 9,06! Die große Mehrzahl der Bundesländer liegt bei einem Wert um 3, seltener deutlich höher.

Gleichzeitig hat Bremen seit Langem, ebenfalls bundesweit einmalig, eine Impfquote von mehr als 82%. Seit gut 3 Wochen werden auch dort die Schüler geimpft, sodass auch dort mit einem weiteren Anstieg zu rechnen ist.

Was auf den ersten Blick widersprüchlich erscheinen mag, ist ohne Weiteres zu erklären. Das Dauerimpfen schwächt das Immunsystem. Auch der beste Impfstoff greift in das natürliche Immunsystem des Menschen ein. Gemäß der offiziellen Regierungslinie und gemäß der Logik des hiesigen Impfpflichtgesetzes, dessen Inhalt durch den Bundestag und die Bundesregierung als Verordnungsgeber festgelegt wird, müsste es eindeutig anders sein: Wenn das (Dauer-)Impfen tatsächlich der mit Abstand einzige Weg aus der Pandemie wäre und wenn das (Dauer-)Impfen tatsächlich der "Game-changer" wäre, wie es die Bundestagsmehrheit, der Bundesrat und die alte wie die neue Bundesregierung tagtäglich postulier(t)en, dann müsste Bremen die mit großem Abstand geringste Hospitalisierungsquote bundesweit haben! – Das eindeutige, krasse Gegenteil ist jedoch der Fall! Selbst wenn man die hiesige Erklärung, wonach das Dauerimpfen das Immunsystem schwäche, nicht akzeptieren wollte, würde dies nichts daran ändern, dass die Fakten so sind wie sie nun einmal sind!

Soweit teilweise versucht wird, diesen klaren und eindeutigen Befund zu relativieren und schönzureden, so ist festzuhalten, dass keiner der insoweit angegebenen Gründe auch nur ansatzweise plausibel ist!

Vgl.
"***Hohe Inzidenz trotz hoher Impfquote? Kein Widerspruch***

Professor Hajo Zeeb vom Leibniz-Institut für Epidemiologie BIPS sieht in der hohen Impfquote und der steigenden Inzidenz keinen Widerspruch. "Durch die früh an-gelaufene Impfkampagne in Bremen lässt der Impfschutz inzwischen nach", sagt er. Gegen Omikron helfe nur eine dritte Impfung.

Deshalb müsse Bremen, wie auch der Rest von Deutschland, schnell boostern und die Impfkampagne voranbringen. Gründe für die steigenden Zahlen seien außerdem die Nähe zu den Hochinfektionsgebieten in Skandinavien und den Niederlanden.

Außerdem gab es in Bremen über die Feiertage kaum Ausfälle bei Corona-Tests. Deshalb seien die Zahlen in Bremen aussagekräftiger und bildeten ein exakteres Bild der Lage ab."

- bereits vorgelegt als Anlage B 111 -

Diese "Erklärung" bezieht sich zunächst nur auf die Inzidenz – und nicht auf die viel relevantere und für das Gesundheitssystem und den Gesundheitsschutz der Menschen viel aussagekräftigere Kriterium der Hospitalisierungsquote. Aber unabhängig hiervon verkennt diese "Erklärung", dass Bremen doch nicht nur bundesweiter "Impfmeister" im Hinblick auf die 1. und 2. Impfung gewesen ist und noch immer ist, sondern auch in Sachen "Boostern" weit vorne lag und vorne liegt! Am 03.01.2022 waren 40,3% der Bremer Bevölkerung geboostert, was auch deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt lag! Bereits Anfang November gab es eine deutliche Nachfrage nach Booster-impfungen in Bremen. Bereits am 10.11.2021 wurde berichtet, dass in Bremen die "Nachfrage" nach Boosterimpfungen einen Großteil der Impfungen ausmachen würde. Daher ist die obige Aussage von Prof. Zeeb im ZDF-Artikel vom 06.01.2022, bei allem Respekt vor der Person von Herrn Prof. Zeeb, komplett falsch und abwegig!

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.vdek.com/LVen/BRE/fokus/corona/corona-impfungen.html: "*Bei der Auf-frischungsimpfung erreicht Bremen eine Quote von 40,3 Prozent. Damit liegt Bremen über dem Bundesdurchschnitt von 74,2 Prozent bei Erstimpfungen, 71,2 Prozent bei Zweitimpfungen sowie 38,9 Prozent bei den Auffrischungsimpfungen.*"

2. "*Großteil der Impfungen sind aktuell Auffrischungen*

Der Fokus liegt jetzt auf den Boostern, die nach Angaben der Senatorin derzeit einen Großteil der Impfungen ausmachen. "In den vergangenen Tagen konnten wir eine gestiegene Nachfrage nach Auffrischungsimpfungen wahrnehmen", so Bernhard.

https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/impfquote-erreichbar-grenze-100.html (Stand bereits 10.11.2021 (!)) **- als Anlage B 113 -**

Nach der o.g. "Logik" von Herrn Professor Zeeb müsste in den Bundesländern, in denen viel weniger "geboostert" wird, schon lange eine nicht nur viel höhere Inzidenz, sondern auch eine höhere Hospitalisierungsquote als in Bremen vorherrschen! Nichts dergleichen lässt sich aber feststellen. Insbesondere lässt sich nicht feststellen, dass die "Boosterimpfkampagne" in Bremen später initiiert worden wäre als in den anderen 15 Bundesländern.

Am Vorgenannten ändern auch die weiteren "Erklärungsversuche" von Minister Lauterbach nichts.

Vgl.
“***Bremen und Hamburg: Geografische Lage ein möglicher Grund für Omikron-Ausbreitung***

Experten zufolge ist die geografische Lage der Städte ein mutmaßlicher Faktor, der die Infektionsfälle in die Höhe treibt. Gesundheitsminister Karl Lauterbach nannte als einen Grund für die Omikron-Ausbreitung im Norden die Nähe zu Dänemark und den Niederlanden. Beide Nachbarstaaten seien aktuell besonders von Omikron betroffen, so Lauterbach.

Das Gesundheitsressort in Bremen wollte Lauterbachs Äußerungen zum rasanten Anstieg der Zahl der Corona-Neuinfektionen laut Webseite der Bremer Nachrichtensendung "buten un binnen" zwar weder bestätigen noch ausschließen. Dennoch nannte es auch die Bevölkerungsdichte in den Stadtstaaten als Grund für die schnellere Omikron-Verbreitung.”

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.t-online.de/region/hamburg/news/id_91421516/omikron-im-norden-es-braut-sich-ein-sturm-zusammen-.html **- als Anlage B 114 -**

Nach dieser “Logik“ müsste Berlin eine genauso oder doch hohe Hospitaliserungsquote haben, weil dort die Bevölkerungsdichte 4112 Menschen pro qm² beträgt, in Bremen hingegen nur 1624 und in Hamburg nur rund 2452 Einwohner pro qm²! Wenn die Nähe zu den Niederlanden ein entscheidender Faktor wäre, dann müsste wohl Niedersachsen eine deutlich höhere Hospitalisierungsrate haben als Hamburg oder Bremen. Das glatte und deutliche Gegenteil ist hier aber der Fall, weil die derzeitige Hospitalisierungsquote in Niedersachsen laut **Anlage B 110** und **B 111** bei gerade einmal einem Wert von 1,75 pro 100.000 Einwohner liegt, mithin nur bei rund einem Achtel (!) des “Impfmeiters“ Bremen!

Auch Bundesländer wie Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern mit einer deutlich engeren geographischen Nähe zu Dänemark, aber einer deutlich geringeren Impfquote als Bremen, schneiden hier immer noch viel, viel besser ab als das “meilenweit“ “führende“ Bremen: Die Hospitalisierungsrate liegt in Mecklenburg bei nur 6,46, in Hamburg bei 3,08 und in Schleswig-Holstein bei nur 3,3! Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern als zudem deutlich bevölkerungsreichere Bundesländer als Bremen haben durch den Schiffsverkehr und durch die teilweise direkt bestehende Landesgrenze Schleswig-Holsteins doch deutlich zahlreichere Kontakte nach Dänemark als Bremen! Es handelt sich hier offensichtlich um sehr leicht widerlegbare politische “Ausflüchte“, die die immer offensichtlichere Tatsache, dass das Impfen eben nicht so funktioniert wie es sich die Parlamentsmehrheit wünscht, kaschieren soll.

Allein dieser letzte Grund – Bremen als “Impfmeister“ ist nicht nur Inzidenz-, sondern auch Hospitalisierungs“meister“ – spricht klar dafür, dass man die Menschen keinesfalls auch noch als Staat zwingen darf, eine Impfquote wie in Bremen zu erreichen! Das Risiko, dass sich, wenn sich die Impfquoten in den anderen Ländern derjenigen Bremens annähern, auch

in den 15 anderen Ländern eine Hospitalisierungsquote nach Bremer “Vorbild“ auftreten würde, ist enorm und kann auch nicht durch allerlei “Ausflüchte“ (s.o.) kleingeredet werden! Auch das Bundesverfassungsgericht kann dieses Risiko nicht ernsthaft eingehen wollen. Letzteres wäre ein geradezu historischer Fehler des Bundesverfassungsgerichts, wenn es den Eilantrag ablehnen würde. Dieses dargelegte, hohe Risiko kann nur dadurch reduziert werden, indem die sofortige und vollständige Freiwilligkeit der Impfungen für alle Berufsgruppen in Deutschland umgehend wiederhergestellt wird! – Das Impfen, es mag vielleicht gut gemeint sein, aber es hält nicht nur nicht das, was versprochen worden ist, sondern es schadet offensichtlich allein schon dadurch, dass es, aus welchen medizinischen Gründen auch immer, zu einer höheren Hospitalisierungsrate führt! Selbst wenn das Gericht hiervon nicht zu 100% überzeugt sein sollte, so spricht hierfür zumindest der deutliche Beweis des ersten Anscheins und somit eine deutliche Wahrscheinlichkeit. Es wäre dann an der Bundesregierung und an der Parlamentsmehrheit, diesen klaren Beweis des ersten Anscheins, der seit Wochen und Monaten statistisch klar belegt ist, zu widerlegen oder deutlich zu erschüttern. Letzteres wird und kann nicht gelingen.

Der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache ist somit offensichtlich stattzugeben und ebenso dem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung.

Weiterer Vortrag wird in separaten Schriftsätzen folgen.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 77 – B 114

7. Januar 2022 II

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird zum ersten heutigen Schriftsatz, dort S. 49f. (zu VI. 5.) f)) noch ergänzend vorgetragen:

1. Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern als – verglichen mit Bremen – zudem deutlich bevölkerungsreichere Bundesländer haben durch den Schiffsverkehr und durch die teilweise direkt bestehende Landesgrenze Schleswig-Holsteins doch deutlich zahlreichere und häufigere persönliche wie geschäftliche Kontakte nach Dänemark als Bremen! Bei den dargelegten Erklärungsversuchen handelt es sich offensichtlich um sehr leicht widerlegbare politische “Ausflüchte“, die die immer offensichtlichere Tatsache, dass das Impfen eben nicht so funktioniert wie es sich die Parlamentsmehrheit wünscht, kaschieren soll.

2. Da die Hospitalisierungsinzidenz durch das RKI mitunter stündlich aktualisiert wird, muss auch noch der aktuelle heutige Stand (07.01.2022, ca. 13.00 Uhr) mitgeteilt werden. Die Hospitalisierungsinzidenz im Impfmeister-Bundesland Bremen ist erneut angestiegen. Sie liegt jetzt bei 18,23 (!!!) pro 100.000 Einwohner. Das zweitschlechteste Bundesland Thüringen liegt unverändert bei um 9 von 100.000 Einwohner (9.01). Wer hier ernsthaft einen Zusammenhang mit dem Impfrekord Bremens leugnen und / oder sicher meint ausschließen zu können, muss hierfür stichhaltige Belege vorlegen. Absurde Verweise auf eine angebliche Nähe Bremens zu Dänemark oder gar zu den Niederlanden sind grob unlogisch und schlechterdings unhaltbar (vgl. die aktuellen Hospitalisierungsinzidenzen von Niedersachsen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern, der teils direkten Nachbarländer zu den Niederlanden und Dänemark, i. H. v. lediglich 1,66 (Niedersachsen), 3,4 (Hamburg) und 6,64 (Mecklenburg-Vorpommern).

Beweis und Glaubhaftmachung:
RKI-Screenshot vom 07.01.2022, ca. 12.36 Uhr **- als Anlage B 115 -**

Andere Faktoren – wenn es sie im Sinne der Parlamentsmehrheit und der Bundesregierung denn gäbe – können niemals seriöserweise ein derart katastrophales wie krasses Abschneiden ausgerechnet des “Impfmeisters“ erklären. Insbesondere kann kaum plausibel dahingehend argumentiert werden, dass ausgerechnet die Bevölkerung des Impfmeisters Bremen viel schlechter als die Menschen in Thüringen oder Sachsen die sog. AHA-Regeln einhalten. Denn wer sich impfen lässt, noch dazu mehrfach, wird die Corona-Politik doch im Zweifel generell unterstützen.

3. **Als Anlage B 116** fügen wir ein Lehrbuch zum Thema der Impfungen auszugsweise anbei. Dies betrifft das Impfen bei Tieren; die dort dargelegten Grundsätze können problemlos auf die derzeitige Corona-Impfungssituation übertragen werden.

<u>Beweis und Glaubhaftmachung (im unwahrscheinlichen Falle des Bestreitens durch den Bundestag und / oder die Bundesregierung):</u>

1. Sachverständigengutachten

Das Lehrbuch von Rolle/Mayr, 6. Auflage 1993 führt hierzu auf S. 112 (*“Die prohylaktische Methode setzt voraus …. bis zu “(…) nicht so gefährlich.*“).

des Menschen, die beim Tier verboten ist. Neben infizierten können bei der postexpositionellen Impftherapie auch bereits kranke Tiere geimpft werden. Ziel dieser postexpositionellen Antigen-Applikation ist es, entweder die Folgen einer Infektion zu verhüten oder dem Krankheitsverlauf eine für den Organismus günstige Wendung zu geben.

Die prophylaktische Methode setzt voraus, daß die gesunden und zu impfenden Tiere Zeit haben, eine belastbare Immunität zu entwickeln, ohne bereits vorher durch den virulenten Erreger gefährdet zu sein.

Bei der epidemiologischen Notimpfung ist nicht mit der gleichen Wirksamkeit zu rechnen, da sich möglicherweise zahlreiche Tiere bereits in oder gegen Ende der Inkubationszeit befinden, wenn die Impfung einsetzt. Nicht bei allen Impfstoffen ist die Inkubationsimpfung frei von Begleiterscheinungen: Da die Inkubationszeit durch pathogenetische und immunologische Vorgänge während der Auseinandersetzung zwischen eingedrungenem Erreger und dem darauf reagierenden Organismus kein Ruhestadium, sondern ein schicksalhaftes, pathogenetisches Geschehen ist, stellt eine Impfung in dieser Zeitspanne einen drastischen Eingriff in diese Auseinandersetzung dar. Es kann hierbei zu hyperergischen Erscheinungen, aber auch zu homologen und heterologen Provokationen latenter Infektionen, zu Reizerscheinungen auf das lymphoretikuläre Gewebe sowie zur Liberation von vasoaktiven Mediatorsubstanzen kommen. Inkubationsimpfungen können zudem, wenn sie spät in der Inkubationszeit erfolgen, die zur Krankheit führende pathogenetische Krankheitskette nicht mehr unterbrechen, sie können sogar durch die zusätzliche Zufuhr von Antigenen die der Infektion ohnehin innewohnenden pathogenetischen Effekte verstärken, zu einer Abkürzung der Inkubationszeit führen und möglicherweise auch heftigere Krankheitserscheinungen induzieren, als sie normalerweise zu erwarten gewesen sind. Von den verschiedenen Impfstoffarten sind bei Inkubationsimpfungen (epidemiologische Notimpfung) besonders gefährlich Impfstoffe aus inaktivierten Erregern. Sie enthalten neben dem Impfantigen das Inaktivierungsmittel, Adjuvantien, Adsorbentien und dazu noch eine Reihe von Zusatz- und Hilfsstoffen. Diese „Begleitstoffe" können das Abwehrsystem des Impflings kurzfristig so belasten, daß es nach der Impfung zu einer „negativen Phase" kommt, in der latente Infektionen aktiviert (heterologe Provokation) und sich in der Inkubationszeit oder gerade im Prodromalstadium befindende Krankheiten verstärkt werden (homologe Provokation). Lebendimpfstoffe sind diesbezüglich durch ihre in der Regel sehr rasch einsetzende, paraspezifische Wirkung, ihre bessere Verträglichkeit (Fehlen von Lokalreaktionen usw.) und das weitgehende Freisein von Begleit- und Hilfestoffen nicht so gefährlich.

6.8.2 Passive Schutzimpfung

Unter passiver Schutzimpfung (Immunsubstitution, Serumprophylaxe, Serumtherapie) versteht man die medikamentelle Übertragung von immunkompetenten Aktivitäten von einem immunen Spender auf einen nicht immunen Empfänger. Von praktischer Bedeutung ist bis jetzt fast ausschließlich die Übertragung von homologen oder heterologen Antikörpern. Die Antikörper stammen entweder von einem speziesgleichen (homolog) oder speziesverschiedenen (heterolog) Spender. Daneben können sie auch in entsprechenden Zellkulturen produziert werden (monoklonale Antikörper). Die bei der passiven Schutzimpfung wirksam werdenden Antikörper bezeichnet man heute international als „Immunglobuline". Die frühere Bezeichnung „Gammaglobulin" beruht auf der Wanderungsgeschwindigkeit der Globulinfraktion bei der elektrophoretischen Trennung.

Nach einer passiven Schutzimpfung wird der Impfling selbst bezüglich Immunitätsbildung nicht tätig, der Schutz tritt aber mit Verabreichung der Antikörper sofort ein. Die passiv zugeführten Antikörper baut der Organismus relativ schnell wieder ab, so daß der Schutzeffekt nicht lange anhält.

In der Regel wird die passive Schutzimpfung parenteral durchgeführt. Hierbei blockieren die injizierten Antikörper hauptsächlich eine Ausbreitung über den Blut-, Lymph- und Nervenweg, indem sie Erreger oder Toxine in den Körperflüssigkeiten neutralisieren und ihren Weitertransport unterbinden. Daneben können sie auch Gewebe infiltrieren und dort die Ansiedlung und Weitervermehrung verhindern. In diesem Sinne ist eine passive Immunisierung hauptsächlich wirksam bei zyklisch verlaufenden Allgemeininfektionskrankheiten und bei mit Toxinbildung etablierten Lokalinfektionen, z. B. Tetanus oder Diphtherie. Die wirksamen Antikörperklassen sind dabei vor allem die IgG-, daneben auch die IgM- und IgA-Serumantikörper.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Lehrbuch Rolle/Mayr, 6. Auflage 2015 mit Titelseite (2 Seiten) **- als Anlage B 116 -**

Diesem Lehrbuch aus dem Jahr 1993 kann auch nicht ernsthaft der Vorwurf gemacht werden, dass es sog. “Verschwörungstheorien“ Vorschub leisten würde. Die dort fundiert dargelegten Gründe belegen, dass es medizinisch höchst unklug gewesen ist, bei schon längst begonnener Pandemie “draufloszuimpfen“. Gründe anzunehmen, dass diese medizinischen Grundsätze “veraltet“ oder widerlegt wären, sind nicht ersichtlich. Genau die dort dargelegten Folgen sind seit Beginn der Impfkampagne zu beobachten. Dann aber ist es schlechterdings unangemessen, mündige Bürger gegen deren Willen zur Impfung zu verpflichten und diese zu zwingen, an einer nicht hinreichend wirksamen und im Zweifel sogar schädlichen Impfkampagne mitzuwirken. Dies gilt umso mehr gegenüber medizinischem Personal und Ärzten, denen auch eine parlamentarische Mehrheit keinesfalls eine “unmündige“ oder “unverantwortliche“ Beurteilung der Impfstoffe unterstellen darf.

4. Soweit im heutigen ersten Schriftsatz auf S. 12, ausgeführt worden ist.

“*Die herkömmlichen Impfstoffe, die allesamt nur gegen das Ursprungsvirus und / oder gegen die Delta-Variante entwickelt worden sind, helfen wenn überhaupt, dann nur sehr wenig gegen die Omikron-Variante. Biontech-Chef Sahin hat eingeräumt, dass ein auf Omikron angepasster Impfstoff erst ab März und auch nur – maximal – mit 75 Millionen Dosen zur Verfügung stehen würde.*“

muss diese nicht ganz richtige Formulierung richtiggestellt werden: Die Impfstoffe wurden gerade nicht gegen die Delta-Variante entwickelt, sondern ausschließlich in Bezug auf das ursprüngliche Wuhan-Virus! Das ist einer der zentralen Gründe, warum die Impfstoffe nicht ansatzweise das halten, was “normale“ Impfstoffe, deren Entwicklung um die 10 Jahre dauert, ganz selbstverständlich halten!

Soweit es auf S. 14 im heutigen ersten Schriftsatz hieß:

“Hieraus ergibt sich ein Anteil der Ungeimpften an den 6788 Fällen i. H. v. nur 16,1%! – Und dies, obwohl der Anteil der Ungeimpften an der Gesamtbevölkerung Ende des Jahres unverändert bei rund 30% lag! Die Ungeimpften sind somit im weit unterdurchschnittlichen Maße Treiber der Omikron-Pandemie! …“

ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass das RKI in seinem aktuellen Wochenbericht vom 06.01.2022, dort S. 3 gleichwohl ausführt:

“*Die Infektionsgefährdung wird für die Gruppe der Ungeimpften als **sehr hoch**, für die Gruppen der Genesenen und Geimpften mit Grundimmunisierung (zweimalige Impfung) als **hoch** und für die Gruppe der Geimpften mit Auffrischimpfung (dreimalige Impfung) als **moderat** eingeschätzt.*“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-01-06.pdf?__blob=publicationFile **- als Anlage B 117 -**

Die Aussage des RKI in Sachen angebliche Omikron-Gefährdung für Ungeimpfte ist mit den eigenen Zahlen des RKI nicht ansatzweise vereinbar und damit greifbar falsch. Man kann nicht ernsthaft diejenige Bevölkerungsgruppe, die gemessen an ihrem Gesamtbevölkerungsanteil nur für sehr wenige Omikron-Positivtestungen verantwortlich ist, mit der Risikostufe “sehr hoch“ versehen und diejenige Gruppe, nämlich die Gesamtgruppe der Geimpften, die insoweit schlechter abschneiden, mit deutlich geringeren Risikobewertungen versehen! – Dies ist erneut ein Beleg dafür, dass das RKI nicht frei von deutlichen Fehlbewertungen ist, weshalb weder das Bundesverfassungsgericht noch die Parlamentsmehrheit dessen Einschätzungen – auf Kosten der ranghöchsten Grundrechte der Verfassung – als quasi “unwiderlegbar wahr“ zu Grunde legen dürfen. Derart deutliche Widersprüche in der Argumentation des RKI mindern den ohnehin nur engen Beurteilungsspielraum des Gesetzgebers nur noch mehr.

5. Wir bitten sehr höflich darum, die bislang eingegangenen Schriftsätze der Bundesregierung und dem Bundestag zur Stellungnahme vorzulegen bzw. anhand der derzeit bereits vorliegenden, umfangreichen Argumente und Schriftsätze über eine solche Weiterleitung zeitnah zu entscheiden. Es ist diesseits geplant noch einen weiteren Schriftsatz zu den medizinischen Aspekten bis spätestens Ende nächster Woche einzureichen. Bis dahin wird vermutlich auch die Eilantragsbegründung vorgelegt werden können.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 115 – B 117

14. Januar 2022

In Sachen
XXXXXXXu.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird als **Anlage B 118** zur weiteren Glaubhaftmachung der Praktikumsvertrag der Beschwerdeführerin Nr. 33 übersandt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Praktikumsvertrag Beschwerdeführerin Nr. 33 **- als Anlage B 118 -**

VII. Weitere medizinische Gründe für die Annahme der Unverhältnismäßigkeit des Gesetzes und Unzumutbarkeit der neuen Impfpflicht als Grund für deren juristi-sche Unverhältnismäßigkeit

1. Die ausnahmslose Einbeziehung von Minderjährigen durch das neue Gesetz

Sowohl die minderjährige Beschwerdeführerin als auch deren Eltern werden durch die § 20a I, III, IV, V BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 73 BIfSG n.F. in ihren Grundrechten aus Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I GG, aus Art. 103 II GG, aus Art. 12 I GG und aus Art. 6 II GG verletzt. Insoweit kann – zumindest im Ergebnis – auf die Ausarbeitung der wissenschaftlichen Dienste vom 15.06.2021 verwiesen werden. Dort heißt es u.a.:

“(…) Erforderlich ist außerdem, das aktuelle Infektionsgeschehen in die Regelung miteinzubeziehen. So muss eine gewisse Gefahr bestehen, gemessen anhand von Inzidenz- und anderer wissenschaftlicher Werte, um die Erforderlichkeit einer Impfpflicht zu rechtfertigen. Da vorliegend keine bestimmte Regelung sondern eine Impfpflicht für Kinder ohne konkrete Ausgestaltung untersucht wird, kann deren verfassungsrechtliche Zulässigkeit nicht abschließend beurteilt werden.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bundestag.de/resource/blob/854090/d3e9e990e9f54c1d01aed1880a35d0f8/WD-3-113-21-pdf-data.pdf **- als Anlage B 119 -**

Es dürfte offensichtlich sein, dass die neuen §§ 20a, 73I a BIfSG n.F. diesen Erfordernissen nicht genügen. Die Geltung der Impfpflicht wird nur und ausschließlich vom Zeitpunkt des Datums des 15.03.2022 abhängig gemacht. Welche Inzidenzwerte, welche (ggf. auch fehlende bzw. geringe) Intensivbettenbelastung, welche Positiv-Testquote etc. am 15.03.2022, am 15.05.2022, am 15.07.2022 etc. vorherrschen wird, spielt nach dem Gesetz

per se gar keine Rolle! Es gibt, völlig unverständlicherweise, in dem Ge-setz überhaupt keine Prüfvorkehrungen und keinen Prüfmechanismus, ab dem die Impfpflicht – weil sich die Umstände zum Positiven gewendet haben – wieder außer Kraft tritt. Auch gibt es keinerlei Ausnahmen für Personen, die selber (wie die Beschwerdeführerin Nr. 33 als gesunde, derzeit 13 Jahre alte Schülerin, als Paradebeispiel) keinerlei messbares Risiko für eine schwere Covid-Erkrankung haben und die auch keinerlei Kontakt zu typischen Covid-19-gefährdeten, vulnerablen Gruppen ha-ben. Die Darlegung des Gesetzgebers in der Gesetzesbegründung, wonach in Alten- und Pflegeheimen regelmäßig ein mehr oder weniger enger Kontakt zu vulnerablen Personengruppen besteht,

vgl. BT-Drs. 20/188, S. 1

mag noch ansatzweise im Grundsatz plausibel sein. Dass der Gesetzgeber aber offen-bar davon ausgeht, dass jeder durchschnittliche Besucher einer Physiotherapie- oder Zahnarztpraxis, jeder durchschnittliche Besucher einer Arztpraxis oder jeder Patient einer Behinderteneinrichtung, jeder Besucher einer psychotherapeutischen Praxis per se ein Covid-19-vulnerabler Besucher bzw. Patient ist, ist eine abwegige, lebensfremde Annahme. Genauso ist es eine abwegige, lebensfremde Annahme, dass Anzahl und Nähe zu etwaigen covid-19-vulnerablen Personen in allen Einrichtungen, die § 20a I BIfSG n.F. aufführt, im wesentlichen gleich sind. Wenn, dann hätte der Gesetzgeber die Impfpflicht nur auf diejenigen Einrichtungen und Unternehmen beschränken müssen, die typischerweise in erheblicher Zahl Covid-19-vulnerable Besucher bzw. Patienten haben. Die Zahnarztpraxis der Beschwerdeführer Nr. 45 und Nr. 46 z.B. hat nur im äußerst geringen Maße sog. covid-19-vulnerablen Patienten. Der Praxisinhaber hat vor Erstellung dieses Schriftsatzes eigens in dessen Statistik nachgesehen. Derzeit hat er 2169 laufende Patientenbehandlungen bzw. regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Nur 52 Patienten hiervon sind 65 Jahre oder älter (=2,4%). Diese kommen im Schnitt 1-2 x pro Jahr zur zahnärztlichen Kontrolle. In laufender kieferorthopädische Behandlung befinden sich nur 3 Patienten (6 - 8 Termine im Jahr). Rein rechnerisch ergibt sich daher ein durchschnittlicher Praxisbesuch von 1,9 Besuchen pro Jahr für jeden Patienten aus der vulnerablen Gruppe. Dies bedeutet auf die Woche heruntergebrochen 2,5 Patienten/Woche bei 40 Arbeitswochen und insgesamt 200 bis 250 Patientenbesuchen je Woche. Daher kann man zumindest im hiesigen Fall durchaus von nur wenigen covid-19-vulnerablen Patienten gesprochen werden.

Es kann dahinstehen, ob dies ein Ausnahmefall ist. Denn selbst wenn dem so wäre, hätte der Gesetzgeber für diese zahlenmäßig jedenfalls nicht gänzlich unerheblichen Fälle eine Ausnahmeregelung schaffen müssen, was dieser nicht getan hat. Es gibt zweifelsohne Hausarzt- und Zahnarzt- oder Physiotherapiepraxen, da mag der Anteil der covid-19-vulnerablen Gruppen viel höher sein. Es wäre aber dann Aufgabe des Gesetzgebers gewesen, eine differenziertere Regelung zu treffen.

Dennoch wird der minderjährigen Beschwerdeführerin Nr. 33 es verboten, ein für ihre schulische Bildung sehr wichtiges Praktikum zu absolvieren. Die vom Gesetz gewollte Geltung der Impfpflicht auch auf Einrichtungen und Unternehmen, in denen Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Praktikanten gar keinen oder nur sehr geringen Kontakt zu Covid-19-vulnerablen Personengruppen haben, wirkt sich bei schutzwürdigen Minderjährigen im ganz besonderen Maße negativ und unverhältnismäßig aus. Ein milderes Mittel – nicht nur, aber besonders auch für Minderjährige – wäre es, wenn man die

Zulässigkeit der weiteren Ausübung der beruflichen und der Praktikumstätigkeit von der Auflage abhängig macht, dass Patienten und Besucher nicht unter die Covid-19-vulnerablen Personengruppen fallen. Auf diese Weise könnte nicht nur die hiesige minderjährige Beschwerdeführerin Nr. 33 selbst dann ihr Praktikum absolvieren, wenn (wie nicht) in der Zahnarztpraxis auch covid-19-vulnerable Personengruppen als Patienten behandelt würden, sondern jeder Zahnarzt, Arzt, Physiotherapeut, Psychiater etc. könnte auf diese Weise zumindest die große Mehrzahl seiner Patienten normal weiter behandeln, ggf. unter Einhaltung von Schutzvorschriften (Maskenpflicht u.Ä.). Es ist auch nicht ersichtlich, dass es den Covid-19-vulnerablen Personengruppen nicht zu-mutbar wäre, sich ggf. einen geimpften Zahnarzt, Arzt, Physiotherapateuten etc. zu suchen. Ein milderes Mittel wäre es, dass man allen, hilfsweise zumindest einem Teil der in § 20a I 1 Nr. 1 BIfSG n.F. aufgeführten Personen bzw. deren Arbeitgebern und Lei-tungen, aufgibt, die Patienten darüber in Kenntnis zu setzen, dass in der jeweiligen Einrichtung auch ungeimpfte Personen Kontakt zu Patienten und Besuchern haben und dass die vulnerablen Personengruppen entweder leider nicht mehr kommen dürfen oder aber künftig auf eigenes Risiko kommen. Auf diese Weise könnten die allermeisten der in der in § 20a I 1 Nr. 1 BIfSG n.F. aufgeführten Personen bzw. deren Arbeitgeber und Leitungen ihren normalen Betrieb aufrechterhalten und die vulnerablen Personengruppen wären gleichwohl geschützt und könnten sich ggf. aus der großen Mehrheit der ohnehin “durchgeimpften“ Arzt- und Zahnarztpraxen, Physiotherapiepraxen etc. einen neuen Behandler aussuchen. Dieser Eingriff in die Rechte der vulnerablen Gruppen – wenn es denn juristisch überhaupt einer wäre – wäre von minimalstem Gewicht.

Jedenfalls aus den vorgenannten Gründen ist das Gesetz, erst recht für Minderjährige, völlig unverhältnismäßig. Minderjährige sind im besonderen Maße verfassungsrechtlich schützenswert. Sie sind im besonderen Maße auf die Gewinnung erster beruflicher oder berufsähnlicher Erfahrungen für ihre Entwicklung angewiesen. Ferner können sie die Sicherheit der Impfstoffe, welche innerhalb kürzester Zeit wieder “aufgefrischt“ werden müssen, noch weniger gut beurteilen als Erwachsene, weil es ihnen nicht nur an Lebenserfahrung, sondern auch an medizinischem Grundwissen im Durchschnitt noch mehr fehlt als dem durchschnittlichen Erwachsenen. Ob z.B. die Beteuerungen des PEI und der meisten Politiker, dass die Impfungen allesamt sicher seien und dass mittel- und langfristige Schäden ausgeschlossen seien, realistisch sind, wird ein Minderjähriger voraussichtlich noch weniger sachgerecht beurteilen können als der durchschnittliche Erwachsene. Denn um diese Aussagen ansatzweise sachgerecht beurteilen zu können, muss man das Vorliegen struktureller Mängel im Bereich der Impfschadensmeldungen bewerten können (dazu nachfolgend), man muss in der Lage sein, medizinische Studi-en, die oft nur in englischer Sprache vorliegen, zumindest nachvollziehen zu können und man muss sein eigenes individuelles Infektionsrisiko bestimmen können. All dies auch noch von 13 oder 14 Jahre alten Praktikanten, Minijobbern u.Ä. zu erwarten, ist an Lebensfremdheit des Gesetzgebers kaum zu überbieten.

Die minderjährige Beschwerdeführerin Nr. 33 will noch weitere Praktika in diesem Bereich absolvieren. Die Eltern der Beschwerdeführerin Nr 33, die Beschwerdeführer Nr. 34 und Nr. 35, unterstützen diese Praktika ausdrücklich und halten diese im Rahmen ihres Erziehungsrechts aus Art. 6 II GG für notwendig und sinnvoll. Irgendein messbares Infektionsrisiko oder gar ein messbares Risiko für einen schweren Corona-Verlauf sehen sie - nach Abwägung aller Umstände, nach Lektüre unzähliger RKI-Statistiken und Berichten zu

Todesfällen und schweren Verläufen, zu symptomatischen und asymptomatischen Verläufen u.v.a.m. – überhaupt nicht. Sie sehen hingegen sehr wohl erhebliche Risiken im Falle einer Impfung und bejahen das Vorliegen struktureller Mängel bei der Meldung von Impfschäden.

Juristisch ist noch anzumerken, dass das als Anlage B 119 beigefügte Rechtsgutachten der Wissenschaftlichen Dienste insbesondere im Hinblick auf die Prüfung des Art. 6 II GG an einem entscheidenden Mangel leidet. Auf S. 12ff. wird dort im Grundsatz zutreffend darauf hingewiesen, dass das staatliche Wächteramt nur zu Empfehlungen berechtigt und keine Befugnis des Staates beinhaltet, einen (vorliegend ohnehin nur schein-)optimalen Gesundheitsschutz für Kinder durchzusetzen. Dies ist korrekt. Nicht korrekt ist es jedoch, dass die Wissenschaftlichen Dienste diese klare Wertung zu Gunsten von Minderjährigen wie Eltern, die Art. 6 II GG als lex specialis vorsieht, dadurch umgehen, indem dieser (vorliegend ohnehin nur schein-)optimale Gesundheitsschutz mittels (Dauer-)Impfens für Kinder dann über den “Umweg“ des Art. 2 II 1 GG (Schutz-pflicht des Staates) unter dem Deckmantel des kollidierenden Verfassungsrechts “durch die Hintertür“ hergeleitet wird. Wäre dies ernsthaft Absicht der Verfassung(sväter) gewesen, wäre dieser Inhalt des Art. 6 II GG schlicht überflüssig – eine verfassungsrechtlich nicht vertretbare Annahme.

Die Eltern der minderjährigen Beschwerdeführerin sind, weil sie das Praktikum ausdrücklich unterstützen und ihre Tochter ausdrücklich dazu ermutigen, zumindest dem Vorwurf der Beihilfe zu der - nach Maßgabe des einfachen Rechts gegebenen – bußgeldbewehrten Handlung der Tochter ausgesetzt. Somit liegt hier nicht nur ein Eingriff in Art. 6 II GG vor, sondern auch insoweit ein Eingriff in Art. 103 II GG. Rechtsschutzmöglichkeiten der minderjährigen Tochter und von deren Eltern bestehen nicht, weil § 20a III BIfSG i. V. m. § 73a I BIfSG n.F. keinerlei Ermessen oder Ausnahmemöglichkeiten einer Behörde vorsieht, das Verbot kraft Gesetzes eintritt und die Bußgeldbewehrung kraft Gesetzes eintritt. Ab 08.05.2022 droht der minderjährigen Praktikantin selbst die Verfolgung als Täterin eines Bußgelddeliktes, wenn sie das Praktikum fortführt. Bereits vor dem 08.05.2022 droht ihr der Erlass eines behördlichen Tätigkeitsverbots und deren Eltern droht ein Bußgeldbescheid wegen Behilfe oder Mittäterschaft zur tatbestandlichen und auf Basis des einfachen Rechts rechtswidrigen “Praktikumshandlung“ der Tochter.

2. Weitere zumindest Indizien, dass die neuen Impfstoffe das Immunsystem nicht unerheblich beeinträchtigen

a) N-Antikörperthematik

Im Folgenden werden zwei Artikel zitiert, die diese Annahme auf Grundlage der Daten der britischen Behörde, nahelegen (a). Danach wird ein aktueller ZDF-Bericht zitiert, der eine deutlich gegenteilige Position einnimmt (b). Im Anschluss wird eine eigene Stellungnahme abgegeben, die es zumindest als medizinisch gut vertretbar erscheinen lässt, dass an der neu aufgekommenen Kritik eben doch einiges “dran sein“ könnte (c).

Im Anschluss werden hieraus verfassungsrechtliche Schlussfolgerungen gezogen.

aa) “***Nie wieder voller Immunschutz für Geimpfte? Daten aus England demontieren Impfpflicht***

Von Mario Martin

Die Impfung schützt nicht vor Ansteckung und Weitergabe des Virus. Sie schützt eine zeitlang vor schweren Verläufen. Der Schutz fällt aber nach wenigen Monaten schon merklich ab.

Dies ist der aktuelle Sachstand zur Frage der Impf-Wirksamkeit. Die Frage ist jedoch, ob der kurzfristige Schutz nicht mit einem langfristigen erhöhten Ansteckungsrisiko erkauft wird.

Die Meldung ist schon etwas älter, aber trotzdem so brisant, dass es lohnt, sie nachzureichen. Im Vaccine Surveillance Report des UK Health – dem Pendant zum RKI-Report – taucht in Woche 42 auf Seite 23ff. eine Kuriosität auf.

Auf den Fall aufmerksam machte der britische Kommentator und ehemalige Kolumnist der New York Times, Alex Berenson, der inzwischen auch auf Twitter gelöscht wurde.

Zwei verschiedene Antikörpertypen gegen COVID-19

Im Report heißt es, “N-Antikörperspiegel scheinen bei Personen niedriger zu sein, die sich nach der zweiten Impfdosis infizieren.” “N” steht für das Nukleokapsidprotein (die Hülle des Virus), welches eine von zwei Antikörperarten hervorruft, die vom Körper gegen das Virus produziert werden. S-Antikörper bezeichnen hingegen die Antikörper gegen das Spike-Protein.

Serologische Antikörpertests sollen die Konzentration von Antikörpern messen, die vom Immunsystem gegen Viren im Körper produziert werden. Die Konzentration der Antikörper wird als Seroprävalenz bezeichnet. Liegen bei einer Person überhaupt Antikörper vor, unabhängig von der Konzentration, spricht man von Seropositivität.

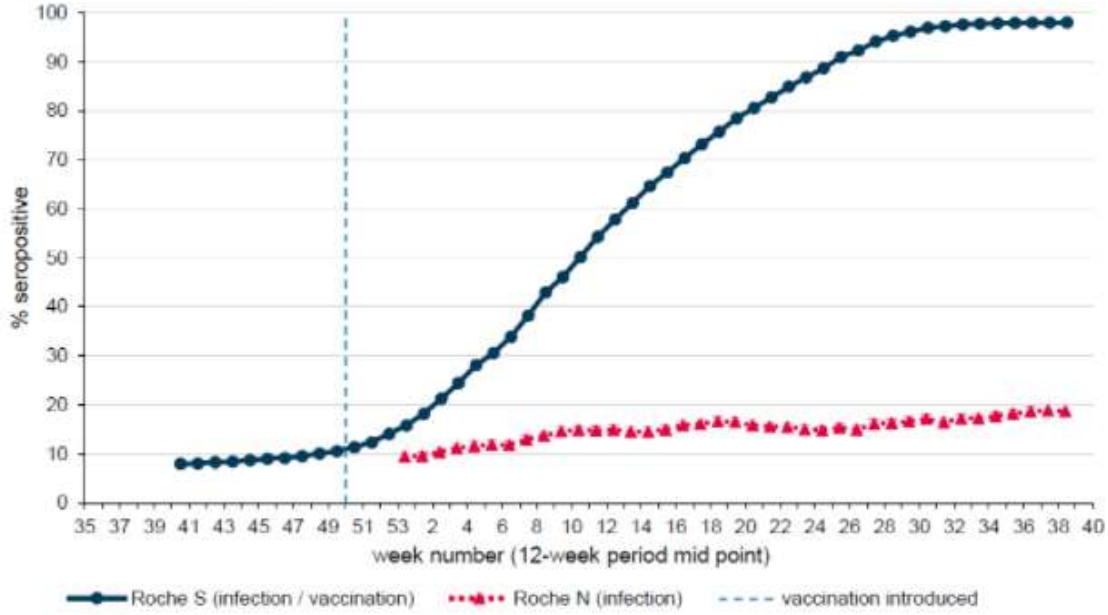
Nukleoprotein-Tests (Roche N) weisen nur Antikörper nach der Infektion nach, während Spike-Tests (Roche S) sowohl Antikörper nach der Infektion als auch durch den Impfstoff induziert nachweisen. Eine Unterscheidung, welcher Teil der S-Antikörper natürlich ist und welcher vom Impfstoff herrührt, ist nicht möglich.

Somit sind N-Antikörpertests die einzig aussagekräftigen Messungen, ob jemand mit dem Wildvirus infiziert war.

Und daher spiegeln Veränderungen der Seropositivität beim Roche N-Antikörpertest die

Auswirkungen einer natürlichen Infektion wider. Der Anstieg der Seropositivität, gemes-sen an S-Antikörpern, lässt sich sowohl auf die Infektion als auch auf die Impfung zurückführen.

Figure 3: Overall 12-weekly rolling SARS-CoV-2 antibody seroprevalence (% seropositive) in blood donors.



Entwicklung der Antikörper im Blut britischer Spender
(Quelle: UK Health)

Die Grafik zeigt den Verlauf der Seroprävalenz für die beiden Antikörpertypen. Während die Spike-Antikörper mit der Impfung zunehmen, steigen die N-Antikörper nur gering an und werden von den Impfungen nicht beeinflusst.

Dieser geringe Anstieg spiegelt wahrscheinlich die allmählich zunehmende Prävalenz wider, insbesondere in den jüngeren Altersgruppen, die weitaus seltener an spürbaren symptomatischen Infektionen leiden, sich aber dennoch mit einer sehr milden Form des Virus anstecken können, so dass ihr Immunsystem Antikörper gegen die Virushülle bildet.

Antikörperlevel nach zweifacher Impfung niedriger

Die Briten stellten nun bei Auswertung von Spenderblut fest, dass der Impfstoff die körpereigene Fähigkeit beeinträchtigt, nach der Infektion Antikörper nicht nur gegen das Spike-Protein, sondern auch gegen andere Teile des Virus zu bilden. Insbesondere scheinen geimpfte Menschen keine N-Antikörper gegen das Virus zu produzieren, die bei ungeimpften Menschen ein entscheidender Teil der Reaktion sind.

Allerdings ist die konkrete Stelle im Bericht nur schwer verständlich. Hier die sprachliche Monstrosität, die den wichtigen Inhalt transportiert:

“Die geschätzte Seropositivität für S-Antikörper bei Blutspendern ist wahrscheinlich höher, als in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten wäre, was wahrscheinlich die Tatsache widerspiegelt, dass die Spender eher geimpft sind.

Die Schätzungen der Seropositivität für N-Antikörper werden den Anteil der zuvor infizierten Bevölkerung unterschätzen, da Blutspender möglicherweise weniger wahr-scheinlich einer natürlichen Infektion ausgesetzt sind als altersgleiche Personen in der Allgemeinbevölkerung, die N-Antikörperreaktion im Laufe der Zeit nachlässt und jüngste Beobachtungen aus Überwachungsdaten der UK Health Security Agency (UKHSA) zeigen, dass die N-Antikörperspiegel bei Personen, die sich nach zwei Impfdosen infizieren, offenbar niedriger sind."

Im Report wird auf diesen Tatbestand nicht näher eingegangen. Allerdings handelt es sich hier um ein verblüffendes Eingeständnis.

Volle Immunität nicht mehr erreichbar?

Die Impfung erhöht also die Antikörper gegen das Spike-Protein, aber sie leistet keine Bildung von N-Antikörpern. Die Seroprävalenz der N-Antikörper ist bei Personen, die nach doppelter Impfung infiziert waren im Vergleich niedriger.

Sofern das zutrifft, bedeutet das, dass die Impfstoffe das Immunsystem daran hindern können, die stärkste Form des Schutzes gegen eine erneute Infektion zu entwickeln. Das Phänomen, wonach das Immunsystem durch die Art und Weise, wie es zum ersten Mal mit einem Erreger in Berührung kommt, in gewisser Weise behindert wird, ist bekannt und wird als Antigenerbsünde bezeichnet.

Künstliche S-Antikörper nur für den Wildvirus gemacht?

Wir wissen, dass die Impfung mit fortschreitenden Mutationen immer schlechter vor neuen Stämmen des Virus schützt. Die These von Prof. Geert Vanden Bossche scheint sich zu bestätigen, wonach das Virus – durch den Mechanismus der Immunflucht (immune escape) – gerade wegen der Unterdrückung der Infektion dazu getrieben wird, zu mutieren.

Allerdings wird das Virus eher milder und nicht stärker, wie von Vanden Bossche zuerst vermutete.

Diesen Effekt bestätigte auch der mRNA-Erfinder Dr. Robert Malone in einem aktuellen Podcast (Zeitmarke 2:04:35) mit Joe Rogan. Er sagt, wir treiben die Immunantwort durch die Impfung dazu, dass die Rezeptor- und Gedächtniszellen alleinig auf den Wildvirus reagieren, während sie unwirksamer gegen andere Mutationen des Virus werden.

Dies sei bei Menschen mit natürlicher Immunität anders. Dort ist die Immunantwort flexibel und kann besser mit neuen Virusvarianten umgehen.

Oben haben wir erwähnt, dass sich bei den im Körper vorhandenen S-Antikörpern nicht zwischen den natürlichen und den durch die Impfung induzierten differenzieren lässt. Nicht nur liegen im Falle der natürlichen Immunität zusätzlich N-Antikörper vor, auch scheinen die künstlich induzierten S-Antikörper einen negativen Effekt zu besitzen. (Zeitmarke 2:10:40 im Podcast)

Darauf lassen selbst die Daten des RKI hinsichtlich der Verbreitung der Omikron-Variante bei Geimpften und Daten einer Kohortenstudie aus Dänemark (prePrint) schließen, die auf einen negativen Effekt durch die Impfungen hindeuten.

Die Daten zeigen zudem die Delta-Variante als derzeit noch immer dominierend an.

Impfpflicht hat keine Grundlage

Karl Lauterbach sagte am heutigen Mittwoch: "Die Impfpflicht muss schnell kommen. Wir können nicht darauf warten, dass eine Impfpflicht überflüssig wird, weil wir eine sehr hohe Durchseuchung der Bevölkerung haben. Omikron als schmutzige Impfung ist keine Alternative zur Impfpflicht. Das wäre sehr gefährlich."

Angesichts der oben dargelegten Probleme mit der Impfung eine absurde Aussage, die dreifach falsch ist: Eine Infektion mit Omikron erzeugt bei bisher nicht geimpften Personen gerade die N-Antikörper, die fehlen, wenn die "Immunisierung" durch die Impfung stattfindet, die aber später für die Immunantwort bedeutend werden. Außerdem verschärft eine hohe Impfrate den Mutationsdruck auf das Virus. Und: Im Vergleich zu nicht geimpften sind doppelt geimpfte Menschen anfälliger für eine Infektion mit der Omikron-Variante.

Diese unlösbaren Widersprüche scheinen auch in Österreich aufzufallen. Dort fragt der Standard: "Wackelt wegen Omikron die Impfpflicht?"

Wer an dieser Stelle noch eine Impfpflicht fordert, der handelt eindeutig aus politischen Motiven und nicht im Sinne der Gesundheit der Menschen.

Transparenzhinweis: Zurecht bemerkten Leser, dass die Impfung die Bildung der N-Antikörper nicht "schwächt", wie es in der ersten Version des Artikels hieß, sondern dass eine N-Antikörperbildung durch die Impfung nicht geleistet werden kann. Wir danken für den Hinweis!"

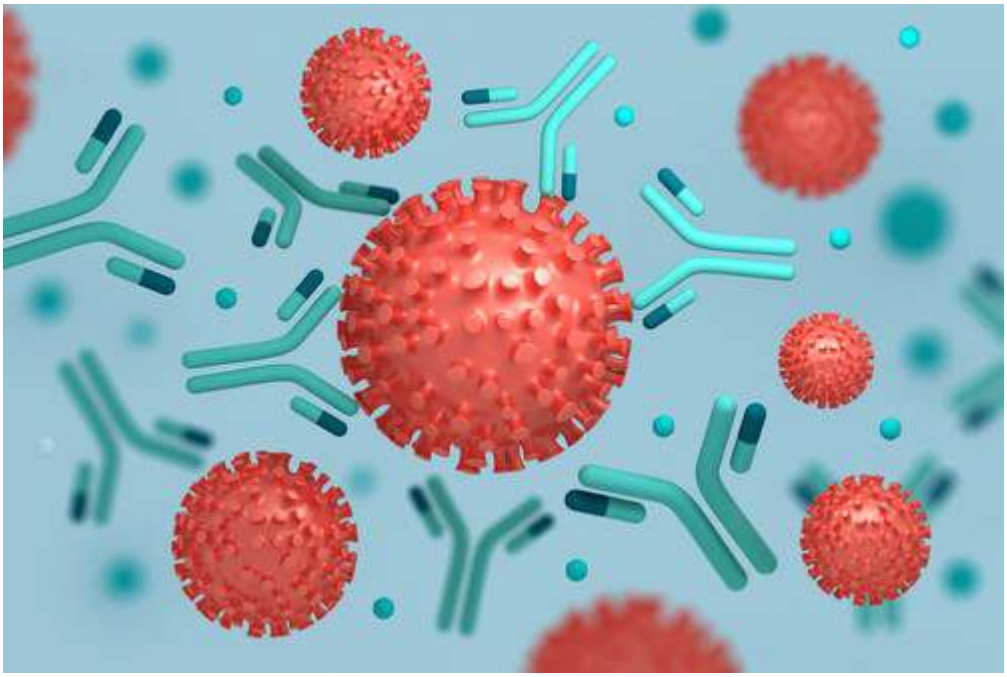
Beweis und Glaubhaftmachung:
https://reitschuster.de/post/nie-wieder-voller-immunschutz-fuer-geimpfte/

- als Anlage B 120 -

Ferner:
"***Geimpfte können wahrscheinlich nie wieder volle Immunität erreichen***

Egidius Schwarz
28.12.2021
Medien, Politik

Eine Studie der britischen Gesundheitsbehörde hat nun eingeräumt ein, dass Geimpfte dauerhaft weniger Antikörper haben.



Medizinisches Konzept zeigt Coronavirus-Partikel, die mit Epitopen von Antikörpern interagieren, die durch das Immunsystem gebildet werden, Quelle: Shutterstock

In ihrem Bericht "COVID-19 vaccine surveillance report" der Woche 42 räumt die britische "UK Health Security Agency" auf Seite 23ff. ein, dass "die N-Antikörperspiegel bei Personen, die sich nach zwei Impfdosen infizieren, niedriger zu sein scheinen". Des Weiteren heißt es in der Studie, dass dieser Antikörperabfall im Grunde dauerhaft ist.

Was haben diese Ergebnisse für eine Bedeutung? Wie Alex Berenson betont: "Wir wissen, dass die Impfstoffe die Infektion oder die Übertragung des Virus nicht verhindern (tatsächlich zeigt der Bericht an anderer Stelle, dass geimpfte Erwachsene jetzt mit viel höheren Raten infiziert werden als nicht geimpfte Personen rechnen müssen."

Wie aus der Studie aus Großbritannien hervorhebt, bedeutet dies, dass der Impfstoff die körpereigene Fähigkeit beeinträchtigt, nach der Infektion Antikörper nicht nur gegen das Spike-Protein, sondern auch gegen andere Teile des Virus zu produzieren. Das Schlimme an dem Bericht ist: Insbesondere geimpfte Menschen scheinen keine Antikörper gegen das Nukleokapsidprotein, die Hülle des Virus, zu produzieren zu können, die bei nicht geimpften Menschen ein entscheidender Teil der Reaktion sind."

Im Bericht heißt es: "Die geschätzte Seropositivität für S-Antikörper bei Blutspendern ist wahrscheinlich höher als in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten wäre, was wahr-scheinlich die Tatsache widerspiegelt, dass die Spender eher geimpft sind. Die Schätzungen der Seropositivität für N-Antikörper werden den Anteil der zuvor infizierten Bevölkerung unterschätzen, da Blutspender möglicherweise weniger wahrscheinlich einer natürlichen Infektion ausgesetzt sind als altersgleiche Personen in der Allgemeinbevölkerung, die N-Antikörperreaktion im Laufe der Zeit nachlässt und jüngste Beobachtungen aus Überwachungsdaten der UK Health Security Agency (UKHSA) zeigen, dass die N-Antikörperspiegel bei Personen, die sich nach zwei Impfdosen infizieren, offenbar niedriger sind."

Die Conclusio ist: Menschen, die sich jetzt impfen lassen, sind daher weitaus anfälliger für etwaige Mutationen des Spike-Proteins, selbst wenn sie sich bereits infiziert haben und wieder gesund geworden sind.

Dagegen werden nicht geimpfte Menschen eine dauerhafte, ja sogar permanente Immunität gegen alle Stämme des angeblichen Virus erlangen, nachdem sie sich auf natürliche Weise auch nur einmal mit ihm infiziert haben.

"Das bedeutet auch, dass das Virus wahrscheinlich Mutationen auswählt, die genau in diese Richtung gehen, weil sie ihm im Grunde eine riesige anfällige Population zum Infizieren anbieten", so Berenson. "Und es ist wahrscheinlich ein weiterer Beweis dafür, dass die Impfstoffe die Entwicklung einer robusten Langzeitimmunität nach der Infektion beeinträchtigen können."

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.theeuropean.de/egidius-schwarz/neue-studie-britische-gesundheitsbehoerde-warnt-geimpfte-koennten-dauerhaft-weniger-antikoerper-haben/ **- als Anlage B 121 -**

bb) Der ZDF-Faktencheck nimmt hierzu wie folgt Stellung:

"*Faktencheck*

Desinformation von Impfgegnern - Nein, Impfen schadet nicht dem Immunsystem

von Oliver Klein und Nils Metzger
Datum: 23.12.2021 17:12 Uhr

Ein von Impfgegnern im Internet massenhaft geteilter Artikel behauptet, Geimpfte könnten dauerhaft weniger Antikörper produzieren. Experten entlarven das als blanken Unsinn.

Corona-Schutzimpfungen beeinträchtigen oder zerstören nicht das Immunsystem - die von Impfgegnern verbreitete Nachricht entbehrt jeder Grundlage.

Die Überschrift klingt alarmistisch: "Geimpfte können wahrscheinlich nie wieder volle Immunität erreichen", heißt es in einem tausendfach bei Facebook und Twitter geteilten Artikel des Magazins "The European" (hier eine archivierte Version des Beitrags). Eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus würde also das Immunsystem dauerhaft beeinträchtigen, so die Behauptung.

Begründet wird das mit einer Antikörper-Studie unter Blutspendern aus Großbritannien. Die Daten wurden im Oktober in einem Bericht der britischen Gesundheitsbehörde veröffentlicht. Darin heißt es, dass bestimmte Antikörper - die sogenannten N-Antikörper - "bei Personen,

die sich nach zwei Impfdosen infizieren, niedriger zu sein scheinen". Damit habe die Behörde "eingeräumt", dass Geimpfte "dauerhaft weniger Antikörper haben".

Dies bedeute, so die Schlussfolgerung des Artikels, dass "der Impfstoff die körpereigene Fähigkeit beeinträchtigt, nach der Infektion Antikörper (...) zu produzieren."

Immunologin widerlegt die Behauptungen

Das Urteil der Immunologin Christine Falk über den Artikel ist eindeutig:

So wie das dort dargestellt wird, ist das immunologisch nicht haltbar.

Prof. Christine Falk, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Immunologie

"Die Werte sind mehr ein Beleg dafür, dass die Impfung wie geplant wirkt", so Falk. Zur Erklärung: Bei Corona-Impfungen wird gegen das Spike-Protein geimpft, also den Virus-Bestandteil, womit es an die Zellen im Körper andockt. Daraufhin produziert das Immunsystem sogenannte S-Antikörper, die dem Virus gezielt die Fähigkeit nehmen, sich an Zellen zu binden.

Kommt es zu einer Infektion mit dem Coronavirus, produziert das Immunsystem außer den S-Antikörpern auch noch sogenannte N-Antikörper. Doch Geimpfte, die bereits mit den S-Antikörpern gegen das Virus ankämpfen benötigen diese N-Antikörper gar nicht mehr im gleichen Umfang: N-Antikörper müssen also nicht so stark ausgeprägt sein, so Falk.

Virologe: Theorie aus dem "Reich der Fabeln"

"Das Immunsystem ist schon trainiert und muss daher weniger Aktivität gegen das Virus entwickeln als bei einem Ungeimpften, dessen Immunsystem das Virus zum ersten Mal 'sieht'", erklärt auch der Virologe Martin Stürmer auf Anfrage von ZDFheute.

Von einer Zerstörung des Immunsystems durch Impfung zu reden, ist also falsch, es zeigt im Gegenteil die Effizienz des Systems.

Martin Stürmer, Virologe an der Universität Frankfurt

Der Artikel in "The European" geht aber noch einen Schritt weiter - und kommt zu einem potenziell gefährlichen Schluss: Nicht-Geimpfte würden nach einer natürlichen Infektion mit dem Coronavirus eine "permanente Immunität gegen alle Stämme des angeblichen Virus erlangen", heißt es. Leser könnten das also nicht nur als Argument verstehen, sich nicht impfen zu lassen, sondern darüber hinaus auch, sich selbst und andere dem Virus bewusst auszusetzen - was in einigen Kommentaren so auch schon zu lesen ist.

Dass eine Infektion dauerhaft gegen alle Varianten immun mache, gehört "ins Reich der Fabeln", wie es Stürmer formuliert: Auch nach einer durchgemachten Corona-Infektion können sich Menschen erneut anstecken, insbesondere mit einer anderen Variante.

Twitter geht gegen Artikel vor

"Gamma in Brasilien hat zum Beispiel sehr deutlich gezeigt, wie effektiv eine Re-Infektion durch eine neue Variante sein kann", so Stürmer. Auch viele der in Südafrika an Omikron erkrankten Menschen hatten zuvor eine Infektion mit einer anderen Variante durchgemacht.

Die Plattform Twitter geht inzwischen aktiv gegen die Verbreitung des Artikels vor. Ein mit Tausenden Likes und Retweets versehener Beitrag eines Influencers wurde mit dem Hinweis "irreführend" versehen. Alle Likes und Retweets wurden vom Unternehmen gelöscht. An anderen Orten im Netz verbreitet sich der Text jedoch munter weiter.“

Beweis und Glaubhaftmachung:
https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-faktencheck-immunitaet-impfung-100.html
- als Anlage B 122 -

cc) Der ZDF-Artikel macht es sich nach hiesiger Auffassung dann doch ein wenig zu leicht. Die Kritik der ersten beiden Artikel, die auf den Daten des britischen Gesundheitsministeriums fußt, kann man keineswegs so einfach und schon gar nicht mit einer solchen Eindeutig als “Theorie aus dem Reich der Fabeln“ abtun. Zunächst einmal ist festzuhalten, dass auch der ZDF-Faktencheck und die dort zitierten Virologen zugeben, dass nach der Impfung weniger N-Antikörper gebildet werden. Das Hauptargument des ZDF-Artikels lautet aber sinngemäß: “Ist richtig, aber doch nicht schlimm, denn der Geimpfte braucht diese N-Antikörper doch gar nicht oder jedenfalls nicht mehr im gleichen Maße wie der Ungeimpfte.“ Dieser Einwand ist aber nur dann plausibel, wenn er voraussichtlich bzw. mit hoher Wahrscheinlichkeit für alle künftigen Varianten gilt. M.a.W., wenn die natürliche Immunität, die auch im erheblichen Maße auf den N-Antikörpern beruht, bei künftigen Mutationen zumindest sinnvoll ist, hätten die Kritiker der Impfungen ersichtlich ein zentrales Argument auf ihrer Seite. Es stellt sich daher letztlich wieder einmal die Frage: Ist die natürliche Immunität gegenüber Mutanten besser geeignet als die durch Impfung erzeugte Immunität? Eine große umfassende Studie legt dies aber sehr deutlich nahe! Die Immunität Genesener umfasst auch die Omikron-Variante ziemlich gut! Dass eine einmal “durchgemachte“ Infektion “gegen alle Varianten immun mache“ (also auch gegen solche, die erst in zwei, fünf oder gar 10 Jahren auf-tauchen) wurde so nicht behauptet. Offenbar aber kommt die natürliche Immunität bes-ser mit der Omikron-Variante zu Recht als die durch – mittlerweile mindestens drei, demnächst wohl sogar durch mindestens vier – Impfungen erzeugte.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.26.21268380v1 **- als Anlage B 123 -**

2. Zum Umstand, dass es auch in Deutschland “zumindest wahrscheinlich“ eine vierte Impfung geben wird, vgl.
https://www.focus.de/gesundheit/news/lauterbach-haelt-sie-fuer-wahrscheinlich-vier-dinge-sollten-sie-zur-vierten-impfung-wissen_id_37348869.html **- als Anlage B 124 -**

Dafür sprechen nicht zuletzt die vielen dargelegten Zahlen, betreffend den deutschen “Impfmeister“ Bremen (höchste Inzidenz, höchste 7-Tageshospitalisierungsinzidenz, höchste ITS Bettenauslastung – trotz bzw. wegen der bundesweit höchsten Impfquote). Und dafür

spricht auch, dass, wie ebenfalls in den letzten Schriftsätzen dargelegt, dass Risiko, omicron-positiv getestet zu werden, für Ungeimpfte gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil offenbar weit unterdurchschnittlich ist, ohne dass insoweit sich eine andere Erklärung eindeutig aufdrängen würde oder gar dass das RKI eine solche Erklärung gegeben hätte.

Dass Geimpfte die N-Antikörper nicht mehr benötigen, trifft zudem erkennbar dann nicht mehr zu, wenn das Spike-Protein des Virus in größerem Maße mutiert. Denn dann hilft der Impfstoff wenig, der nur das Spike-Protein des Virus bekämpft. Es müsste also plausibel gemacht werden, dass Mutationen des Virus eine erhebliche Veränderung des Spike-Proteins nicht zur Folge haben werden. Dergleichen ist aber noch von niemandem bewiesen worden geschweige denn vertreten worden. Vielmehr mutiert auch das Spike-Protein.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.morgenpost.de/vermischtes/article232767399/corona-gamma-variante-merkmal-ueberblick.html **- als Anlage B 125 -**

Die weiteren “Belege“ oder eindeutigen Widerlegungen der im ZDF-Bericht zitierten Virologen werfen auch eher weitere Fragen auf als dass sie als – noch dazu als angeblich klare und eindeutige – Antworten auf die vorgenannten Artikel gewertet werden könnten. So hat Omikron in Südafrika, einem Land mit deutlich geringerer Imfquote als Deutschland, doch nachweislich keinen Anstieg der Krankenhauseinweisungen und Todesfälle zur Folge gehabt, worauf das ZDF selber hinweist:

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-coronavirus-suedafrika-omikron-variante-welle-100.html **- als Anlage B 126 -**

Wenn der besagte ZDF-Bericht den Virologen also wie folgt zitiert:

“*Auch viele der in Südafrika an Omikron erkrankten Menschen hatten zuvor eine Infektion mit einer anderen Variante durchgemacht.*“

so wird nicht hinreichend klar, auf wie viele (genauer, siehe die Anlage B 125, wohl auf wie wenige) Menschen sich dies bezieht.

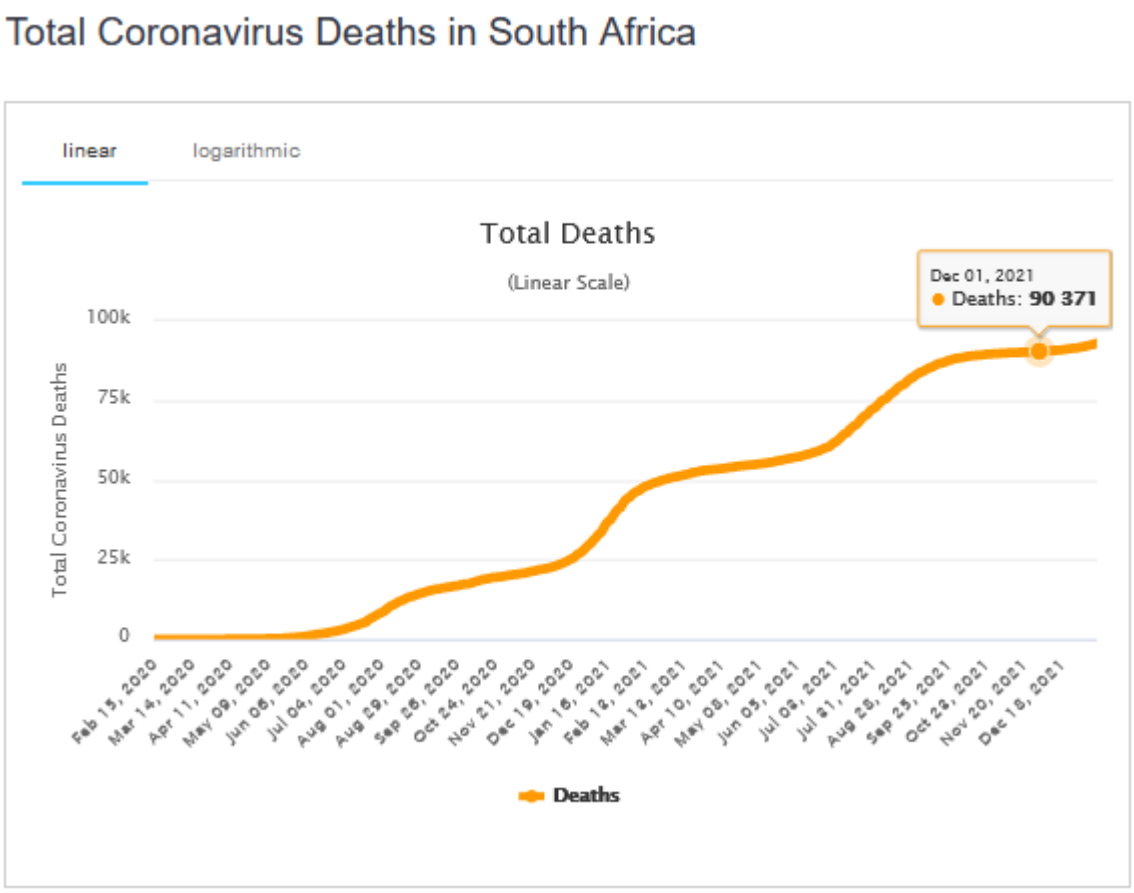
Die sehr schnelle Verbreitung und schon Beendigung der Omikron-“Welle“ in Südafrika sprechen gegen eine Impfpflicht, mit der Begründung der Abwendung einer angeblich riesigen Gefahr durch Omikron, was der im ZDF-Bericht zitierte Virologe grundlegend verkennt. Denn

- Südafrika hat nur 27%-Bevölkerungsanteil mit zweifacher Impfung (also lag die geringe Sterblichkeit erkennbar nicht an der “guten Impfquote”)

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.corona-in-zahlen.de/weltweit/s%C3%BCdafrika/ **- als Anlage B 126.1. -**

und auch die Sterblichkeit ist beeindruckend gering:



<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

https://www.worldometers.info/coronavirus/country/south-africa/ **- als Anlage B 126.2. -**

In der Anlage B 126.2. gibt es lediglich einen kaum sichtbaren Anstieg ab 01.12.2022, d.h. selbst die “schrecklich gefährdeten“ 75% ungeimpfter Bürger haben die Infektion ohne relevante Sterberate überstanden.

Auch der Bericht unter

https://www.timeslive.co.za/news/south-africa/2022-01-06-sa-excess-deaths-peak-at-fraction-of-previous-covid-19-driven-record/ **- als Anlage B 126.3. -**

Excess deaths in SA fell for the first week in three, adding to evidence that the Omicron-driven wave of coronavirus infections has been shorter and less severe than those caused by previous variants.

Excess deaths, a measure of the number of deaths against a historical average, in the week to December 26 fell to 3,016 from 3,087 the week earlier, the SA Medical Research Council said in a report on Wednesday. Official deaths due to Covid-19 declined to 425 from 428. The excess death decline was the first in three weeks.

"The number of estimated excess deaths has begun to decrease, consistent with the trend in the number of confirmed Covid-19 deaths," the council said. "This observation is strongly supportive that a significant proportion of the current excess mortality being observed in SA is likely to be attributable to Covid-19."

Übersetzt:

"*Die Zahl der überzähligen Todesfälle in Südafrika ging in der ersten von drei Wochen zurück, was den Beweis liefert, dass die Omikron-getriebene Welle von Coronavirus-Infektionen kürzer und weniger schwerwiegend war als die durch frühere Varianten verursachten.*

Die Zahl der Todesfälle, ein Maß für die Zahl der Todesfälle im Vergleich zum historischen Durchschnitt, ist in der Woche bis zum 26. Dezember von 3.087 in der Woche zuvor auf 3.016 gesunken, teilte der SA Medical Research Council am Mittwoch in einem Bericht mit. Die offiziellen Todesfälle aufgrund von Covid-19 gingen von 428 auf 425 zurück. Der übermäßige Rückgang der Todesfälle war der erste seit drei Wochen"

belegt, dass die Omikron-Mutante mitnichten eine derart riesige Gefahr darstellt, dass ein derart radikaler (Dauer-)Eingriff in die elementarsten Grundrechte der Bürger (vor allem in die Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG) gerechtfertigt wäre.

Und die Gamma-Variante in Brasilien war und ist doch gerade durch erhebliche Mutationen des Spike-Proteins gekennzeichnet, was die Wirksamkeit der Impfstoffe deutlich hemmt(e), die nur und ausschließlich auf die Bekämpfung des Spike-Proteins setzen. Dass die Geimpften gegen diese Virusmutante, deren Spike-Protein sich erheblich än-derte, keine oder jedenfalls deutlich geringere N-Antikörper – das sind jene Antikörper, die das gesamte Virus bekämpfen und nicht nur dessen Spike-Protein – hatten als die Ungeimpften, stellte daher für die Geimpften einen deutlichen Nachteil dar.

dd) Verfassungsrechtliche Schlussfolgerungen

Es gehört zur Wahrheit dazu, dass keine der oben zitierten Auffassungen, mit Sicherheit als "die richtige" eingestuft werden kann. Dies ist derzeit und vermutlich bis zum 15.03.2022 nicht möglich. Verfassungsrechtlich wirken sich jedoch die Tatsache, dass eine Beeinträchtigung des natürlichen Immunsystems durch die Impfungen im Hinblick auf die

Abwehr künftiger Mutationen mit erheblich geänderten Spike-Protein zumindest möglich erscheint und nicht offensichtlich ausgeschlossen werden kann, zu Lasten des gesetzgeberischen Spielraums aus. Denn man kann die Wahrscheinlichkeit, dass die obige Interpretation der Zahlen und Angaben der britischen Gesundheitsbehörde im Sinne der obigen beiden “anklagenden“ Artikel richtig sein könnte, jedenfalls nicht nur als völlig gering einstufen. Denn für diese Sichtweise sprechen immerhin gleich mehrere, eindeutig belegte Zahlen wie die seit Wochen und Monaten sehr schlechten Daten des deutschen “Impfmeisters“ Bremen und die aktuellen RKI-Zahlungen zum deutlich unterdurchschnittlichen Omikron-Positivtestungsanteil der Ungeimpften. Angesichts der historisch noch nie dagewesenen Intensität der Grundrechtseingriffe müsste die staatliche Seite sehr präzise plausibel machen, dass an den Vorwürfen “rein gar nichts dran“ sein kann, was dieser aber bislang nicht gelungen ist. Die Unverhältnismäßigkeit der Eingriffe in die vielen Grundrechte, allen voran in die beiden besonders hochrangigen Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG, ist somit zu bejahen.

b) Weitere Argumente, insbesondere das Argument der Übersterblichkeit sowie der neurologischen und kardiovaskulären Krankenhausaufnahmen

Die hiesigen Beschwerdeführer haben keine Bedenken, sich auf die nachfolgenden Argumente zu stützen, die von immerhin rund 60 Wissenschaftlern verschiedenster Disziplinen, meistens handelt es sich um Professoren, zusammengestellt worden sind. Die Argumente gelten für die hiesige bereichsspezifische Impfpflicht genauso für die politisch bereits fest angekündigte allgemeine Impfpflicht. Die Argumente lauten:

“*Sehr geehrte Mitglieder des Deutschen Bundestages,*

anlässlich der Debatte um eine mögliche Einführung der allgemeinen Impfpflicht haben wir sieben wissenschaftliche Argumente formuliert, die aus unserer Sicht belegen, dass eine gesicherte wissenschaftliche Grundlage für eine Impfpflicht nicht gegeben ist; dieses spricht aus unserer Sicht deutlich gegen die Einführung einer Impfpflicht.

Wir sehen die mögliche Entscheidung für eine Impfpflicht mit großer Sorge und bitten deshalb freundlich um unabhängige wissenschaftliche Prüfung der im Text ausgeführten komplexen Problemfelder, bevor Sie eine Entscheidung in dieser Angelegenheit treffen.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung (autorengruppe@7argumente.de) oder unter Kontakt.

Mit Hochachtung für Ihre verantwortungsvolle Tätigkeit und freundlichen Grüßen,
die Autorengruppe der 7 Argumente gegen eine Impfpflicht

Die Autorengruppe

Prof. Dr. Jessica Agarwal
Prof. Dr. Dr. h.c. Kai Ambos
Prof. Kerstin Behnke
Prof. Dr. Andreas Brenner (CH)
Prof. Dr. Klaus Buchenau

Dr. phil. Matthias Burchardt
Prof. Dr. med. Paul Cullen
Prof. Dr. Viktoria Däschlein-Gessner
Assoc.-Prof. Dr. theol. Jan Dochhorn
Prof. Dr. Ole Döring
Prof. Dr. Gerald Dyker
Jun.-Prof. Dr. Alexandra Eberhardt
Prof. Dr. Michael Esfeld (CH)
Dr. Matthias Fechner
Prof. Dr. Ursula Frost
Prof. Dr. Katrin Gierhake
Prof. Dr. Ulrike Guérot
Prof. Dr. Lothar Harzheim
Prof. Dr. Saskia Hekker
Prof. Dr. med. Sven Hildebrandt
Prof. Dr. Stefan Homburg
Dr. Agnes Imhof
Dr. René Kegelmann
Prof. Dr. Martin Kirschner
Dr. Sandra Kostner
Prof. Dr. Boris Kotchoubey
Prof. Dr. Christof Kuhbandner
PD Dr. Axel Bernd Kunze
Prof. Dr. Salvatore Lavecchia
Dr. Christian Lehmann
Dr. h. c. theol. Christian Lehnert
PD Dr. phil. Stefan Luft
Prof. Dr. Jörg Matysik
Dr. Christian Mézes
Prof. Dr. Klaus Morawetz
Prof. Dr. Gerd Morgenthaler
Dr. Henning Nörenberg
Prof. Dr. Gabriele Peters
Dr. med. Steffen Rabe
Prof. Dr. Markus Riedenauer
Prof. Dr. Günter Roth
Prof. em. Dr. Stephan Rist (CH)
Prof. Dr. Steffen Roth
Dr. med. Christian Schellenberg
Prof. Dr. Andreas Schnepf
Prof. Dr. Wolfram Schüffel
Prof. Prof. Dr. med. Klaus-Martin Schulte, FRCS, FRACS
Dr. Jens Schwachtje
Prof. Dr. Harald Schwaetzer
Prof. Dr. Henrieke Stahl
Prof. Dr. Anke Steppuhn
Prof. Dr. Wolfgang Stölzle (CH)
Prof. Dr. Tobias Unruh

Prof. Dr. Christin Werner
Prof. Dr. Martin Winkler (CH)
Prof. Dr. Christina Zenk

Die 7 Argumente

Die Spaltung überwinden: Sieben wissenschaftliche Argumente ge-gen eine gesetzliche Impfpflicht und für einen offenen Diskurs

Die Corona-Pandemie forderte während der letzten zwei Jahre einen hohen menschlichen Tribut und große Anstrengungen auf allen Feldern des gesellschaftlichen Lebens. In rascher Folge wurden immer neue Verordnungen und Gesetze erlassen, die von weiten Teilen der Bevölkerung verantwortungsvoll mitgetragen wurden. In den vergangenen Monaten wurde der politische Weg zunehmend auf eine zumeist als alternativlos betrachtete Durchimpfung der gesamten Bevölkerung ausgerichtet. Dieser gipfelt derzeit in der Diskussion, eine gesetzliche Impfpflicht – allgemein wie gruppenspezifisch – einzuführen. Die schon bestehenden Sanktionen gegen "Ungeimpfte" (und also auch solche, deren Impfzertifikat abgelaufen ist) sollen damit noch stärker ausgeweitet werden.

Eine Beschlussfassung über eine gesetzliche Impfpflicht ist verfrüht. Denn grundlegende Fragen zu den neuen Impfstoffen sind nicht hinreichend geklärt und in der Forschung umstritten. Dazu gehören insbesondere Dauer und Stärke des Impfschutzes sowie Art, Häufigkeit und Stärke der Nebenwirkungen. Auf kontroversen Forschungsfragen sollte kein derartiges Gesetz begründet werden.

Die Unterzeichnenden vertreten deswegen die Position, dass eine allgemeine oder gruppenspezifische Impfpflicht gegen SARS-CoV2 in der gegenwärtigen Lage aufgrund von medizinischen, juristischen, philosophischen und dabei auch ethischen und religiösen Argumenten nicht vertretbar ist. Deswegen muss eine Entscheidung für oder gegen die COVID19-Impfung individuell getroffen werden.

Die Begründung unserer Position ist in sieben Argumenten zusammengefasst. Sie stehen im Einklang mit Positionen von Tausenden von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern etwa in Österreich, der Schweiz, Italien, Frankreich, Skandinavien, Großbritannien und den Vereinigten Staaten.

1. Argument: Die Pandemie mit SARS-CoV2 wird durch Impfung nicht beendet

Ein Ziel der allgemeinen Impfpflicht besteht darin, eine gegen SARS-CoV2 immunisierte Bevölkerung zu schaffen. Wir halten es für fragwürdig, dass dieses Ziel tatsächlich mit den verfügbaren, in der EU nach wie vor bedingt zugelassenen Impfstoffen erreicht werden kann.

1.) Die Immunisierung durch die derzeitigen Impfstoffe ist wesentlich schwächer und kürzer anhaltend als erwartet und versprochen. Ein Selbstschutz besteht allenfalls vor schweren Verläufen und das nur für wenige Monate.

2.) Diese Impfstoffe erzeugen keine 'sterile' Immunität. Trotz Impfung sind Infektionen und die Weitergabe von Viren zu jedem Zeitpunkt möglich. Ausmaß und Dauer des Fremdschutzes sind unbekannt.

3.) Neue Virusvarianten umgehen den Impfschutz immer erfolgreicher. Die Entwicklung und Verimpfung eines an neue Virusvarianten angepassten Impfstoffes wird nach gegenwärtigem Stand länger dauern als das durchschnittliche Zeitintervall des Auftretens erfolgreicherer Varianten. Folglich kann durch diese reaktive Impfstoffanpassung keine gleichmäßig immunisierte Bevölkerung erzeugt werden.

4.) Die evolutionäre Logik der Virusmutation besteht darin, dass von den neuen Varianten diejenigen am erfolgreichsten sein werden, die den Schutz der vorhandenen Impfstoffe am besten umgehen. Eine vollständige Durchimpfung der Bevölkerung – mit einer Impfung, die keine sterile Immunität erzeugt – kann den Selektionsdruck auf das Virus erhöhen und daher sogar kontraproduktiv sein.

2. Argument: Das Risikopotential der Impfstoffe ist zu hoch

Seit Beginn der Impfkampagne hat keine systematische Erforschung – auch des langfristigen – Risikopotentials der neuartigen Impfstoffe stattgefunden. Für die genbasierten COVID19-Impfstoffe fällt besonders ins Gewicht, dass die Impfstoffe und ihre Wirkungsweisen grundsätzlich neu und nicht in Langzeitstudien erforscht sind. Impfschäden könnten in anderer Weise auftreten, als die Erfahrung mit den konventionellen Impfstoffen erwarten lässt.

1.) Bereits die vom Paul-Ehrlich-Institut erfassten Verdachtsfälle auf Nebenwirkungen durch COVID19-Impfung sind auch im Verhältnis zu Meldungen zu anderen Impfstoffen besorgniserregend. Eine systematische Erforschung von Nebenwirkungen und Risikofaktoren der Impfungen ist deswegen dringend geboten.

2.) Darüber hinaus zeigt die aktuelle Forschung Warnsignale für ein erhebliches Risikopotential dieser Impfstoffe auf:

a) Im Jahr 2021 und insbesondere in den letzten Monaten entstand eine deutlich zunehmende Übersterblichkeit, die Parallelen zur Verimpfung aufweist: Steigt die Anzahl der Impfungen, steigt auch die Übersterblichkeit, sinkt die Anzahl der Impfungen, sinkt auch die Übersterblichkeit. Dieses Muster findet sich in verschiedenen Ländern und könnte womöglich ein Hinweis auf bisher übersehene dramatische Nebenwirkungen sein (Anlage 1).

b) Die ungewöhnlich starke Zunahme an kardiovaskulären und neurologischen Erkrankungen seit Beginn der Impfkampagne zeigt ebenfalls Parallelen zu den Impfkurven auf (Anlage 2).

c) Es gibt Hinweise darauf, dass die im Blut nachweisbaren Indikatoren für das Infarktrisiko nach der Impfung erheblich ansteigen.

d) Die Wirkung der Spikeproteine auf den menschlichen Zellstoffwechsel ist weitgehend unverstanden. Es gibt ernstzunehmende Hinweise darauf, dass sie Ursache unerwünschter Nebenwirkungen sein können.

e) Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass diese Nebenwirkungen individuell und von den bisher bekannten Mustern abweichend ausfallen können.

f) Aktuelle Erkenntnisse zur Omikron-Variante deuten an, dass gegen eine frühere Variante geimpfte Personen dieser neuen Variante gegenüber anfälliger sind als nicht geimpfte Personen.

3. Argument: Das Risikopotential einer Mehrfachgabe von SARS-CoV-2-Impfungen ist unzureichend erforscht

Die Impfpflicht sieht voraussichtlich fortgesetzte Auffrischungsimpfungen vor, da der Impfschutz rasch abnimmt und neue Virusvarianten entstehen. Die Mehrfachimpfung (mehr als zwei) ist ein laufendes Experiment an der Bevölkerung zu kumulierenden Impfrisiken. Denn:

1.) Bei den Zulassungsstudien der Hersteller wurden dazu bisher keine Daten erhoben.

2.) Auch im Zusammenhang mit den derzeit laufenden Boosterkampagnen wurden noch kaum umfassende Analysen zur Sicherheit des Vorgehens veröffentlicht.

4. Argument: Die allgemeine Impfpflicht mit den derzeit bedingt zugelassenen COVID19-Impfstoffen verstößt gegen das Verfassungsrecht

Die Menschenwürdegarantie des Art. 1 GG ist Basis des Grundgesetzes: Der Mensch ist als selbstzweckhaftes Wesen Grund und Ziel des Rechts. Er darf durch staatliche Maßnahmen niemals nur als bloßes Mittel zu einem (sei es auch gemeinwohlfördernden) Zweck behandelt werden. Die Würde des einzelnen Subjekts ist keiner Abwägung gegen andere Grundrechte zu-gänglich, sie gilt vielmehr absolut. Eine Impfpflicht griffe in den durch die Garantie der Menschenwürde verbürgten Schutz des Selbstbestimmungsrechts im Hinblick auf medizinische Eingriffe in die körperlich-geistige Integrität und in die durch Art. 2 Abs. 2 GG geschützte körperliche Integrität des Betroffenen ein. Möglich ist ferner eine Beeinträchtigung der Glaubens- und Gewissensfreiheit gemäß Art. 4 GG.

1.) In Hinblick auf den Eingriff in Art. 2 Abs. 2 GG ist die Verfassungsmäßigkeit einer Impfpflicht der Fragwürdigkeit des Zwecks wegen und mangels Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit zu bezweifeln.

a) Unklar ist insofern schon die Wahl eines legitimen Zwecks. In Betracht kommen vor allem: Herdenimmunität, Unterbrechung von Infektionsketten, Vermeidung von Todesfällen und schweren Verläufen (und damit verbunden die Entlastung des Gesundheitssystems), Beendigung der Pandemie.

b) Die Geeignetheit einer allgemeinen Impfpflicht ist jedenfalls im Hinblick auf die ersten bei-den unter a) genannten Zwecke klar zu verneinen. Im Hinblick auf die Vermeidung

schwerer Verläufe ist darauf hinzuweisen, dass die bedingt zugelassenen Impfstoffe schon nach sehr kurzer Zeit (3 bis 6 Monate) ihre Wirkung verlieren und insofern jedenfalls keine dauerhafte Eignung besitzen. Ferner kann ihre Wirksamkeit für neue Virusmutationen nicht vorausgesetzt werden (vgl. 1. Argument unter 3.). Ungeeignet ist eine allgemeine Impfpflicht aus denselben Gründen auch für die Beendigung der Pandemie.

c) Die Erforderlichkeit wäre nur zu bejahen, wenn es zur Erreichung der Ziele keine milderen Mittel gäbe, die gleich geeignet wären. Da schon die Geeignetheit fraglich ist, sind Überlegungen dazu allenfalls hypothetisch: Solche Überlegungen beträfen zum Beispiel den Schutz der vulnerablen Gruppen, die Verbesserung des Gesundheitswesens oder die (falls möglich) zeitnahe Anpassung der Impfstoffe. In der Ausgestaltung der allgemeinen Impfpflicht wären zudem weniger einschneidende Varianten zu erwägen: etwa eine weite Ausnahmeregelung für medizinische Indikationen auch bei bestehenden medizinischen Unsicherheiten (Autoimmun-erkrankungen, Dispositionen für Impfschäden – frühere Allergien oder Schädigungen bei Impfungen, bekannte Herzerkrankungen, etc.), die eine individuelle Arzt-Patientenabwägung ermöglichen.

d) Angemessenheit im engeren Sinne setzt voraus, dass bei der Abwägung der beeinträchtigten und der geschützten Interessen ein klares Überwiegen für den durch die Impfpflicht intendierten Schutz der Allgemeinheit vorliegt. Das ist hier nicht der Fall. Denn die Gefährdungsrelation zwischen dem Risiko eines schweren Verlaufs oder Tods durch COVID und dem Risiko schwerer bzw. tödlicher Nebenwirkungen durch die Impfung fällt für große Personengruppen zuungunsten der Impfung aus. Das Risiko von jüngeren Erwachsenen ist nach Aussagen ernstzunehmender Wissenschaftler/innen im Fall der Impfung höher. Dazu kommt ein nachweislich erhebliches und in seinen Ausmaßen noch nicht ausreichend bekanntes Risikopotential der neuartigen und nur bedingt zugelassenen Impfstoffe (vgl. 2. Argument). Das bedeutet, dass ernstzunehmende Risi-ken für die Gesundheit des Einzelnen abgewogen werden müssen mit einem unklaren gesamtgesellschaftlichen Nutzen.

2.) Eine bußgeldbewehrte Impfpflicht kollidiert mit Art. 1 GG. Dieser schützt den Menschen davor, verdinglicht – als bloßes Objekt – behandelt zu werden. Er würde durch die Impfpflicht gezwungen, einen irreversiblen Eingriff in seinen Körper durch eine bisher nur bedingt zugelassene medizinische Behandlung, also einen noch nicht hinreichend erforschten medizini-schen Behandlungskomplex zu dulden. Dies geschähe auch allein um der anderen Gesellschaftsmitglieder willen bzw. zum Zwecke der gesamtgesellschaftlichen Pandemiebekämpfung oder – je nach Zielvorgabe – der Aufrechterhaltung der medizinischen Behandlungsressourcen. Inwiefern diese Zwecke durch eine Impfpflicht tatsächlich erreicht werden können, ist unklar. Verfassungsrechtlich klar ist indes, dass die Verzweckung des Einzelnen selbst dann unzulässig ist, wenn durch sie das Wohl und sogar das Leben vieler anderer mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit geschützt werden kann. Der ungeimpfte Mensch in seiner schieren Existenz würde durch eine allgemeine Impfpflicht illegalisiert und mittels Sanktionsandrohung kriminalisiert.

3.) Im Hinblick auf Art. 4 GG ist zu bedenken, dass es der einzelnen Person im Bereich ihrer Glaubens- und Gewissensfreiheit freisteht, medizinische Eingriffe aus weltanschaulichen oder religiösen Gründen abzulehnen.

***5. Argument:* Die Überlastung der Krankenhäuser durch COVID19-Erkrankte wird durch die statistischen Daten nicht eindeutig belegt**

Die allgemeine Impfpflicht wird unter anderem damit begründet, die Krankenhäuser und insbesondere die Intensivstationen zu entlasten. In diesem Zusammenhang zeigen sich ebenfalls viele offene Fragen.

1.) So liegen selbst nach fast zwei Jahren Pandemie keine gesicherten Erkenntnisse dazu vor, welcher Anteil der gemeldeten COVID19-Patienten in Krankenhäusern wegen einer COVID19-Erkrankung behandelt wird und welcher Anteil aus anderer Ursache im Krankenhaus ist.

2.) Zu Impfstatus, Altersverteilung und Vorhandensein von Vorerkrankungen der tatsächlichen COVID19-Patienten liegen keine ausreichenden statistischen Informationen vor.

3.) Krankenhäuser unterliegen bei der Bereitstellung von Behandlungskapazitäten zu COVID-19 wirtschaftlichen Zwängen und politischen Anreizen. Anhaltende Debatten um die tendenziell sinkende Zahl von als "betreibbar" gemeldeten Betten unter sich verändernden Rahmenbedingungen führen zur Frage: Kann eine Entlastung dieses Systems nicht eher durch eine angemessene und transparente administrative und finanzielle Unterstützung erreicht werden?

***6. Argument:* Andere Maßnahmen als das Impfen sind nicht ausgeschöpft**

Die einseitige Propagierung der Impflicht setzt die bereits in den letzten zwei Jahren geübte Vernachlässigung anderer wirksamer Maßnahmen gegen die Pandemie fort, wie die fehlende Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und Ärzte, den Erhalt bzw. die Wiederaufstockung der Intensivbettenkapazität sowie die Entwicklung und Anwendung von Therapien und Medikamenten.

***7. Argument:* Die COVID19-Impfpflicht forciert gesellschaftliche Konflikte**

Die Impfpflicht beruht auf der Annahme, die Gesellschaft könne damit in die Normalität zurückkehren. Das Gegenteil ist der Fall: Die Gesellschaft wird tiefer gespalten. Bürgerinnen und Bürger, die sich aus medizinischen, weltanschaulichen, religiösen oder anderen Gründen bewusst gegen eine Impfung entscheiden, werden ausgegrenzt, möglicherweise sogar strafrechtlich verfolgt. Der öffentliche Diskurs schafft künstliche Welten, in denen kritische Stimmen kaum zu vernehmen sind. Auch die Sprache selbst wird in die Rolle einer Erfüllungsgehilfin kontroverser politischer Ziele gedrängt. Vereinfachende Definitionen ("Geimpfte" – "Ungeimpfte") befördern die Polarisierung in unserer Gesellschaft; euphemistische Kürzel wie "2-G" verschleiern, dass eine (große) Minderheit systematisch, öffentlich und rigide vom gesellschaftlichen Leben ausgegrenzt wird.

Durch die wachsende Politisierung kommt es auch in der akademischen Forschung fächerübergreifend zu einer ideologisierenden Vereinheitlichung als "die Wissenschaft". Dieses stellt eine Missachtung des pluralen, freien Diskurses zum dringend notwendigen Erkenntnisgewinn zu Nutzen und Risiken der Impfung dar.

Das Vertrauen vieler Bürgerinnen und Bürger in den Staat könnte durch eine Verstärkung dieses Kurses grundlegend erschüttert werden. Die daraus entstehenden Konflikte ziehen Rechtsstaatlichkeit und Demokratie in Mitleidenschaft.

Die vorgebrachten sieben Argumente sollen Fragen aufwerfen, deren Klärung Vorbedingung für eine Entscheidungsfindung bezüglich einer Impfpflicht gegen Covid-19 sein sollte.

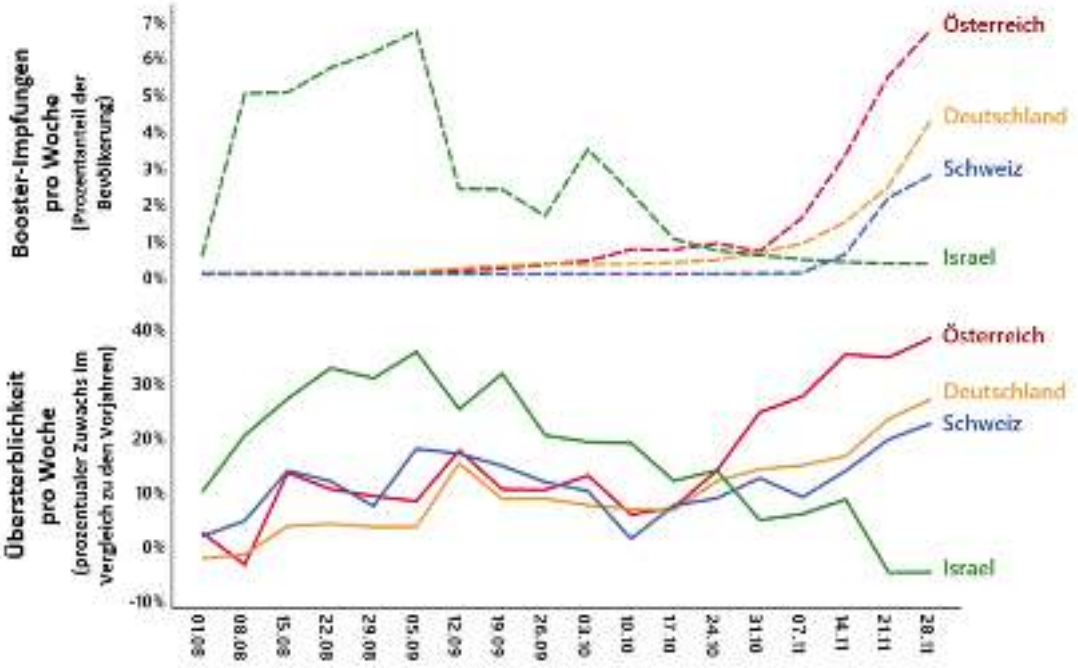
Die Argumente richten sich jeweils nicht gegen eine bestimmte inhaltliche Position. Sie sind vielmehr Argumente dafür, dass es in der gegenwärtigen Situation darauf ankommt, in der Wissenschaft eine gemeinsame Fragehaltung zu entwickeln, die es erlaubt, eine im Moment nicht vorhandene solide Grundlage zu gewinnen, um mit Blick auf alle Dimensionen der Krise gesundheitliche und seelische Not miteinander zu lindern.

Wir bitten darum, aus diesem Geiste der Freiheit der Wissenschaft und der Würde des Menschen heraus gemeinsame Anstrengungen zu unternehmen, die gegenwärtige Lage mit ihrem vielfachen Leid sowie der Spaltung unserer Gesellschaft zu überwinden und ihre Narben dauerhaft zu heilen.

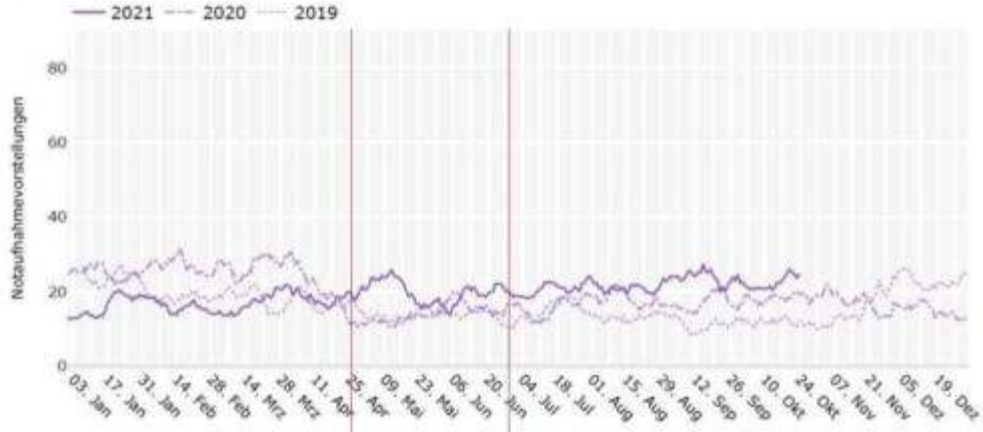
Anlage 1:

a) Deutschland: Verlauf der Übersterblichkeit (Euromomo) und Verlauf der drei Impfungen pro Woche:

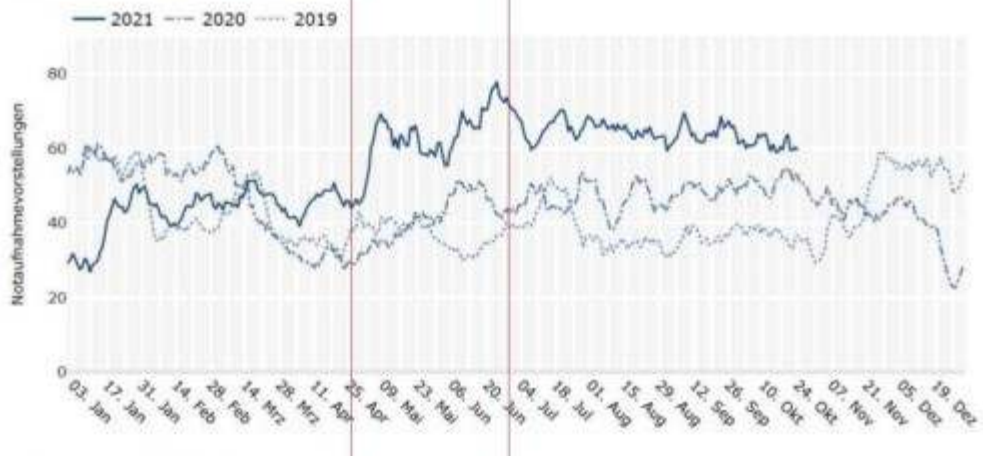
b) Ländervergleich: Verlauf der Übersterblichkeit und Verlauf der Booster-Impfungen pro Woche in Deutschland, Israel, Dänemark und Schweiz

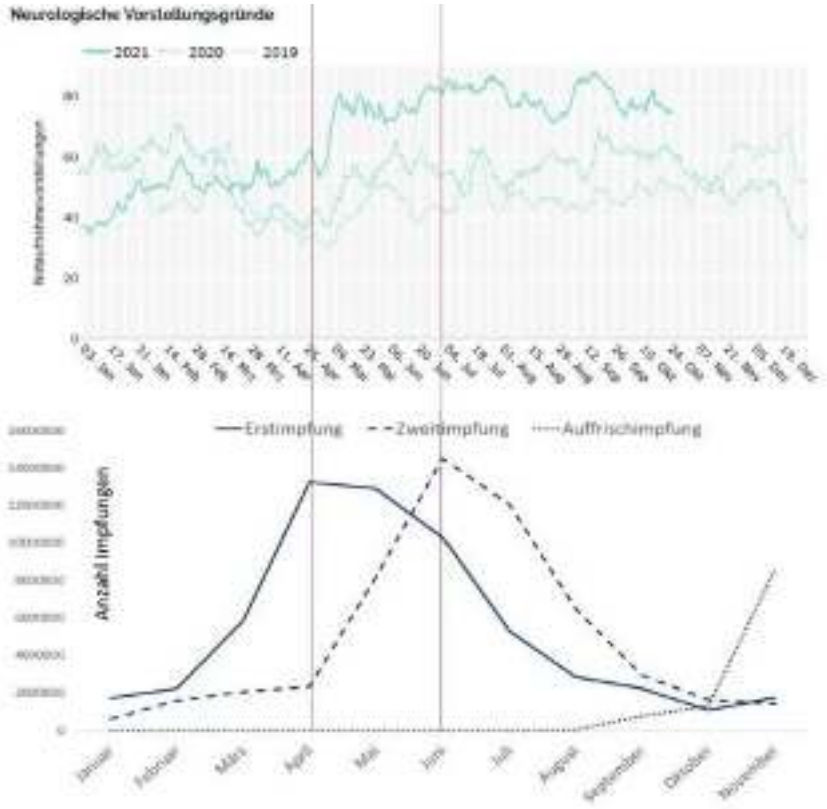


Respiratorische Vorstellungsgründe



Kardiovaskuläre Vorstellungsgründe





Beweis und Glaubhaftmachung:

https://7argumente.de/ **- als Anlage B 127 -**

Hier wiegt es besonders schwer als dass die Bundesregierung und die das Gesetz tragenden politischen Parteien die Fakten an sich nicht in Abrede stellen, d.h. es gibt eine Übersterblichkeit im Jahre 2021 und es gibt eine mehr als nur unerhebliche Zunahme an neurologischen und kardiovaskulären Krankenhausaufnahmen, die man ebenfalls ganz sicher nicht mit dem SARS-Covid-2-Virus und dessen Mutationen erklären kann. Warum diese Dinge ausgerechnet im “Impfjahr 2021“ und nicht schon zuvor 2020 oder in den “Vor-Corona-Jahren“ 2019 und 2018 aufgetreten sind, wurde von der Bundesregierung bislang noch nicht einmal auch nur ansatzweise mit anderen Ursachen begründet. Es ist auch nicht erkennbar, dass die Bundesregierung, der Gesetzgeber, die Landesregierungen oder andere staatliche Einrichtungen sich auch nur bemühen würden, eine Mitschuld dieser “Zufälle“ infolge der neuartigen Impfstoffe sicher auszuschließen. Weder sind neue Forschungsaufträge, mit dem Ziel, diese Übersterblichkeit und die Zunahme der neurologischen und kardiovaskulären Krankenhausaufnahmen ergebnisoffen zu erforschen und zu erklären, erteilt worden noch sind plausible andere Erklärungsmöglichkeiten offiziell von den zuständigen Stellen bekannt geworden.

Die Entwicklung der Gesamtsterblichkeit aus unbestechlicher Quelle (Euromono.eu) belegt einen sehr besorgniserrechenden Trend: Seit der KW 13 von 2021 hat die Sterberate der 45 - 64 Jährigen die Normal range **dauerhaft** verlassen! Das gab es in keinem Jahr seit 2016, und diese Entwicklung korreliert nicht mit den sog. Corona-Wellen (COVID-2. Welle, Delta

oder jetzt Omikron). Natürlich steigt jetzt (wie - fast - jeden Winter) die Sterbekurve über die Normalrange an, aber sie wird höchstwahrscheinlich wegen der Impfsterbefälle ab März nicht wieder abfallen! Bei den 65 – 74 Jahre alten Personen ist die Sterberate schon seit der KW 37 des Jahres 2020 aus dem langjährigen Trend ausgebrochen (siehe rote Pfeile).

Beweis und Glaubhaftmachung:

Screenshot gemäß https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/
(Hinweis: Weit nach unten scrollen und dann die Einstellungen so vornehmen wie in dem Screenshot links erkennbar; diese Einstellungen wirken sich leider nicht auf den Link aus)
- als Anlage B 127.1. -

Zumindest braucht es für diese extrem ungewöhnlichen "Zufälle" eine vielschichtige Aufklärung, bevor eine Impfpflicht auferlegt werden darf. Der Gesetzgeber und dessen Gesetzesbegründung haben all dies Dinge und Problematiken weder erkannt noch gewürdigt und abgewogen noch wurde insoweit auch nur ansatzweise versucht, Licht ins Dunkel zu bringen.

c) Nochmals: Die (Un-)Wirksamkeit der Impfstoffe sowie die "Pandemie der Unwissenheit"

Der Gesetzgeber hat weder im Gesetzgebungsverfahren noch in der Gesetzesbegründung die Wirksamkeit der Impfstoffe ausreichend recherchiert. Es bestehen auch insoweit massive Datenlücken. Das RKI versucht die Effektivität der Impfstoffe trotz massiver Datenlücken, die vor allem auf fehlender Erhebung beruhen, zu berechnen, was verfassungsrechtlich nicht ausreichend ist. Denn der Normgeber muss sich zumindest bemühen, alle relevanten Tatsachen bestmöglich zu recherchieren und in Erfahrung zu bringen. Auch das ist nicht ansatzweise der Fall!

aa) Am 16.12.2021 berichtete der NDR, dass in Hamburg der Impfstatus der Infizierten oft völlig unklar gewesen ist und dass sogar die Unwissenheits-Lücke in den Krankenhäusern bei mehr als einem Drittel lag!

Vgl.
"***Inzidenz in Hamburg: Impfstatus der Infizierten oft unklar***
Stand: 16.12.2021 18:29 Uhr

Es waren beeindruckende Zahlen: Über Wochen hatte die Hamburger Sozialbehörde mitgeteilt, wie hoch die Corona-Inzidenz unter Geimpften und wie hoch sie unter Ungeimpften ist. Demnach war sie unter Ungeimpften um ein Vielfaches höher. Doch nun gibt es Zweifel.

Bei einer Recherche versuchten Journalistinnen und Journalisten von "Welt" und "Süddeutscher Zeitung" herauszufinden, bei wie vielen Corona-Fällen der Impfstatus überhaupt bekannt ist. Ihr Verdacht lautete: Die Fälle, bei denen die Behörden den Status

nicht kennt, werden als Ungeimpfte aufgeführt. Dieser Verdacht erhärtete sich, es stellte sich heraus: In den meisten Fällen weiß die Hamburger Sozialbehörde tatsächlich nicht, ob jemand geimpft oder ungeimpft ist.

NDR 90,3 liegt die Senatsantwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Abgeordneten Anna von Treuenfels vor. Demnach war Ende November, in der 47. Kalenderwoche, bei fast 70 Prozent der Corona-Fälle nicht klar, ob die infizierte Person geimpft oder ungeimpft war. Trotzdem wurden sie in die Gruppe der Ungeimpften gezählt. Die Sozialbehörde hatte die Inzidenz bei den Geimpften für die 47. Kalenderwoche mit 24,0 angegeben, die der Ungeimpften oder nicht vollständig Geimpften mit 898,2.

Dieses Element liegt auf Servern von Datawrapper.de. Sie können die Einbettung auf unserer Datenschutzseite deaktivieren.

Behörde kündigt aussagekräftigere Daten an

Der Grund dafür liegt wohl bei den Gesundheitsämtern: Sie müssen den Impfstatus nicht nur in jedem Einzelfall abfragen - sondern sie müssen ihn auch in jedem Einzelfall überprüfen, wie der Sprecher der Sozialbehörde, Martin Helfrich, im Gespräch mit dem Hamburg Journal im NDR Fernsehen erklärte. “Solange aber kein Nachweis eingereicht ist, können wir naturgemäß nicht unterscheiden, ob die Person das schlicht versäumt hat oder sie keinen Nachweis erbracht hat, weil sie über keinen Impfnachweis verfügt.”

Diese Daten sollen für die zurückliegenden Wochen möglichst vollständig nachgeliefert werden, kündigte Helfrich an.

Auch Lücken bei Zahlen der Krankenhäuser

Selbst bei den Krankenhäusern sind die Angaben lückenhaft. Bei mindestens einem Drittel aller Krankenhaus-Patientinnen und Patienten kann der Impfstatus nicht angegeben werden, auch das geht aus der Senatsantwort auf eine Anfrage des Linken-Abgeordneten Deniz Celik hervor. Diese Tatsache ist dramatisch, denn die Krankenhäuser sind laut Senat seit Mitte Juli bereits dazu verpflichtet, die Zahlen zu erheben und zu melden.

Dieses Element liegt auf Servern von Datawrapper.de. Sie können die Einbettung auf unserer Datenschutzseite deaktivieren.

Opposition ist entsetzt

Der politische Druck auf die Sozialbehörde ist nun groß: Alle Oppositionsparteien im Hamburger Rathaus zeigen sich entsetzt davon, wie lückenhaft die Datenlage über den Impfstatus von Infizierten ist.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ndr.de/nachrichten/hamburg/coronavirus/Inzidenz-in-Hamburg-Impfstatus-der-Infizierten-oft-unklar,coronazahlen1530.html **- als Anlage B 128 -**

Der Gesetzgeber, der am 10.12.2021 das Gesetz beschlossen hatte, hat daher ohne auch nur ansatzweise vollständige oder zumindest bestmögliche Faktenkenntnis in Erfahrung zu bringen, den intensivsten und radikalsten Grundrechtseingriff seit der Staatsgründung beschlossen. Mehr als 1 ¾ Jahre nach Ausrufung der Pandemie kann es hierfür aus verfassungsrechtlicher Sicht kein Pardon mehr geben! Der Gesetzgeber und die Bundesregierung und natürlich auch die Landesregierungen haben keinerlei nennenswerte effektive Maßnahmen ergriffen, um insoweit auf bestmögliche Weise Licht ins Dunkel, d.h. in die Unwissenheit der Fakten, zu bringen. Dies kann unmöglich zu Lasten der Grundrechtsträger gehen und ist nur noch ein Argument mehr, dass auf derart unsicherster Tatsachengrundlage kein großer Beurteilungsspielraum bestehen kann und dass selbst dann, wenn man dies aus gänzlich unverständlichen Gründen verfassungsrechtlich anders sehen wollte, bei einer derartigen massiven Pandemie der behördlichen Unwissenheit und des behördlichen Unwissen-Wollens auch ein hypothetisch großer Beurteilungsspielraum überschritten wäre. Hamburg war und ist auch keine Einzelfall gewesen, sondern hier handelt es sich um ein bundesweites Problem.

bb)

"***Pandemie der Unwissenheit?***

Veröffentlicht am 03.12.2021 | Lesedauer: 5 Minuten
Von Tim Röhn
Quelle: dpa-infocom GmbH

Bundesländer hantieren bei der Ausweisung der Inzidenzen von Ungeimpften mit unbrauchbaren Zahlen. Bei der Lage auf Intensivstationen herrscht derweil weiter viel Unklarheit.

Am 18. November wandte sich Markus Söder via Twitter an die Bevölkerung. Der bayerische Ministerpräsident schrieb: "Leider nehmen die Corona-Infektionen gerade bei Ungeimpften dramatisch zu. Es gibt einen direkten Zusammenhang von niedrigen Impfquoten und hohen Infektionsraten. Lassen Sie sich daher bitte impfen. Nur Impfen hilft." Dazu postete er eine Grafik, wonach die Sieben-Tage-Inzidenz der Ungeimpften bei 1469 lag und jene der Geimpften bei gerade mal 110.

Bloß: Jene Behörde, die diese Daten erfasst, das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), kennt offenbar oft gar nicht den Impfstatus der Infizierten. Auf Anfrage von WELT teilte ein Sprecher beispielhaft für die Woche vor dem 24. November mit, in dieser Zeit seien insgesamt 81.782 Corona-Fälle gemeldet worden – 9641 Personen davon hatten einen vollständigen Impfschutz, 14.652 keinen. In 57.489 Fällen sei der Impfstatus "unbekannt".

Statt eben jene Fälle herauszurechnen, packte die Behörde diese in die Gruppe der Ungeimpften und wies auf Basis dieser Zählung die Geimpften- und Ungeimpften-Inzidenz aus; bis heute hat sich an diesem Vorgehen nichts geändert. Auch spielt die

Testanzahl in den verschiedenen Gruppen keine Rolle.

“Das können wir nicht weiter hinnehmen“

Die bayerische Zählweise passt zum Datenchaos, das im Blick auf die Corona-Pandemie in Deutschland existiert. Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern, etwa Großbritannien, ist der Mangel an Zahlen, um die Covid-Situation belastbar einordnen zu können, gewaltig. Der Grünen-Gesundheitsexperte Janosch Dahmen sprach am Freitag gegenüber WELT von einem großen “Defizit in der Pandemie-bekämpfung“: “In Sachen Daten sind wir sehr schlecht aufgestellt, das können wir so nicht weiter hinnehmen.“

Dahmen ist es, der gemeinsam mit seinen Ampel-Kollegen eine Verbesserung herbeiführen will – etwa bei den Daten zu Covid-Patienten auf den Intensivstationen: Am 13. November wurde die “DIVI Intensiv-Register-Verordnung“ aktualisiert. Der Verband Divi wird darin aufgefordert, künftig neben der Anzahl der Patienten unter anderem auch die Alterskohorten sowie den Impfstatus mitzuteilen, und zwar tagesaktuell.

Denn dem Robert-Koch-Institut (RKI) gelingt das nicht. Die Behörde teilt bloß jeden Donnerstag die Zahlen der Geimpften und Ungeimpften auf Intensivstation in den vorangegangenen vier Kalenderwochen mit. Zuletzt waren in der Altersgruppe 18 bis 59 demnach 15,7 geimpft, in der Altersgruppe über 60 waren es 44,5 Prozent. Allerdings: In der Mehrheit der Fälle kennt das RKI gar nicht den Impfstatus der Patienten. Der Grund ist der Meldeweg: Die Klinik meldet an die lokalen Gesundheitsämter, diese melden ans RKI. Dabei geht ganz offensichtlich einiges an Daten verloren, und auch der Meldeverzug ist oftmals groß.

“Es ist ganz klar: Wir brauchen tagesaktuelle Daten, und deswegen haben wir die Divi mit der entsprechender Bekanntgabe beauftragt“, sagt Dahmen. Die “Tagesschau“ meldete vor zweieinhalb Wochen, ab Ende November sollten die Zahlen mitgeteilt werden.

Der Prozess braucht “noch einige Zeit“

Aber: Nichts ist passiert. Auf Anfrage erklärte die Divi, es würde noch “ein paar wenige Wochen“ dauern. Und das RKI, das für die technische Umsetzung verantwortlich ist, erklärte: “Eine konkrete Frist zur Umsetzung der neuen Anforderungen ... ist uns nicht bekannt.“ Der Prozess der Implementierung brauche “einige Zeit“. Einen genauen Zeitpunkt könne man nicht nennen.

Ministerpräsidentenkonferenz

Grünen-Politiker Dahmen stellt das nicht zufrieden. Er sagte: “Angesichts der dramatischen Lage ist eine unmittelbare und zügige Umsetzung dringend geboten. Die technische Machbarkeit ist begrenzt aufwendig.“ FDP-Vize Wolfgang Kubicki äußerte sich gegenüber WELT deutlicher. “Jens Spahn hinterlässt sein Haus in einem miserablen Zustand“, sagte er. Und weiter: “In Kürze soll im Bundestag das Gesetzgebungsverfahren zur allgemeinen Impfpflicht eingeleitet werden. Dass für eine abgewogene Entscheidung unerlässliche Daten fehlen, ist im Angesicht der Schwere des erwogenen Grundrechtseingriffs katastrophal.“

Forderung nach “rückhaltloser Aufklärung“

Was die Inzidenz-Meldungen in Bayern angeht, übt Parteikollege Martin Hagen, Fraktionschef im Bayerischen Landtag, Kritik. "Der Verdacht, dass staatliche Behörden der Öffentlichkeit mit verzerrten Statistiken bewusst ein falsches Bild vermitteln, wiegt schwer", sagte er und forderte eine "rückhaltlose Aufklärung". Er wolle wissen: "Wusste Söder, dass die Zahlen, mit denen er seine Politik begründet, manipuliert sind?"

Auf eine Anfrage von WELT reagierte der Ministerpräsident nicht. Hagen, der am Freitag selbst schriftlich Erklärungen von der Staatsregierung einforderte, sagte: "Sollten die Bürger bewusst getäuscht worden sein, beschädigt das nicht nur die Glaubwürdigkeit der Staatsregierung, sondern ganz generell das Vertrauen in staatliche Institutionen. Das wäre unverzeihlich."

"7 Tage, 7 Nächte" ist das Politik-Weekly mit Frédéric Schwilden. Jeden Freitag begrüßt er einen politischen Gast zu einem etwas anderen Wochenrückblick. Abonnieren unter anderem bei Apple Podcasts, Spotify, Deezer, Google Podcasts oder per RSS-Feed.

Fakt ist: Bayern ist nicht allein mit dieser Zähltechnik. Der Hamburger Senat, der am Donnerstag mitteilte, der Anteil der Ungeimpften an den Neuinfektionen liege bei 82,4 Prozent, erklärte auf Anfrage, in der Kalenderwoche 46 habe es 4090 neue Corona-Fälle gegeben, 719 waren vollständig geimpft. Alle anderen Fälle – nicht vollständig geimpft, gar nicht geimpft oder vielleicht geimpft – wurden der Gruppe der Ungeimpften zugeordnet.

Warum das so gemacht wird? Dazu wollte sich weder der Hamburger Senat noch das Bayerische Landesamt für Gesundheit äußern. Söder erklärte am Freitagmittag bei einer Pressekonferenz: "Die Inzidenz bei Ungeimpften liegt in Bayern bei 1600, bei Geimpften bei knapp 100."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/politik/deutschland/plus235442252/Fakten-zu-Inzidenzen-und-Patienten-Pandemie-der-Unwissenheit.html **- als Anlage B 129 -**

Diese zumindest objektiv statistische Manipulation ist bestenfalls erschütternd. Dass der Gesetzgeber auf Basis dieser dreisten statistischen Unrichtigkeiten die historisch intensivsten Grundrechtseingriffe beschlossen hat, ist auch insoweit beispiellos negativ.

Die Gesundheitsämter kontaktieren Infizierte zudem nicht mehr flächendeckend oder sogar nur noch in Ausnahmefällen. Die Labore melden die Fälle zwar an die Gesundheitsämter, haben aber keine Informationen über den Impfstatus. Diese kann man auch rund 21 Monate nach Ausrufung der Pandemie immer noch nicht auf der Laboranforderung (Muster OEGD oder Muster 10c) angeben. Damit wird die Datenlücke über den Impfstatus der Infizierten immer größer und es scheint keine Bestrebungen zu geben, dies zu ändern. Warum wird das Muster 10c nicht einfach angepasst und um die Angabe des Impfstatus ergänzt?! So eine einfache Maßnahme könnte durchaus zu einem nennenswerten Mehr an Transparenz führen – aber geschehen ist bis heute auch insoweit rein gar nichts.

cc) Auch im Freistaat Sachsen ist die angebliche "Pandemie der Ungeimpften", die auch der sächsische Ministerpräsident zumindest dem Grunde nach behauptet hat, statistisch nicht belegbar. Der Ministerpräsident wollte sich hierzu nicht äußern, offenbar, weil es ihm (zu Recht) peinlich war. Hierüber berichtete Welt.de und führte am 23.12.2021 aus:

"***Inzidenz bei Ungeimpften? Auch Sachsen nimmt es nicht so genau***
Veröffentlicht am 23.12.2021 | Lesedauer: 5 Minuten
Von Anna Kröning, Tim Röhn

Michael Kretschmer (CDU), Ministerpräsident von Sachsen, will sich nicht zu den unklaren Inzidenzen äußern

Nach den Fällen in Hamburg und Bayern wird nun bekannt, dass die Aufschlüsselung der Inzidenzwerte in Geimpfte und Ungeimpfte auch in Sachsen höchst unpräzise war. Trotzdem schafften es die Daten sogar in einen Gesetzesentwurf.

Die Sache mit der Ausweisung der Corona-Inzidenzen in Geimpfte und Ungeimpfte, unbrauchbare Berechnungen, darauf basierende, unkorrekte Aussagen von politischen Amtsträgern – am liebsten, so scheint es, würden die Landesregierungen in Bayern und Hamburg den Skandal um die Daten einfach vergessen. Andere wollen sich erst gar nicht mehr in die Karten schauen lassen bei ihren Berechnungen. Wie sonst ist es zu erklären, dass das sächsische Sozialministerium die der Inzidenz-Ermittlung zugrunde liegenden Zahlen einfach nicht verraten will – und am Mittwoch nach fast drei Wochen bloß durchblicken ließ, dass es große Unbekannte gibt?

Die erste WELT-Anfrage stammt vom 2. Dezember: Wie viele Neuinfektionen gab es in Sachsen in der letzten Kalenderwoche, die bereits vollständig ausgewertet wurde? Bei wie vielen Neuinfektionen in eben jener Kalenderwoche war der Impfstatus der infizierten Personen bekannt? Wurden die Personen, bei denen der Impfstatus nicht bekannt war, in eine der beiden Gruppen - geimpft oder ungeimpft - eingeordnet? Simple Fragen. Das Ministerium schickte am Tag darauf ein ausführliches Statement, bloß: ohne Zahlen. Stattdessen die Info, die diesbezügliche Datenlage sei "aktuell nicht belastbar".

Der Hintergrund der Zahlenermittlung ist interessant, denn Ministerpräsident Michael Kretschmer (CDU) argumentierte mit den Inzidenzen immer wieder staatliche Eingriffe. Am 5. November nannte er im "Deutschlandfunk" eine Inzidenz von 700 bis 800 bei Ungeimpften - bei Geimpften läge sie bei 70 bis 80. Der Landesparteitag der CDU am nächsten Tag: Inzidenz bei den Ungeimpften von über 800, erklärte Kretschmer.

Sachsen und Baden-Württemberg wollen härtere Maßnahmen

Die Infektionszahlen sinken, aber das hochansteckende Omikron rollt weiter auf uns zu. Die Beschlüsse für Kontaktbeschränkungen im privaten und öffentlichen Bereich wurden verkündet, doch einigen Ländern ist das nicht genug, sie verlegen die Beschränkungen vor.

Quelle: WELT / Matthias Heinrich

Am 18. November sagte Kretschmer im sächsischen Landtag: “In der Tat ist es so, dass die Inzidenz bei den nicht geimpften Bürgerinnen und Bürger bei 1800 liegt und bei denen, die geimpft sind, bei 63.“ Einen Tag später kündigte er neue Corona-Maß-nahmen an, sprach von einer “Inzidenz von 1800, 1900 bei den Ungeimpften“ und einer von “50, 60“ bei den Geimpften.

“Inzidenz von 1800, 1900 bei den Ungeimpften – 50 bis 60 bei Geimpften“

Bei einer Pressekonferenz am 19.11.2021 sprach Sachsens Ministerpräsident Kretschmer von einer “Inzidenz von 1800, 1900 bei den Ungeimpften“. Bei Geimpften läge sie bei 50 bis 60. Diesem Unterschied trage man mit den Regeln “Rechnung“.

Es war nicht nur Kretschmer, der sich dieser Zahlen für das eigene Bundesland bediente. Im Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD, Grünen und FDP im Deutschen Bundestag “Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze anlässlich der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ vom 8. November wird Bezug auf die sächsische Statistik genommen. Auf Grundlage der sächsischen Zahlen wurde bundesweit die Arbeitsschutzverordnung verschärft: “(…) während die 7-Tage-Inzidenz bei den Geimpften bei ca. 60/100.000 liegt, beträgt sie bei Ungeimpften und nicht vollständig Geimpften fast 600/100.000 (Stand 02. November 2021).“ Der Impf- und Genesenenstatus können daher in der “Bewertung der Maßnahmen zur Kontaktreduktion berücksichtigt werden, so dass im Einzelfall Maßnahmen zur Kontaktreduktion wegfallen können“.

Recherchen von WELT ergaben dann im Dezember, dass derartige Inzidenz-Unterschiede in anderen Bundesländern teils auf unbrauchbaren Daten beruhen. In Bayern etwa war in einer Beispielwoche im November der Impfstatus der Neuinfizierten in 70 Prozent der Fälle nicht bekannt – diese Personen wurden den Ungeimpften zugerechnet, der Unterschied in Sachen Infektionen mit eins zu 16 angegeben. Die Staatsregierung weigert sich bislang, die gesamten Zahlen herauszugeben, die Bayern-FDP erwägt daher eine Verfassungsklage.

Der Hamburger Senat hingegen beantwortete eine Kleine Anfrage der FDP ausführlich, den Zahlen zufolge ist der Impfstatus meist nicht bekannt, zuletzt nur in etwa zehn Prozent der Fälle. Und: In der Kalenderwoche 45 waren 14,3 Prozent der Infizierten gesichert auf Ungeimpfte zurückzuführen - der Erste Bürgermeister Peter Tschentscher (SPD) hatte von 90 Prozent gesprochen.

Verzögerte Antworten

Und Sachsen? WELT bat das Sozialministerium am vergangenen Freitag um die Zahlen zu eben jener Ausweisung zum 2. November, die im Gesetzesentwurf gestanden hatten. Mit einer Frist bis Montag. Am Montag wurde mitgeteilt, man brauche noch Zeit. Am Dienstag: eine Antwort, aber keine Zahlen, immerhin der Hinweis: “Wenn keine Angaben vorliegen, gilt die Person zunächst als ungeimpft und wird dieser Gruppe zugeordnet.“

Und die Zahlen? WELT teilte dem Ministerium mit, man erwäge gerichtlichen Eilrechtsschutz zur Durchsetzung eines presserechtlichen Auskunftsanspruchs zu ersuchen. “Ihre Anfrage ist erneut in Bearbeitung“, schrieb eine Sprecherin. Wann denn mit einer Antwort zu rechnen

sei? “Das hängt von der Kapazität und Arbeitsbelastung der Landesuntersuchungsanstalt ab.“

Am Mittwochnachmittag dann – Zahlen: 12.374 Fälle in der Woche vor dem 2. November, Inzidenz 72 zu 597, und: “In 30 bis 40 Prozent der Fälle wurde nach Angaben der Landesuntersuchungsanstalt in diesem Zeitraum angegeben, dass der Impfstatus nicht erhoben/nicht ermittelbar war.“

Aber genaue Zahlen? Wurden nicht mitgeteilt. Auch so wird indes klar, dass in großem Maße Personen mit unbekanntem Impfstatus den Ungeimpften zugeordnet wurden – wie in Bayern und Hamburg. Erst ab Mitte November habe man darauf verzichtet, eine solche Statistik zu veröffentlichen. Der Grund laut Ministerium: “mangelnde Zuverlässigkeit der Datenübermittlung.“ Die AfD-Fraktion im Landtag erklärte, die statistische Erhebung des Sozialministeriums sei “von Anfang an politisch motiviert, um den Impf-druck zu erhöhen.“

Kretschmer äußert sich nicht

Der Ministerpräsident selbst wollte sich auf Anfrage von WELT nicht zu der Angelegenheit äußern; aus der Staatskanzlei ist zu hören, über die Art und Form der Datenerhebung keine Informationen gehabt zu haben. Unabhängig von Fragen zur Transmissionswahrscheinlichkeit des Virus spiele, so heißt es aus Dresden, sei ein

anderer Aspekt bei Maßnahmen zur Corona-Bekämpfung deutlich wichtiger: die Krankheitslast, die Schwere der Verläufe bei Ungeimpften und Geimpften. Dazu teilt das Sozialministerium mit: “Die Krankenhäuser melden uns weiterhin regelmäßig, dass die Mehrheit der Corona-Patienten auf den Intensivstationen ungeimpft sind.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/vermischtes/plus235844880/Corona-Daten-Inzidenz-bei-Ungeimpften-Auch-Sachsen-nimmt-es-nicht-so-genau.html **- als Anlage B 130 -**

Auch dieser Bericht legt die Pandemie der (mindestens in Kauf genommenen) Unwis-senheit der Behörden schonungslos offen. Die im letzten Absatz zitierte Ausrede des sächsischen Sozialministeriums ändert hieran rein gar nichts. So wird z.B. nicht geklärt, ob diese Meldungen überhaupt von einer repräsentativen Zahl der sächsischen Krankenhäuser kommen oder ob, was naheliegender sein dürfte, diese Meldungen im Ermessen der jeweiligen Krankenhäuser stehen, d.h. ob die Zahlen von der “Meldefreudigkeit“ oder auch der “Meldeunfreudigkeit“ der sächsischen Krankenhäuser abhängen oder jedenfalls in der Vergangenheit abhingen.

Auch die sächsische Auskunft beinhaltet keinerlei Differenzierung, ob die im Kranken-haus liegenden offiziellen Covid-19-Patienten alle wegen des Virus eingeliefert worden sind oder ob bei diesen nicht vielmehr lediglich “bei Gelegenheit“ der Krankenhauseinlieferung, die aus ganz anderen Gründen (z.B. Krebspatienten, die eine Chemo-Therapie bedürfen) erfolgte, mittels des sog. hochsensitiven PCR-Tests nicht vermehrungs-fähige Virus-Trümmerreste festgestellt worden sind, die Patienten aber gar keine künstliche Beatmung und keine Covid-19-typischen Medikamente erhalten, sondern lediglich ganz

anders behandelt werden (z.B. Chemotherapie für Krebspatienten; z.B. Medikamente nach Herzinfarkt etc.). Jedenfalls aber besteht insoweit (bundesweit) weitge-hende maximale Intransparenz anstelle von Klarheit, Differenziertheit und Wissenschaftlichkeit. Es ist ein Skandal, dass mehr als 1 ¾ Jahre nach Ausrufung der Pandemie und nach Verhängung des ersten Lockdowns es einiger Anfragen und Recherchen der Presse (wie z.B. dem hiesigen Bild Zeitungsbericht vom 27.12.2021 bedarf, um zumindest ein bisschen an Klarheit und Transparenz zu erhalten.

Jede Impfung – selbst wenn sie (wie hier nicht) tatsächlich äußerst nebenwirkungsarm ist bzw. wäre – schwächt bzw. beschäftigt das natürliche Immunsystem zumindest für einen gewissen Zeitraum, weil der Körper (gewollt) zu einer Immunantwort provoziert wird. In diesem Zeitraum ist der Körper anfälliger für alle anderen Viren (weil ein Teil des Immunsystems mit dem Impfstoff beschäftigt ist), hat es aber noch nicht gelernt, mit dem Sars-Covid-2-Virus umzugehen. Hat jemand, der z.B. nur einmal geimpft ist, mit dem Virus oder einer Mutante Kontakt, so kann er sich ggf. mit dem Virus infizieren, hat aber nicht das volle Immunsystem zur Verfügung (weil ein Teil mit der Verarbeitung des Impfstoffs beschäftigt ist) und hat aber auch noch nicht den sog. vollen Impfschutz. Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass es solche Fälle häufig gibt. Diese Fälle statistisch nur den Ungeimpften anzulasten, ist einmal mehr eine eindeutige Manipulation der Tatsachen, die jeglicher Impfpflicht den verfassungsrechtlichen Boden und die Berechtigung entzieht. Zumindest in der nicht weit zurückliegenden Vergangenheit hat es offenbar Zählung dahingehend gegeben, dass "*Patienten mit einer Coronainfektion, die ins Krankenhaus aufgenommen wurden, von denen man den Impfstatus nicht sicher kannte, als ungeimpft registriert*."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://reitschuster.de/post/verraeterischer-nebensatz-falsche-zahlen-zur-impf-effektivitaet-hatten-methode/ **- als Anlage B 130.1. -**

Selbst wenn man annehmen wollte, dass dies seit gut 4 Monaten nicht mehr so ist: Die vergangenen unrichtigen Angaben wurden, soweit ersichtlich, nicht korrigiert. Der Gesetzgeber, der am 10.12.2021 einen historisch beispiellosen Grundrechtseingriff beschlossen hat, konnte ohne eine solche rückwirkende Korrektur keine ausreichend tatsachenfundierte Entscheidung treffen.

Es wird ausdrücklich gebeten, die Regierung und den Bundestag zur Stellungnahme aufzufordern und sich zu diesen "Datenlöchern" zu äußern. Selbst wenn, was extrem unwahrscheinlich erscheint, die anzuhörende Bundesregierung und der anzuhörende Bundestag im Nachgang diese "Daten- und Informationslöcher" durch Nachreichung von Zahlen und Daten (weitgehend) schließen würde, wäre das verfassungsrechtlich irrelevant. Denn die Bewertung dieser dann nachgereichten Informationen könnte durch die Abgeordneten als Legislative allenfalls durch ein neues Gesetzgebungsverfahren geheilt werden. Den Abgeordneten lagen wesentliche Informationen aufgrund der völlig unzureichenden statistischen Daten nicht vor, was auch mit Art. 38 I GG materiell unvereinbar ist.

dd) Die Datenlücken setzen sich selbstverständlich auch beim Robert-Koch-Institut (RKI) fort. Das RKI verwendet in einer Vielzahl seiner Berichte die nichtssagende Floskel, dass oft die Angaben zum Impfstatus unvollständig seien.

Vgl. z.B. S. 22 des RKI-Berichts vom 30.09.2021

Vgl. z.B. S. 21 des RKI-Berichts vom 22.10.2021

Oder, noch viel deutlicher:

Wöchentlicher COVID-19-Lagebericht vom 16.12.2021

"*26*

(…) Die Wirksamkeit der Impfung (Impfeffektivität) lässt sich mit der o.g. Screening-Methode nach Farrington grob (!) schätzen. Hier sieht man seit der MW 34 in den Altersgruppen 18-59 Jahre und ab 60 Jahre eine leicht abnehmende Effektivität gegenüber einer symptomatischen COVID-19-Erkrankung von etwa 80 % auf unter 70 %. Dies könnte für ein Nachlassen der Schutzwirkung über die Zeit sprechen, da in der Bevölkerung der Anteil derjenigen wächst, die vor mehr als sechs Monaten geimpft wurden. Seit der MW 43 ist in der Altersgruppe ab 60 Jahre hingegen eine Stagnation bzw. Anstieg der geschätzten Impfeffektivität gegenüber symptomatischer Infektion zu beobachten. Eine Erklärung für diesen Effekt könnte der stetig wachsende Anteil von Personen v.a. in der Altersgruppe ab 60 Jahre sein, der bereits eine Auffrischimpfung verabreicht bekommen und damit einen besseren Impfschutz hat als Personen mit vollständiger Grundimmunisierung, die vor mehreren Monaten erfolgte. Die in unseren Analysen dargestellte anhaltend hohe Impfeffektivität gegen schwere Verläufe (Hospitalisierung, Intensivbehandlung der Tod) zeigt, dass vollständig geimpfte Personen weiterhin sehr gut gegen Hospitalisationsbedürftigkeit oder tödlichen Verlauf geschützt sind. Unter den insgesamt 3.141 Fällen von Impfdurchbrüchen, die zwischen MW 5 und 49 verstorben sind, waren 2.096 (67 %) 80 Jahre und älter.

Limitationen und Fazit

Die für diese Analysen verwendeten Daten sind nach IfSG übermittelte Meldedaten, die nicht explizit zum Zweck der Impfeffektivitätsberechnung erhoben wurden. Insbesondere für die Fälle der letzten zwei Wochen werden Angaben zu Impf- und Hospitalisierungsstatus durch die Gesundheitsämter häufig noch nachermittelt. Da für einen Teil der COVID-19-Fälle die Angaben zum Impfstatus fehlen oder unvollständig sind, können damit nicht alle COVID-19-Fälle in die Analysen einbezogen werden. Die Nichtberücksichtigung von Fällen mit fehlenden Angaben zum Impfstatus führt zu einer Unterschätzung der Inzidenzen der Fälle sowohl in der vollständig geimpften wie auch in der ungeimpften Bevölkerung. Auf die Schätzung der Impfeffektivität hätte diese Unvollständigkeit der Daten nur dann einen Einfluss, wenn der Anteil der Geimpften unter den Fällen mit unbekanntem Impfstatus höher oder niedriger wäre als unter den Fällen mit bekanntem Impfstatus. Zudem kann ein zumindest im ambulanten Bereich möglicherweise unterschiedliches Testverhalten bei Geimpften und Ungeimpften zu Verzerrungen führen. Für einen Teil der Fälle fehlen zudem

Angaben zu Symptomen, Hospitalisierung und Betreuung auf Intensivstation, ebenso wird nicht nach Grund für Hospitalisierung und Tod differenziert.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-12-16.pdf?__blob=publicationFile, dort S. 26

- als Anlage B 131 -

Auch die Tatsache, dass das RKI lediglich die symptomatischen Fälle und die Bundesländer alle Fälle, d.h. sowohl die symptomatischen als auch die asymptomatischen, zählen, ist nicht nur unübersichtlich und unverständlich, sondern widersprüchlich und, vor allem, ein weiterer Beleg unvollständiger Ermittlung der Tatsachen. All dieses kann verfassungsrechtlich nicht Basis sein für die intensivstens (Dauer-)Grundrechtseingriffe in der Geschichte der Bundesrepublik.

Der Bericht unter
https://www.bild.de/regional/hamburg/hamburg-aktuell/hamburg-so-falsch-waren-die-corona-zahlen-zu-ungeimpften-78782522.bild.html###wt_ref=https%3A%2F%2Fderef-web.de%2F&wt_t=1641851408762

“*Von: René Garzke*
10.01.2022 - 20:22 Uhr

Immer mehr wird klar: Hamburgs Bürgermeister Peter Tschentscher (55, SPD) machte in der Vergangenheit mit völlig falschen Corona-Zahlen Politik.

Am 16. November hatte Tschentscher in einer Pressekonferenz erklärt, dass in der Vorwoche “über 90 Prozent“ der Neuinfektionen “bei Personen ohne vollen Impfschutz“ aufgetreten seien. Dabei wurde durch eine Grafik an der Wand suggeriert, dass die Sieben-Tage-Inzidenz der Geimpften bei 22 und die der Ungeimpften bei 605 liege.

Einen Monat später wurde durch einen WELT-Bericht bekannt, dass der Senat der Hansestadt Infizierte, bei denen der Impfstatus den Behörden nicht bekannt war, durchweg als Ungeimpfte in der Statistik führte.

Die tatsächlichen Infektionszahlen

Jetzt kommt durch einen weiteren WELT-Artikel heraus, wie weit die Zahlen von der Realität entfernt waren.

Demnach übermittelte der Senat auf eine Anfrage der FDP-Bürgerschaftsabgeordneten Anna von Treuenfels-Frowein (59) neue Daten zu der Kalenderwoche, auf die sich Tschentscher bezog.

Mittlerweile habe der Impfstatus von 77 Prozent aller Neuinfizierten in der Woche geklärt werden können. Die Sieben-Tage-Inzidenz der Ungeimpften lag nach aktuellem Stand bei 270,0 und die der Geimpften bei 92,7.

Heißt: Es gab einen ungefähr dreifachen Unterschied – und keinen 30-fachen, wie ihn die Grafik bei der Tschentscher-Pressekonferenz suggeriert hatte.

- als Anlage B 131.1. -

behauptet einen ungefähr dreifachen Inzidenz-Unterschied zwischen geimpften und ungeimpften Personen. Unterstellt, diese Größenordnung wäre einigermaßen realistisch, dann ließe sich dieser sehr leicht damit erklären, dass im wesentlichen und in den meisten Bundesländern und Zeiträumen seit Beginn der Impfkampagne es die Ungeimpften sind, die einen Bedarf haben, Schnelltests durchführen zu lassen, die, wenn sie medizinisch positiv ausfallen, zu einem PCR-Test führen. In Hessen müssen z.B. nur Ungeimpfte einen Schnelltest machen, wenn sie zum Friseur wollen, Geimpfte nicht. Nach § 28b II BIfSG n.F. sind z.B. nur ungeimpfte Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten etc. verpflichtet, einen Schnelltest zu machen, wenn sie ihre tägliche Arbeit verrichten wol-len, geimpfte hingegen nur zwei Mal die Woche (§ 28b II 5 BIfSG n.F.) – und für die Geimpften natürlich gerne auch ohne Überwachung! Das hat dann zur Folge, dass sich ein ungeimpfter Arzt und dessen Arzthelferin bei unterstellt 6 Tagen Arbeit in der Woche (auch samstags sind Arztpraxen meist geöffnet) pro Woche 6 Mal unter Aufsicht testen lassen müssen. Geimpfte Mitarbeiter des Arztes hingegen nur zwei Mal, und dies ohne Überwachung. Wäre einer der Tests positiv, hätten die ungeimpften Ärzte und Mitarbeiter ein **dreifach höheres Risiko** als die geimpften Praxismitarbeiter, auch PCR-positiv getestet zu werden. Man kann auch nicht plausibel begründen, dass sich insoweit durch die häufigeren Tests nur die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine sog. asymptomatische Infektion/Positivtestung festzustellen – dies allein wäre schon eine inakzeptable unwissenschaftliche Verzerrung genug. Denn natürlich ist es auch vorstellbar, dass geimpfte und ungeimpfte Mitarbeiter dennoch zur Arbeit gehen, dort positiv getestet werden (= Risiko, für die viel häufiger zu testenden ungeimpften Personen ist viel höher) und einen oder zwei Tage später einen positiven PCR-Test erhalten.

Auch wenn der Bereich, den § 28b BIfSG n.F. regelt, natürlich nicht alle Lebensbereiche umfasst, ist es nicht abwegig anzunehmen, dass sowohl bei Schnelltests (diese sind für die RKI-Inzidenzmeldungen unerheblich) als auch bei PCR-Tests, denen sehr häufig ein Schnelltest vorausgeht, die Ungeimpften mindestens drei Mal häufiger vertreten sind als die Geimpften. Ob sich das ändern oder zumindest relativieren wird, falls alle Bundesländer über einen längeren Zeitraum in immer mehr Bereichen 2G+ einführen, bleibt abzuwarten. Wer mehr testet, der findet auch mehr. Wenn Ungeimpfte (wenn auch idR wohl ungewollt) weit häufiger PCR-getestet werden, dann ist es auch nicht verwunderlich, wenn diese in der PCR-Statistik des RKI ca. dreifach überrepräsentiert sind verglichen mit den Geimpften. Es wäre jedenfalls Sache des Staates konkret und sicher nachzuweisen, dass die Ungeimpften tatsächlich Treiber des Infektions-/ Positivtestungsgeschehens sind. Es reicht nicht aus, dass Politiker wie die Herren Söder, Tschentscher oder Kretschmer dies nur behaupten. Und selbst wenn es auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Ungeimpfte viel häufiger PCR-getestet werden müssen als Geimpfte, noch einen messbaren Unterschied geben würde bei der sog. Inzidenz und / oder bei den Krankenhausaufenthalten, dann muss im Gegenzug aber auch berücksichtigt werden, dass Ungeimpfte das Gesundheitssystem auf der anderen Seite massiv entlasten: Die Ungeimpften verursachen keine massiven (Dauer-Kosten für die Impfzentren, deren Unterhaltung, für die sehr gute Bezahlung der dort

abgeordneten Ärzte! Die Ungeimpften verursachen keine (Dauer-)Schäden durch schwere Impfnebenwirkungen und Impfschäden.

Vgl. z.B.
https://www.bz-berlin.de/berlin/friedrichshain-kreuzberg/friedrichshainer-kult-schuhmacher-nach-corona-impfung-im-rollstuhl **- als Anlage B 131.2. -**

Die Ungeimpften belasten das Gesundheitssystem und die Allgemeinheit auch nicht durch eine Vielzahl an direkten und indirekten staatlichen Zahlungen für die extrem teu-ren Impfstoffherstellungen und regelmäßig erforderlichen Impfstoffanpassungen. Die Ungeimpften sind auch nicht verantwortlich für einen immensen längst zur Dauer erstarrten, riesigen organisatorischen Aufwand allein für alle organisatorischen Maßnahmen im Zusammenhang mit den Impfungen, der zwangsläufig zu vielen Effektivitätsverlusten u.Ä. führen muss. Die Ungeimpften sind auch nicht verantwortlich für die Kosten der ebenfalls zu einer Art Dauereinrichtung gewordenen Impfkampagne. Es ist sicher keine fernliegende Annahme, dass man, hätte man die Impfungen nicht gestartet, organisiert und finanziert, mit diesen ersparten Ressourcen eine gigantische Zahl an Ärzten aus dem Ausland zurückgewinnen hätte können, eine Vielzahl an neuen Corona-Medikamenten hätte entwickeln können u.v.a.m. Unterstellt man, dass schlussendlich – auch bei Berücksichtigung des Vorgenannten, d.h. insbesondere der viel häufigeren Testungen der Ungeimpften verglichen mit den Geimpften – die Ungeimpften in Sachen Inzidenz und Krankenhausbelegungen überdurchschnittlich vertreten bleiben, was zudem nicht sehr wahrscheinlich ist, dann müsste der Gesetzgeber, ehe er mit einem solchen Impfpflichtgesetz auf die Ungeimpften “losgeht“, auch die positiven Aspekte des Nichtimpfens berücksichtigen und abwägen. Der Gesetzgeber hat aber auch dies nicht zu Stande gebracht. Er hat die vielen positiven Folgen des Nicht-Impfens, auch und gerade diejenigen für das Gesundheitssystem, noch nicht einmal auch nur ansatzweise erkannt, geschweige denn ermittelt, geschweige denn überhaupt insoweit auch nur den Ansatz einer Abwägung vorgenommen. Dass all die o.g., dem Grunde nach unstreitigen negativen Folgen des Impfens offensichtlich viel weniger schwer wiegen als eine – bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 83.000.000 Menschen in Deutschland – nur sehr geringe Anzahl an Long-Covid-Personen, die durch Reha, Behandlungen etc. das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen, hat der Gesetzgeber nicht plausibel ermittelt und begründet. Auch all dieses kann keine verfassungsrechtliche Basis für die schlimmsten Grundrechtseingriffe seit 1949 (die DDR natürlich außen vorgelassen) sein.

<u>c) Ein ganz erheblicher Teil der sog. “Covid-19-Patienten“ werden in die Krankenhäuser aus ganz anderen Gründen eingeliefert</u>

Sehr viele Menschen, die als Corona-Patienten gezählt werden, sind nicht wegen einer Corona-Erkrankung im Krankenhaus. Dies hat mittlerweile die Presse unterschiedlichster Couleur sehr deutlich herausgearbeitet. Die auch dem hiesigen Gesetz zugrunde liegende Angst vor einer Überlastung des Gesundheitssystems (gleich, ob damit nur die Intensivstationen, alle Stationen in den Krankenhäusern oder auch sämtliche Arztpraxen gemeint sind)

vgl. z.B. BT-Drs. 20/118, dort S. 55 (dort zwar auf den ersten Blick nur zu Art. 19 des Gesetzespakets, jedoch geht hervor, dass der Gesetzgeber allgemein Schutzmaß-nahmen jeglicher Art, also auch die bereichsbezogene Impfpflicht, auch deshalb im Sinn hatte)

wird auf diese Weise statistisch massiv objektiv aufgebauscht, weshalb der Gesetzgeber auch insoweit von einer grundlegend überhöhten Gefahr durch das Virus und des-sen Mutationen ausgegangen ist. Auch insoweit liegt keine ausreichende Berücksichtigung, Ermittlung und Würdigung der tatsächlichen Fakten durch den Gesetzgeber vor.

Letzteres folgt aus Recherchen der Bild-Zeitung und auch der Dailymail (für die USA) sowie auch aus Berichten der Frankfurter Rundschau und, unter Bezugnahme auf die Bildzeitung, hamburg24.de.

Vgl.
aa)
"***New York hospitals admit that nearly HALF of their 'covid' patients were admitted for other reasons after Gov. Kathy Hochul ordered them to disclose the key statistic***

- ***New York hospitals revealed Friday that 42% of COVID patients were admitted for other reasons, and tested positive for the virus only incidentally***
- ***In NYC, the rate is higher with 51% of COVID patients admitted for other reasons***
- ***Gov. Hochul pushed for the data after seeing total hospitalizations hold steady***
- ***Omicron appears to be driving a higher rate of incidental hospitalization***

By Keith Griffith For Dailymail.com
Published: 15:17 GMT, 8 January 2022 | Updated: 16:02 GMT, 8 January 2022

Under pressure from Governor Kathy Hochul, hospitals in New York have disclosed that nearly half of their so-called COVID-19 patients currently hospitalized were admitted for other reasons.

Of the roughly 11,500 COVID-19 patients currently hospitalized in the state, COVID was not included as one of the reasons for admission for 43 percent, according to data Hochul released on Friday.

In New York City, the rate was even higher, with 51 percent of current COVID patients classified as 'with' COVID, as opposed to 'for' the virus.

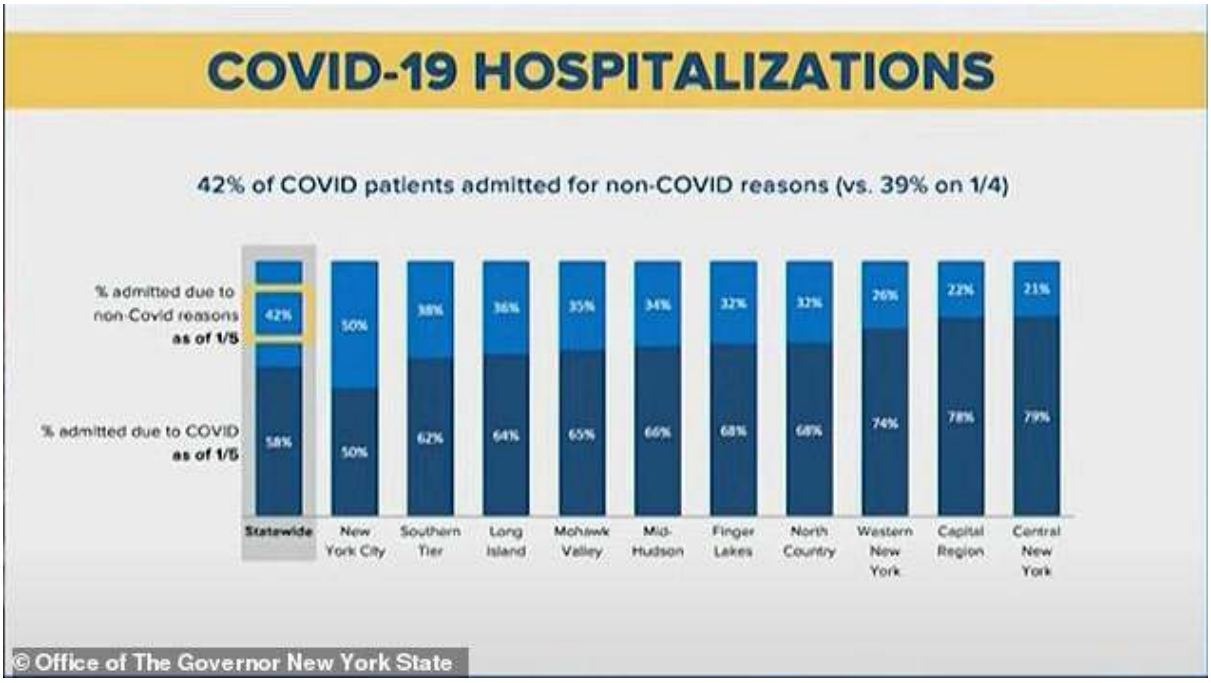
In patients 'with' COVID, they were hospitalized for unrelated reasons, such as injuries in a car crash, but tested positive for the virus on the routine screening administered to all new patients and were subsequently reclassified as COVID admissions.

On Friday, for the second consecutive day, New York State saw its highest death toll from COVID-19 since the beginning of vaccinations and while things aren't as dire as during the pandemic's peak, cases continue to go up.

The state recorded 82,094 new cases of coronavirus and 155 new deaths due to COVID. New York City alone is responsible for 32,799 cases and 586 new hospitalizations. Cases are about six times as high among the unvaccinated as they are among those who've gotten the shot.

Researchers at Washington University modeling the next stage of the pandemic expect Omicron to kill up to 99 per cent fewer people than Delta, as scientists say that the variant is less deadlier than the flu.

Video playing bottom right...
Click here to expand to full page



Hospitals in New York have disclosed that nearly half of their so-called COVID-19 patients currently hospitalized were admitted for other reasons

New York Governor Kathy Hochul this week ordered hospitals to begin revealing the distinction, which earned her praise for the increased transparency

Hochul explained at a press conference on Friday that the state has seen a sharp increase in covid hospitalizations during the Omicron surge, but she wanted to know whether severe infections were actually driving the surge.

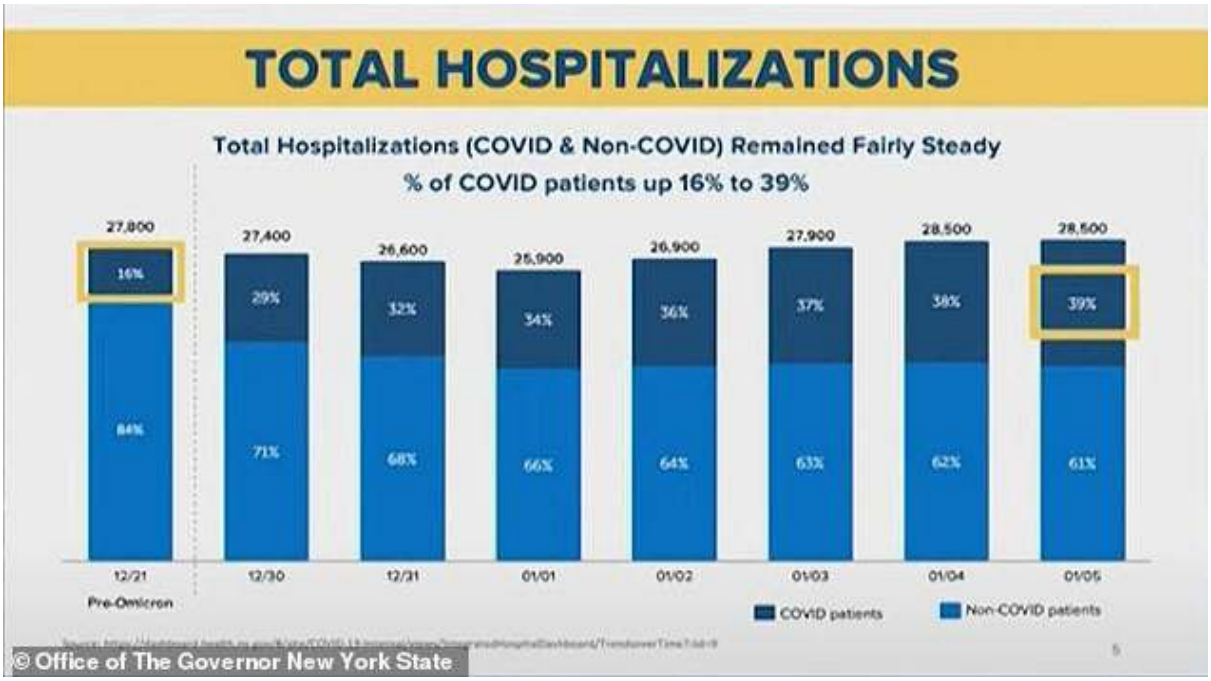
'This has troubled me, what do those numbers actually mean?,' she said. 'Who is being admitted for covid purposes that they're sick enough to have to be hospitalized for covid, it's that severe, versus people who are admitted to hospital...who are in there for other reasons?'

'Think of all the other reasons people end up in a hospital. It's an overdose, it's a car accident, it's a heart attack,' Hochul said.

Hochul issued her order to change the reporting methods for covid hospitalizations on Monday, but did not get the first breakdown until Friday.

The governor explained that she was prompted to investigate the issue after noticing that the number of people hospitalized for any reason had remained roughly steady since December 21, even while the share of new admissions testing positive for COVID surged from 16 to 42 percent.

Hospitalizations classified as COVID have been rising sharply in New York, but the new data sheds more light on how many are actually due to the virus



Hochul said she was prompted to investigate after noticing that total hospitalizations (above) were remaining fairly steady, even as a greater share were classified as COVID

Disgraced former governor Andrew Cuomo never revealed this key distinction in the earlier phases of the pandemic, and Hochul, a Democrat, won praise even from conservatives for shedding light on the issue.

'The breakdown should go a long way to calming needless fears, since getting hit so hard by the virus that you need hospital care is the main worry for most of us,' wrote the New York Post editorial board.

'What a change from her predecessor, who actively concealed information at the height of the pandemic,' the editorial added.

Worth noting, the figures released on Friday only relate to current hospitalizations -- they are not a breakdown of reasons for admission throughout the pandemic.

It is possible that the Omicron variant, which is highly contagious but appears much milder than earlier strains, is more likely to cause a larger number of incidental hospitalizations 'with' COVID.

Region	COVID-19 Patients currently hospitalized	Admitted due to COVID or complications of COVID	% Admitted due to COVID or complications of COVID	Admitted where COVID was not included as one of the reasons for admission	% Admitted where COVID was not included as one of the reasons for admission
Capital Region	361	277	77%	84	23%
Central New York	262	210	80%	52	20%
Finger Lakes	603	401	67%	202	33%
Long Island	2,060	1,273	62%	787	38%
Mid-Hudson	1,231	793	64%	438	36%
Mohawk Valley	133	88	66%	45	34%
New York City	6,052	2,992	49%	3,060	51%
North Country	95	64	67%	31	33%
Southern Tier	214	131	61%	83	39%
Western New York	537	391	73%	146	27%
Statewide	**11,548**	**6,620**	**57%**	**4,928**	**43%**

© The City NY via Twitter

A regional breakdown shows that New York City has the greatest percentage of incidental COVID hospitalizations, but the reason for the regional difference is unclear

A patient is brought to a hospital emergency entrance, during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic, in Manhattan on January 5, 2022

A recent Centers for Disease Control and Prevention study found that in July and August, when the Delta strain was dominant, about 78 percent of children and adolescents hospitalized with COVID were admitted for acute symptoms of the disease.

Only 20 percent had 'incidental' infections on admission for other reasons, while the remaining 2 percent had had "multisystem inflammatory syndrome", a rare COVID-related condition.

But New York City health officials have never revealed this distinction in their own data, and were forced to address the issue after Hochul issued her demand for the statistics earlier this week.

'As you would expect because there's so much community transmission, we've had people [in] car accidents COVID positive, coming to deliver a baby, COVID positive,' said Dr. Mitchell Katz, the CEO of the city's public hospital system, at a press conference on Thursday.

'Absolutely, there are people as part of those hospital statistics who are COVID cases.'

Could Omicron be even LESS deadly than seasonal flu? Scientists believe ultra-infectious strain may kill 100 TIMES fewer people than Delta

Omicron could be even less deadly than flu, scientists believe in a boost to hopes that the worst of the pandemic is over.

Some experts have always maintained that the coronavirus would eventually morph into a seasonal cold-like virus as the world develops immunity through vaccines and natural infection. But the emergence of the highly-mutated Omicron variant appears to have sped the process up.

MailOnline analysis shows that in the United Kingdom, Covid killed one in 33 people who tested positive at the peak of the devastating second wave last January, compared to just one in 670 now. But experts believe the figure could be even lower because of Omicron.

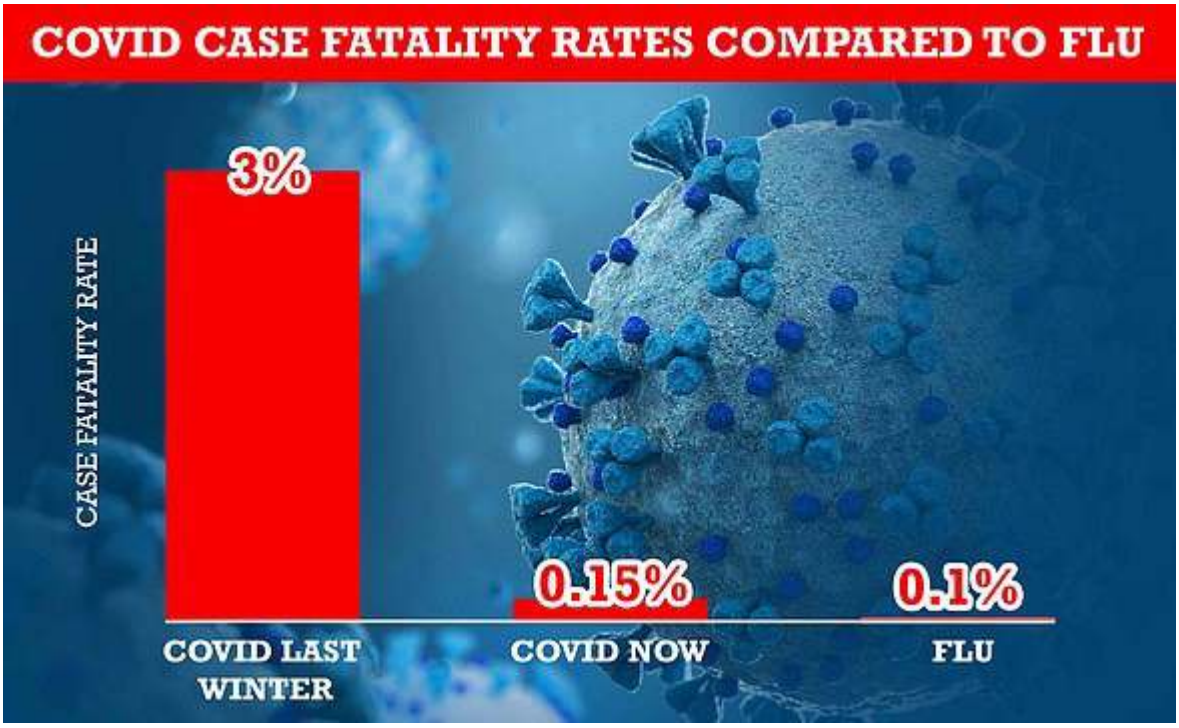
The case fatality rate — the proportion of confirmed infections that end in death — for seasonal influenza is 0.1, the equivalent of one in 1,000.

Researchers at Washington University modeling the next stage of the pandemic expect Omicron to kill up to 99 per cent fewer people than Delta, in another hint it could be less deadly than flu.

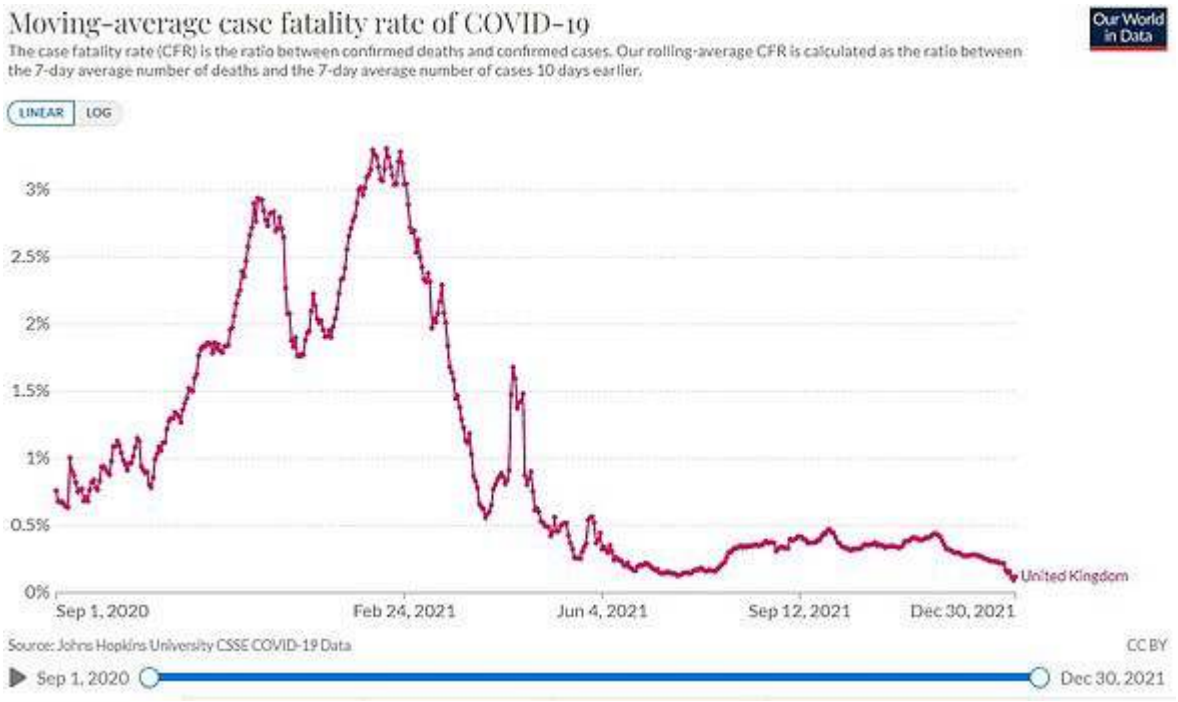
No accurate infection-fatality rate (IFR), which is always just a fraction of the CFR because it reflects deaths among everyone who catches the virus, has yet been published for Delta.

If Omicron is 99 percent less lethal than Delta, it suggests the current IFR could be as low as 0.0025 per cent, the equivalent of one in 40,000, although experts say this is unlikely. Instead, the Washington modeling estimates the figure actually sits in the region of 0.07 per cent, meaning approximately one in 1,430 people who get infected will succumb to the illness.

Leading researchers estimate flu's IFR to sit between 0.01 and 0.05 per cent but argue comparing rates for the two illnesses is complicated.



Mail Online analysis shows the UK's case fatality rate — the proportion of confirmed infections that end in death — has shrunk 21-fold from three per cent during the darkest days of the second wave last winter before the vaccine rollout to 0.15 per cent at the end of December. For comparison, widely-circulated data suggests seasonal influenza has a case-fatality rate of around 0.1 per cent



The Oxford University team behind Our World in Data estimates that the UK's IFR rate is currently 0.1 per cent. At the peak of the wave last winter, they estimated three per cent of

those who caught Covid died from the virus. The declining IFR will be impacted by the increase in testing capacity this year, as comparatively more cases are now being detected

Gideon Meyerowitz-Katz, an epidemiologist at the University of Wollongong in Australia, told MailOnline his 'very rough best guess' was that triple-jabbed people were at the same risk from Omicron as they are from the flu. 'Add the new medications into the mix and it gets even more complex,' he added.

But scientists today leaped on the estimates, saying it was more proof that the worst days of the pandemic were over and that Britain needs to get back on the path to normality.

Professor Robert Dingwall, a former JCVI member of and expert in sociology at Nottingham Trent University, told MailOnline it will be a few weeks until there are definitive Omicron fatality rates, but if they are consistent with the findings that it is less severe 'we should be asking whether we are justified in having any measures we would not bring for a bad flu season'.

He said: 'If we would not have brought in the measures in November 2019, why are we doing it now? What's the specific justification for doing it?

'If the severity of Covid infection is falling away to the point that it is comparable with flu then we really shouldn't have exceptional levels of intervention.'

There would be no justification in having 'any restriction we didn't previously have' if the modelling is confirmed in the coming weeks, Professor Dingwall said."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.dailymail.co.uk/news/article-10381687/New-York-hospitals-admit-nearly-HALF-COVID-patients-admitted-unrelated-maladies.html?ito=native_share_article-masthead

und

https://www.dailymail.co.uk/news/article-10381687/New-York-hospitals-admit-nearly-HALF-COVID-patients-admitted-unrelated-maladies.html?ito=native_share_article-masthead

- als Anlagen B 132 und B 133 -

Ferner:
bb) "***Corona-Zahlen falsch? Patienten mit Covid nicht wegen Corona im Krankenhaus***

Erstellt: 29.12.2021, 07:40 Uhr
Von: Natalie-Margaux Rahimi

Die Hospitalisierungsrate entscheidet über die Corona-Regeln. Aber offenbar werden auch Patienten dazugezählt, die nicht wegen Corona behandelt werden.

Hamburg – Wer mit Corona im Krankenhaus behandelt werden muss, der wird bei der sogenannten Hospitalisierungsrate erfasst. So soll tagesaktuell das Infektionsgeschehen

bewertet werden, um eine eventuelle Überlastung der Krankenhäuser schnellstmöglich erkennen und dann frühzeitig Maßnahmen ergreifen zu können.

Wie eine Umfrage der BILD bei den Landesgesundheitsministerien ergibt, sollen dort aber auch Patienten mit eingerechnet werden, deren Corona-Infektion gar nicht ursächlich für den Krankenhausaufenthalt war.

Virus:	*Coronavirus*
Krankheitserreger:	*SARS-CoV-2*
Vorkommen:	*Weltweit*
Erster bekannter Fall:	*1. Dezember 2019*

Falsche Hospitalisierungsraten? Viele "Corona-Patienten" offenbar nicht wegen Corona im Krankenhaus

Wie die BILD-Zeitung hinter ihrer Paywall berichtet, werden offenbar Patienten bei der Ermittlung der entscheidenden Hospitalisierungsrate mitgezählt, die zwar positiv auf Corona getestet wurden, bei denen die Infektion aber nicht der Grund für die Behandlung im Krankenhaus ist.

Ein Pfleger versorgt auf einer Covid-19-Intensivstation Corona-Patienten.

So sollen im Saarland zwischen dem 22. November und 19. Dezember 260 Patienten mit Corona im Krankenhaus behandelt worden sein – so die offizielle Corona-Statistik. Allerdings war in nur 126 Fällen die Corona-Infektion auch ursächlich für die Behandlung im Krankenhaus. Bei 33 Prozent der Infizierten war der Grund für den Krankenhausbesuch ein ganz anderer und bei 18 Prozent war der Grund gar unbekannt. Das könnte Sie auch interessieren:

Viele Patienten nicht wegen Corona im Krankenhaus – zählen aber dennoch in die Corona-Statistik rein

Auch in Bremen gibt es offenbar eine Differenz zwischen Patienten, die mit und Patienten, die wegen Corona im Krankenhaus behandelt werden mussten. So sollen laut BILD von den 176 Patienten nur 120, also 68 Prozent der Patienten, tatsächlich wegen Corona ins Krankenhaus gekommen sein – bei 32 Prozent gab es einen anderen Grund.

Das könnte Sie auch interessieren: Neue Studie zu Omikron: 80 Prozent geringeres Risiko für Krankenhausaufenthalt.

Und auch in Rheinland-Pfalz soll es diese Ungereimtheiten geben. Am 22. Dezember meldete das Bundesland für die vergangenen sieben Tage 139 Patienten, die mit einem positiven Corona-Test ins Krankenhaus eingeliefert worden. Tatsächlich konnten die Behörden aber nur bei 55 Patienten (44 Prozent) Corona als Grund für die Einlieferung ausmachen.

24hamburg.de Newsletter

Im Newsletter von 24hamburg.de stellt unsere Redaktion Inhalte aus Hamburg, Norddeutschland und über den HSV zusammen. Täglich um 8:30 Uhr landen sechs aktuelle Artikel in Ihrem Mail-Postfach – die Anmeldung ist kostenlos, eine Abmeldung per Klick am Ende jeder verschickten Newsletter-Ausgabe unkompliziert möglich.

Das Robert Koch-Institut fordert laut BILD, dass nur Fälle gemeldet und gezählt werden sollen, "die aufgrund ihrer Covid-19-Erkrankung hospitalisiert wurden". Offensichtlich ist dies jedoch gegenwärtig nicht der Fall. Das gehe aus Recherchen der Welt am Sonntag hervor. Inwieweit auch in Hamburg Patienten in die Statistik einfließen, deren Corona-Infektion nicht der Grund für die Behandlung im Krankenhaus ist, ist indes nicht bekannt."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.24hamburg.de/hamburg/corona-patienten-krankenhaus-hamburg-lage-intensivstationen-umfrage-hospitalisierungsrate-91202563.html **- als Anlage B 134 -**

Ebenso:

cc) "*Umfrage deckt auf*

Fehler bei Hospitalisierungsrate? Viele Patienten offenbar nicht wegen Corona in Klinik

Die Hospitalisierungsrate bestimmt über die Corona-Maßnahmen. Doch offenbar zählen dort auch Menschen, die nicht wegen Corona im Krankenhaus sind.

Hamburg – Wer mit Corona im Krankenhaus behandelt werden muss, spielt bei der Berechnung der sogenannten Hospitalisierungsrate eine große Rolle. Und die Höhe dieser Quote entscheidet über die Corona-Regeln und Maßnahmen von Bund und Ländern. Wie eine Umfrage der BILD (hinter Paywall) zeigt, werden jedoch offenbar auch Patienten mitgezählt, bei denen die Corona-Infektion gar nicht die Ursache für den Krankenhausaufenthalt war.
Wie viele Patienten gar nicht wegen Corona im Krankenhaus sind und was das für die Hospitalisierung bedeutet, verrät 24hamburg.de hier.*

Bei der Umfrage hatte die BILD verschiedene Landesgesundheitsministerien kontaktiert und interessante Erkenntnisse zur Erhebung der Corona-Statistik erhalten. Das RKI fordert laut des Berichts, dass nur Fälle gemeldet und gezählt werden, bei denen die Infektion ursächlich für den Krankenhausaufenthalt war."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.fr.de/panorama/fehler-bei-hospitalisierungsrate-viele-patienten-offenbar-nicht-wegen-corona-in-klinik-zyx-zr-91202586.html **- als Anlage B 135 -**

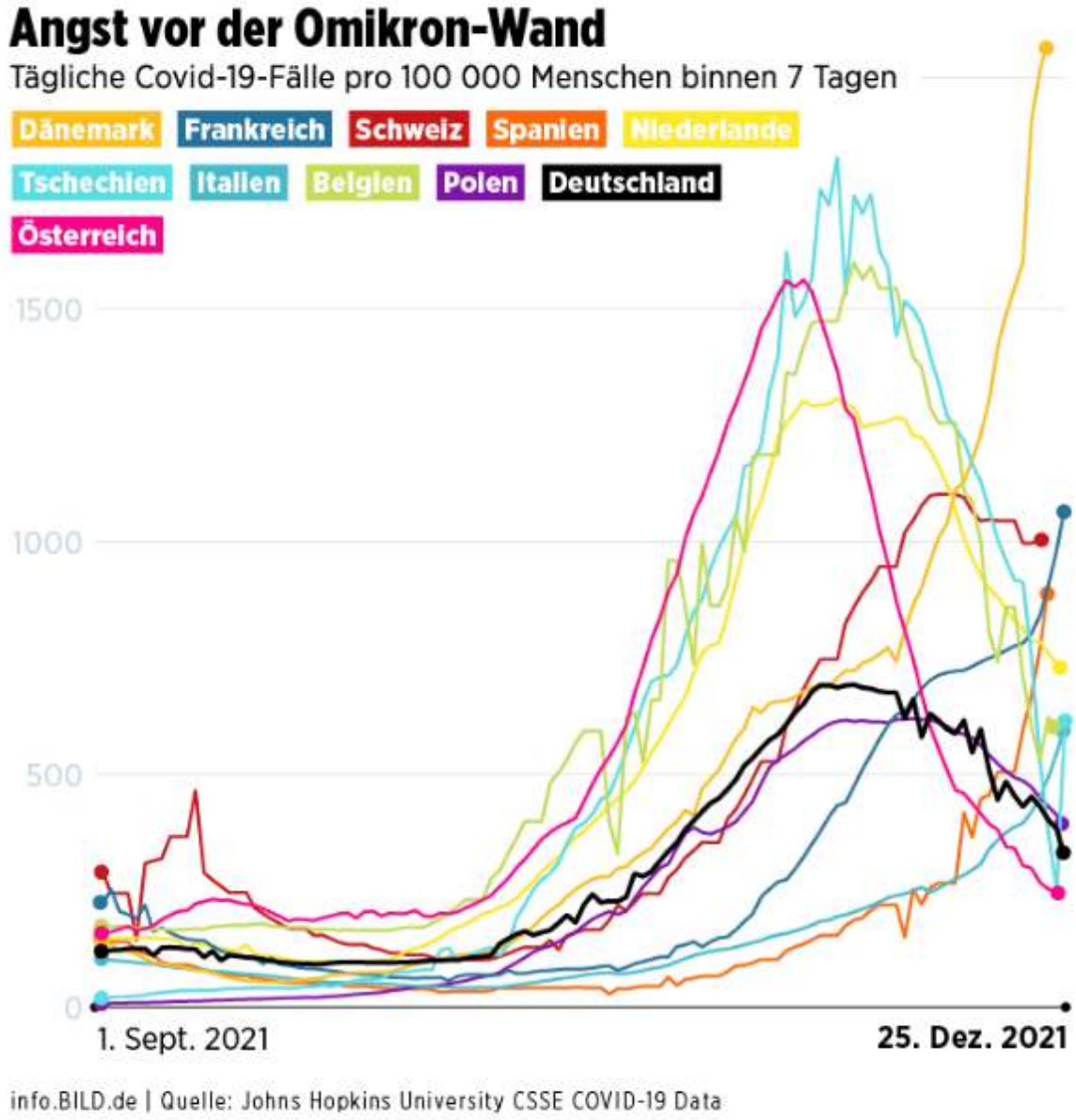
ee) “***Obwohl sie so in der Statistik stehen Viele “Corona-Patienten“ NICHT wegen Corona in der Klinik***

Foto: Bodo Schackow/dpa
veröffentlicht am 27.12.2021 - 10:27 Uhr

Viele Menschen, die als Corona-Patienten gezählt werden, sind nicht wegen Corona im Krankenhaus.

Das ergab eine BILD-Umfrage bei den Landesgesundheitsministerien.
So wurden im Saarland zwischen dem 22. November und dem 19. Dezember 260 Patienten ins Krankenhaus gebracht, die in der Statistik als Corona-Patienten auftauchen.

Aber: Nur 126 (48 %) von ihnen waren wegen Corona im Hospital. Bei 86 (33 %) weiteren war der Grund wohl ein ganz anderer; sie wurden nur zusätzlich zu einer anderen Krankheit oder Verletzung positiv getestet. Bei 48 Personen (18 %) war der Grund unbekannt.



Baden-Württemberg nahm im selben Zeitraum 4771 neue Patienten als "Corona-Patienten" in die Statistik auf. Bei 3736 von ihnen kennt man den Grund, warum sie ins Krankenhaus mussten: bei 3406 (91 %) lag es tatsächlich an Corona, bei weiteren 330 (9 %) aber aus anderen Gründen.

Trotzdem stehen sie als "Corona-Patienten" in der Statistik!

In Bremen: 176 im Krankenhaus als "Corona-Patienten", davon aber nur 120 (68 %) tatsächlich wegen Corona, 56 (32 %) aus anderen Gründen – lediglich mit Corona.

Rheinland-Pfalz meldete am 22. Dezember, dass in den vergangenen sieben Tagen 139 Patienten mit einem positiven Corona-Test hospitalisiert wurden – und daher auch als Corona-Patienten gezählt werden.

Tatsächlich wissen die Behörden nur von 55 Fällen (40 %), in denen Corona auch der Grund für die Krankenhauseinweisung war.

Brisant: Alle als Corona-Patienten gemeldeten Fälle fließen in die Hospitalisierungsinzidenz ein. Dabei verlangt das Robert-Koch-Institut, dass nur Fälle gezählt werden sollen, "die aufgrund ihrer Covid-19-Erkrankung hospitalisiert wurden".Dies teilte die Behörde der WELT am SONNTAG mit."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bild.de/bild-plus/politik/inland/politik-inland/viele-corona-patientennicht-wegen-corona-in-der-klinik-78649930,view=conversionToLogin.bild.html?ref=fbpa&cid=social.bildsocial.exactagconverter.acquisition.bild_plus.78649930.plus.youtube.YoutubeHaupt

- als Anlage B 136 -

ee) Kein plausibler Einwand möglich und Schlussfolgerung

So mancher Zeitgenosse wird den Einwand erheben, dass es doch letztlich egal sei, warum PCR-positiv getestete Personen im Krankenhaus oder gar auf der Intensivstation liegen, denn Behandlung und Krankenhaus(intensiv-)personal werden doch auch durch Fake-Covid-Patienten in Anspruch genommen. Diese Argumentation ist jedoch gänzlich unhaltbar. Denn egal, ob Maskenpflicht, Abstandsgebote oder eine (bereichsbezogene) Impfpflicht: Das behauptete Ziel war und ist stets, dass man hierdurch ganz maßgeblich eine (angeblich nicht durch Abbau der Intensivbetten maßgeblich beförderte) Überlastung des Gesundheitssystems verhindern oder zumindest abmildern könnte. Die bis zu 50% (!) Fake-Covid-Patienten, die nur eine typische Krebstherapie (Chemobehandlung) oder typische Medikamente nach einem Herz- oder Hirninfarkt bekommen, und nur gelegentlich dieser Behandlungsbedürftigkeit PCR-positiv getestet werden, deren Anzahl kann auch durch eine **Covid**-Impfpflicht nicht reduziert werden (wohl aber durch schlichtes Nichttesten) – da müsste man wenn, dann schon eine Krebs-Impfpflicht oder eine Impfpflicht gegen Herzinfarkt, Hirninfarkt, Schädeltrauma etc. einführen, die es aber ohnehin nicht gibt.

Der Gesetzgeber hat die große Zahl der "unechten" Covid-Patienten in den Kranken-häusern und auf den Intensivstationen nicht ermittelt, nicht bedacht und nicht erkannt, dass selbst ein hilfsweise unterstellter gewisser Nutzen einer (vgl. § 20a IV BIfSG n.F.: Dauer-)Impfpflicht in seiner Wirksamkeit **massiv dadurch reduziert** wird, dass bis zu jeder zweite der offiziellen Covid-Patienten ohnehin aus ganz anderen Gründen dem Gesundheitssystem erhalten bleiben wird!

ff) Der behauptete (Rest-)Nutzen einer bereichsbezogenen Impfpflicht wird aber nochmals deutlich aus folgendem Grund reduziert:

In den Krankenhäusern besagt lediglich die Hauptdiagnose, ob es sich um einen Herz- oder Hirninfarkt, um eine Krebserkrankung oder um ein Schädeltrauma oder um irgend-etwas anderes handelt. Nur dann, wenn in der Hauptdiagnose die verschiedenen ICD-10-Codes (=

“International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, in etwa: Internationale Einteilung der Krankheiten) für akute Atemwegsinfektionen stehen, kann man davon ausgehen, dass es sich bei den meisten Fällen um “echte“ COVID-19-Patienten handelt; d.h. um solche, bei denen nicht nur ein positiver PCR-Test, nicht nur (vielleicht oder nicht einmal) vermehrungsfähiges Virus im Patienten, sondern auch eine ernsthafte Covid-19-Lungenerkrankung vorliegt. In den sonstigen Fällen handelt es sich zwar um PCR-positiv getestete Patienten, die aber aus ganz anderen Gründen intensiv-medizinischer Betreuung bedürfen (s.o.).

Das RKI bestätigt diesen Befund zumindest indirekt. Seit dem 30.09.2021 ist das RKI dazu übergegangen, zumindest in seinen “Wochenberichten“, darzulegen, welche Co-vid-19-Patienten die ICD-10-Codes J09-J22, haben, also eine sog. SARI (= Schwere Akute Respiratorische Infektion)-Hauptdiagnose aufweisen. Somit gibt es seit 30.09.2021 letztlich zwei Versionen von COVID-19-Patienten auf den Intensivstationen. Im RKI-Wochenbericht vom 11.11.2021, dort S. 13f., abrufbar unter

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-11-11.pdf?__blob=publicationFile **- als Anlage B 137 -**

heißt es:

“*In der ICD-10-Code basierten Krankenhaus-Surveillance von schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI) (ICD-10-Codes J09 bis J22: Hauptdiagnosen Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) werden neu im Krankenhaus aufgenommene Patientinnen und Patienten mit einem ICD-10-Code für SARI in der DRG-Hauptdiagnose erfasst, einschließlich noch hospitalisierter Personen. Zu beachten ist deshalb, dass es sich im Folgenden um eine Auswertung vorläufiger Daten handelt, die sich durch nachträglich eingehende Informationen noch ändern können. In der 44. KW 2021 ist die Zahl der SARI-Fälle im Vergleich zur Vorwoche insgesamt leicht zurückgegangen. Dennoch ist die Zahl der SARI-Fälle in der Altersgruppe 0 bis 4 Jahre weiterhin sehr hoch und liegt deutlich über den Werten, die sonst üblicherweise zu dieser Jahreszeit beobachtet wurden. Bei 65 % der SARI-Fälle zwischen 0 und 4 Jahren wurde in der 44. KW 2021 eine RSV-Diagnose vergeben. In den Altersgruppen ab 35 Jahre ist die Zahl der SARI-Fälle erhöht und liegt über den Werten der Jahre vor der COVID-19-Pandemie, jedoch auf einem ähnlichen Niveau wie in der 44. KW der Vorsaison 2020/2021.*

In der 44. KW 2021 ist der Anteil an COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen im Vergleich zur Vorwoche weitestgehend stabil geblieben. So wurden in der 44. KW 2021 bei insgesamt 33 % (Vorwoche: 31 %) aller neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (Hauptdiagnose Influenza, Pneumonie oder sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege) eine COVID-19-Diagnose vergeben (Abbildung 11). Hierbei war der Anteil der COVID-19-Erkrankungen bei SARI-Fällen in den Altersgruppen zwischen 15 und 79 Jahre mit über 50 % besonders hoch.

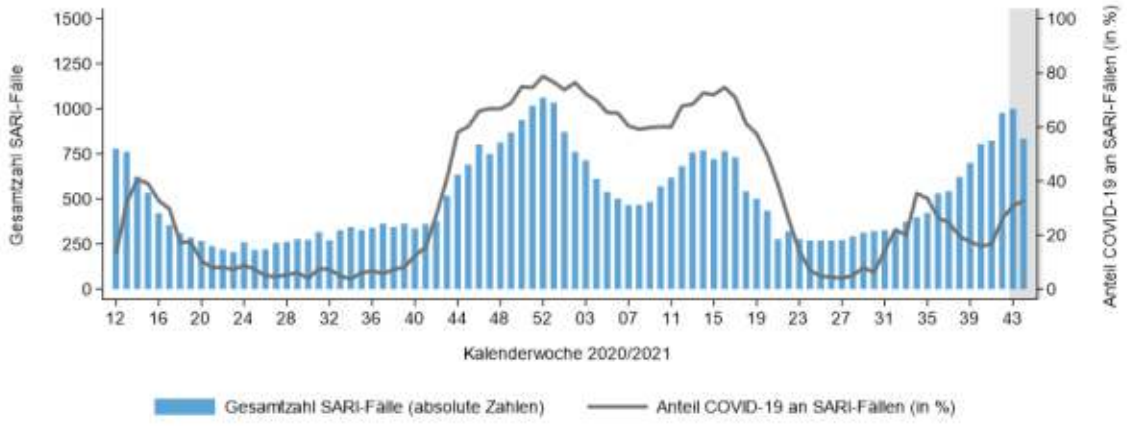


Abbildung 11: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 12. KW 2020 bis zur 44. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Intensivpflichtige COVID-19-Fälle mit einer SARI

In Abbildung 12 ist der Anteil von COVID-19-Fällen unter allen intensivpflichtigen SARI-Patientinnen und Patienten dargestellt. Dieser Anteil ist in der 44. KW 2021 deutlich angestiegen und lag bei insgesamt 64% (Vorwoche 51%).

Abbildung 12: Wöchentliche Anzahl der neu im Krankenhaus aufgenommenen SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09-J22) mit Intensivbehandlung sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1!) unter SARI-Fällen mit Intensivbehandlung, einschließlich noch hospitalisierter Patientinnen und Patienten, von der 12. KW 2020 bis zur 44. KW 2021, Daten aus 72 Sentinelkliniken. Für den grau markierten Bereich ist in den folgenden Wochen noch mit Änderungen in den Fallzahlen zu rechnen.

Der Anteil intensivmedizinisch betreuter COVID-19-Patienten mit SARI-Symptomatik schwankt somit zwischen rund 3 bis zu 80 Prozent. Allerdings bedeutet dies gerade nicht, dass es jetzt zwischen 3 und 80 Prozent mehr SARI-Fälle geben würde! Das ist nicht der Fall. Die Initiative Qualitätsmedizin belegte in einer, soweit ersichtlich unwidersprochen geblieben, Studie

Beweis und Glaubhaftmachung:
https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie **- als Anlage B 138 -**

dass die Zahlen der schweren Atemwegsinfekte (SARI-Erkrankungen), die stationär behandelt wurden, erstaunlich unverändert blieben! Ein Vergleich der jeweils ersten Quartale der Jahre 2019 bis 2021 zeigt, dass 2020 und 2021 die Gesamtzahl der SARI-Fälle deutlich niedriger war als im ersten Quartal des Jahres 2019, ebenso die Zahl derjenigen Fälle, die intensivmedizinischer Betreuung bedurften, und auch die Zahl der an SARI Verstorbenen war 2019 höher als 2020.

In der KW 44. (1. bis 7. November) behauptete das RKI im Vergleich zur Vorwoche bezüglich Patienten mit COVID-19 als Nebendiagnose und SARI-Symptomen in der Hauptdiagnose einen Anstieg von 51 auf 64 Prozent. Am 13.11.2021 werden im "Tagesbericht" des RKI 2.941 COVID-19-Fälle als Intensivpatienten ausgewiesen. Doch wie viele davon einen SARI-Code als Hauptdiagnose haben, bleibt einmal mehr unklar.

Es ist daher sehr naheliegend, dass sehr viel weniger Menschen mit SARI-Covid-Diagnosen auf den Intensivstationen liegen als offiziell behauptet wird. Auch dies reduziert einen – hilfsweise grundsätzlich unterstellten – gewissen Nutzen der Impfungen nochmals zusätzlich.

Aus dem Vorgenannten folgt einmal mehr, dass die Impfpflicht erkennbar unverhältnismäßig ist und dass Gesetzgeber und Bundesregierung sowie auch die Landesregierungen viele zentrale Tatsachen weder ermittelt noch gewürdigt haben. Dies kann keine verfassungsrechtliche Basis sein für die intensivsten Grundrechtseingriffe seit der Staatsgründung.

d) Strukturelle Mängel im Bereich der Impfschadensmeldungen an das PEI

Entgegen landläufiger Meinung bilden die Berichte des PEI mitnichten die tatsächliche Zahl an ernsthaften Impfnebenwirkungen und Impfschäden ab! Dies hat mehrere Ursachen:

Das Paul-Ehrlich-Institut hat keine rechtliche Handhabe, Untersuchungen/Obduktionen anzuordnen. Es fragt, wenn überhaupt, dann immer nach den Ergebnissen von Untersuchungen und Obduktionen vor Ort. M.a.W., die Gesundheitsämter und Staatsanwaltschaften vor Ort entscheiden selbständig, wann sie einen Todesfall nach einer Impfung näher untersuchen und wann nicht – und fast immer ist in der Praxis das Aufklärungsinteresse extrem gering, was wiederum auf vielen Gründen beruht:

- Überlastung der Gesundheitsämter und Staatsanwaltschaften

- Nähe zur Pharmaindustrie;

- oft fehlen auch Staatsanwaltschaften und sogar Mitarbeitern der Gesundheitsämter die erforderlichen Kenntnisse, um einen medizinischen begründeten Verdacht auf einen Impfschaden bewerten zu können.

Wegen der Einbindung in die Impfkampagne können die Gesundheitsämter in Interessenkonflikte geraten. Das betrifft auch die impfenden Ärzte hinsichtlich ihrer Meldepflicht, zumal diesen das zeitaufwändige und bürokratische Übermitteln von Verdachtsfällen (sowie, falls Rückmeldungen und Rückfragen des PEI kommen, die weitere Kommunikation mit dem PEI) nicht extra honoriert wird.

Diesen Konflikt sehen auch Fachleute, und zwar solche, die sich mit der Thematik der Obduktionen auskennen. Der bekannte Heidelberger Pathologe Peter Schirmacher warnte vor einigen Monaten vor einer “hohen Dunkelziffer an Impftoten“. Er forderte zu Recht mehr rechtsmedizinische Untersuchungen. Schirmacher hatte über 40 kurz nach einer Corona-Impfung Verstorbene obduziert. Sein Fazit: Bei 30 bis 40 Prozent dieser Fälle sei die Gabe des Vakzins die wahrscheinlichste Todesursache. Auch eine ärztliche Mitarbeiterin eines Gesundheitsamtes hatte Mut und gab der Berliner Zeitung Auskunft. Auch sie räumte unverblümt ein, dass sie aufgrund ihrer Erfahrungspraxis von einer “erheblichen Untererfassung von Impfkomplikationen inklusive Todesfolge“ ausge-he. Sie bemängelte eine schlechte, gesetzeswidrige “Meldemoral“ der Ärzte.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/mannheim/schirmacher-100.html
- als Anlage B 139 -

2.
https://www.berliner-zeitung.de/open-source/medizinerin-es-gibt-keine-kontrolle-ob-eine-impfkomplikation-gemeldet-wird-li.184157:

“***Medizinerin geht davon aus, dass nicht alle Impftoten erfasst werden***

Antje Greve ist ärztliche Mitarbeiterin eines Gesundheitsamtes. Sie geht von einer “erheblichen Untererfassung von Impfkomplikationen inklusive Todesfolge“ aus.

Antje Greve, 21.9.2021 - 14:55 Uhr

Berlin - Der Fall der Berliner Opernsängerin Bettina Ranch bewegt die Gemüter. Ranch hatte sich vor einigen Wochen gegen Corona impfen lassen. Seitdem leidet sie unter so schweren Nebenwirkungen, dass sie alle Auftritte absagen musste. Ein Arzt diagnostizierte eine leichte Gesichtslähmung sowie Ataxie, Ranch ist in medizinischer Behandlung. Gegen einen der Ärzte erhebt Ranch schwere Vorwürfe, da er die Nebenwirkungen nach ihrer Aussage nicht an die zuständigen Stellen gemeldet haben soll. Bei der Berliner Zeitung meldete sich daraufhin Dr. med. Antje Greve. Sie ist ärztliche Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes Karlsruhe. Sie schreibt:

“Als ärztliche Mitarbeiterin eines Gesundheitsamtes wundert mich die Schilderung von Frau Ranch nicht. Leider halten sich manche Ärzte nicht an die Meldepflicht nach Paragraph 6 (1) Satz 3 IfSG, demnach jede über das übliche Ausmaß gehende Impfreaktion an das Gesundheitsamt zu melden ist. Dieses gibt die Daten an das Paul-Ehrlich-Institut weiter.

*Wenn das Gesundheitsamt von nicht gemeldeten Impfkomplikationen erfährt (zum Beispiel aus dem Umfeld von Mitarbeiter*innen) geht es dem nicht nach, sondern unterstellt, dass der behandelnde Arzt dies schon dem Paul-Ehrlich Institut oder dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte oder der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gemeldet hat.*

Eine schlechte Meldemoral bezüglich Tod nach Corona-Impfung

Die vielen Meldemöglichkeiten bringen das Problem mit sich, dass überhaupt keine Kontrolle besteht, ob eine Impfkomplikation überhaupt irgendwohin gemeldet wurde. Es müsste eine einzige Meldestelle geben, beziehungsweise die Einhaltung der Meldepflicht an das Gesundheitsamt konsequent überwacht werden.

Eine schlechte Meldemoral bezüglich Tod nach Corona-Impfung lassen auch die Ergebnisse der Obduktionen in der Uni-Pathologie Heidelberg vermuten. Darüber wurde unter anderem in der Online-Version des Deutschen Ärzteblatts Anfang August berichtet. Der Chefpathologe Professor Schirmacher fand bei ungewöhnlich vielen, kurz nach Impfung Verstorbenen Hinweise auf einen ursächlichen Zusammenhang mit der Corona-Impfung. Dies wurde von Prof. Mertens in Frage gestellt, da ja eine Meldepflicht nach dem Infektionsschutzgesetz bestehe. Aber eine Meldepflicht bedeutet nicht, dass auch gemeldet wird.

Auch bei vielen Todesfällen durch Corona blieb die Meldung der Ärzte aus

Das haben wir im Gesundheitsamt im Herbst/Winter 2020 festgestellt, als für viele Todesfälle durch Covid, die wir durch den fast täglichen Kontakt mit betroffenen Heimen mitbekamen, die Meldung der behandelnden Ärzte ausblieb. Es musste sich eine Mitarbeiterin nur um das Eintreiben der Meldungen kümmern - in kleineren Gesundheitsämtern personell undenkbar.

Ich gehe von einer erheblichen Untererfassung von Impfkomplikationen, inklusive Todesfolge, nach Impfung aus. Bei deutlich sinkenden Todeszahlen durch Covid nähern sich die Todesraten von Covid-Toten und Impftoten weiter an und es wäre fatal, wenn eines Tages Gleichstand oder ein Überhang von Impftoten herrschte, ohne dass diese Tatsache anhand der Untererfassung überhaupt bemerkt würde.

Für Frau Ranch hoffe ich, dass die Gesichtslähmung ausheilt und möchte ihr für die Öffentlichmachung ihres Falles danken. Bei einem über sechs Monate anhaltenden Schaden kann sie bei ihrem Versorgungsamt einen Antrag auf Impfschaden nach dem Infektionsschutzgesetz stellen bei offenem Ausgang eines solchen Verfahrens.“

- als Anlage B 140 -

3. Ebenso erfreulich Klartext über die Praxis und Realität sprechend:

“***Nach Impfung erkrankt: Berliner Opernsängerin erhebt schwere Vorwürfe gegen Arzt***

Der Neurologe habe sich geweigert, Meldung über den Verdacht der Nebenwirkungen zu machen. Ranch hat sich nun selbst an das Paul-Ehrlich-Institut gewendet.
17.9.2021 aktualisiert 23.09.2021 - 08:03 Uhr

Die Opernsängerin Bettina Ranch plädiert für einen offenen Umgang mit den Nebenwirkungen von Corona-Impfungen.

Berlin - Die nach ihrer Impfung erkrankte Berliner Opernsängerin Bettina Ranch erhebt schwere Vorwürfe gegen einen der behandelnden Ärzte. So habe sich der Neurologe geweigert, Meldung über den Verdacht der Nebenwirkungen zu machen. Das teilt Ranch bei Instagram mit. Er habe ihr gesagt: "Wenn ich das alles melden sollte, könnte ich die Praxis zumachen. Dafür habe ich keine Zeit." Sie solle sich selber beim Gesundheitsamt darum kümmern. Der Mediziner habe ihr zudem "mit auf den Weg gegeben, dass er Impfbefürworter" sei. Ranch: "Danke. Das hilft mir natürlich weiter, ich habe mich ja auch impfen lassen … Eine schlimme Erfahrung!" Auch der Entlassungsbericht des Krankenhauses habe nicht den Tatsachen der Einweisung entsprochen. Ranch fühlt sich "machtlos, hilflos, wütend, traurig". Sie habe ihren Fall dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet.

Ranch: "Ich kann mittlerweile nicht mehr verstehen, warum bei so vielen eindringlichen Berichten von ähnlich Betroffenen immer noch zunächst auf einen Zufall plädiert wird." Es freue sie "sehr, dass es weitaus mehr Menschen ohne Probleme und Nebenwirkungen gibt, dennoch erbitte ich mir Akzeptanz und Verständnis für anders gelagerte Fälle".

Ranch hatte sich vor rund einem Monat impfen lassen. Wenig später bekam sie Kopfschmerzen und begann zu frieren. Zudem wurde ihr schwindelig, sie bemerkte nach eigenen Angaben Veränderungen an der Sing- und Sprechstimme. Daraufhin begab sie sich in ärztliche Behandlung. Die Mediziner stellten laut Ranch "eine Ataxie (Störung der Bewegungskoordination)" und eine "leichte Facialisparese" fest. Die Sängerin teilte weiter mit, dass "die Parese im oberen Gesichtsbereich lokalisiert ist, was momentan das professionelle Singen beeinträchtigt". Ranch musste daraufhin alle Auftritte absagen und ist weiter in ärztlicher Behandlung.

Opernsängerin will offenen Umgang mit den Nebenwirkungen der Impfungen

Die Opernsängerin leidet weiterhin an schweren gesundheitlichen Problemen. Es gehe ihr "weitestgehend unverändert, mal besser, mal schlechter". Es helfe ihr aber enorm, dass es "doch noch einige mehr gibt, die ähnliche Symptome haben und die gleichen Erfahrungen im medizinischen Umgang damit machen". Sie wünscht sich, dass "wir mit unseren gesundheitlichen Problemen zunehmend ernster genommen werden".

Nachdem sie ihre Geschichte öffentlich machte, meldeten sich viele Menschen bei ihr. Ranch: "Ich bin sehr berührt und überwältigt von so viel Anteilnahme und Mitgefühl, auch wenn ich zeitlich nicht in der Lage bin, jedem persönlich zu antworten. Bitte habt Verständnis dafür." Es helfe ihr in jedem Fall, "mich mit euch auszutauschen". Und weiter: "Mich bewegen die zahlreichen Berichte von ebenfalls auf verschiedene Art Betroffenen sehr, und ich möchte euch allen von Herzen viel Kraft, Geduld, starke Nerven und gute Genesung wünschen."

Die Berlinerin hofft zudem, dass Menschen, die an Nebenwirkungen leiden, "nicht einseitig in eine gesellschaftlich-ideologische, oder gar psychosomatische Schublade gesteckt werden". Zudem möchte sie keinesfalls "von Impfgegnern für ihre Kampagne genutzt

werden“. Ihr Appell an Politik und Gesellschaft: “Ich denke, dass ein offener Umgang mit den Nebenwirkungen der Impfungen viel mehr geeignet ist, Menschen mit Bedenken gegenüber dieser medizinischen Behandlung in ihrer persönlichen Entscheidung zu unterstützen, als es alle direkten oder indirekten Zwangsmaßnahmen je erreichen können.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.berliner-zeitung.de/news/nach-impfung-erkrankt-berliner-opernsaengerin-erhebt-schwere-vorwuerfe-gegen-arzt-li.183431 **- als Anlage B 141 -**

Diese Berichte belegen, dass allein aus einer gesetzlichen Meldepflicht eben nicht geschlussfolgert werden kann, dass sich auch alle oder die exorbitant große Mehrheit der Ärzte, Staatsanwälte, Mitarbeiter der Gesundheitsämter etc. daran halten. Das wäre in etwa so, als wollte man ernsthaft aus der Tatsache, dass es doch ein Verbot gebe, in innerorts mehr als 50 km/h zu fahren, schlussfolgern, dass Verstöße hiergegen nur extremst selten vorkommen, weil gemessen an den täglichen Fahrtn durch alle deutschen Orte nur sehr wenige Fahrer wegen Geschwindigkeitsübertretung angezeigt würden. Dieser Schluss wäre nur dann vertretbar, wenn man annehmen wollte, dass in jeder Straße jeden Ortes Geschwindigkeitsmessgeräte oder Polizisten kontrollieren würden, weil insoweit ausreichende Kapazitäten zur Verfügung stünden.

Letzteres anzunehmen ist genauso “plausibel“ wie anzunehmen, dass

- jeder Arzt, der eine Impfung verabreicht, auf das Erkennen von Impfschäden spezialisiert ist und – wie könnte es in der Praxis auch anders sein … – alle Sicherheits-berichte des Paul-Ehrlich-Instituts gerne kennt und gerne liest, weil er natürlich genau wissen will, wenn das PEI, wieder einmal, eine neue (meist angeblich nur sehr seltene) Impfnebenwirkung anerkannt hat;

- jeder Mitarbeiter im Gesundheitsamt, der jeden Tag Werbung für die Impfkampagne macht, bei Impfschadensverdachtsfällen völlig ergebnisoffen und völlig unvoreingenommen eine Prüfung vornimmt, insbesondere so über eine Obduktion entscheidet oder

- dass bei den Gesundheitsämtern und Staatsanwaltschaften sowie bei der Gerichtsmedizin überhaupt genügend personelle Kapazitäten vorhanden sind, für ein noch nie da-gewesenes, mittlerweile zur Dauer gewordenes Massen-Impfexperiment (vgl. oben die Aussage: “*(…) in kleineren Gesundheitsämtern personell undenkbar.“*)

Es ist daher allerhöchsten Maße wahrscheinlich, dass die offiziellen Impfschadensmeldungen und die offiziellen Impftoten, die in den PEI-Berichten ausgewiesen werden, **nur einen Bruchteil der Realität** abbilden. Dann aber ist die Verhängung einer Impfpflicht per se unzumutbar und unangemessen, weil dann die Impfungen eben nicht, wie vom Gesetzgeber postuliert und fälschlicherweise völlig unkritisch angenommen, “*(…) gut verträglich(e) (…)*“

BT-Drs. 20/188, S. 1

sind – schon gar nicht kann diese angeblich gute Verträglichkeit zweifelsfrei bejaht werden. Menschen hierzu ohne Einzelfallprüfung des individuellen Risikos zu zwingen, ist daher eklatant unverhältnismäßig. Letztgenannte Aussage gilt für alle Eingriffe in alle Grundrechte, d.h. nicht nur für die Eingriffe in die beiden Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG.

Entgegen anderen Ländern (z.B. Italien zur Erhebung von Masern-Impfnebenwirkungen / -folgen) vermeidet es Deutschland bis heute, eine gezielte Datenerhebung zu betreiben zu möglichen Impfschäden, in dem es (zumindest) eine repräsentative, zufällig ausgewählte Menge an Impflingen über mindestens 6 Monate begleitet durch regelmäßige Befragungen und Erhebungen aller NACH der Impfung auftretenden gesundheitlichen Auffälligkeiten. Ausschließlich mit einer derartigen Methodik (sofern die Befragungen alle wesentlichen Bereiche abdeckt und häufig genug durchgeführt wird innerhalb der 6 Monate) kann sichergestellt werden, dass alle auftauchenden Folgewirkungen erfaßt werden. Erst die statistische Auswertung ermöglicht dann den Vergleich der erhobenen Krankheitsberichthäufigkeiten mit einer Vergleichsgruppe, in der keine Impfung in dem zurückliegenden halben Jahr stattgefunden hat. Das Fehlen einer solchen Methodik wird in Deutschland nicht einmal bemerkt - weder in der öffentlichen Presse noch in den Fachgesellschaften! Geschweige denn als Mangel öffentlich gerügt und eine Einrichtung einer solchen Methodik und statistischen Erfassung gefordert.

Das Meldeverfahren von Impfschäden an das PEI ist bürokratisch und aufwändig und wird zudem für die Ärzte mit keinem einzigen Cent vergütet! Auch das ist ein Argument, warum die grundsätzliche Bereitschaft von deutschen Ärzten, solche aufwändigen Impfschadensmeldungen überhaupt zu verfassen, gelinde gesagt, nicht sehr ausgeprägt ist.

Schon beim Meldeverhalten im Hinblick auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen gibt es offensichtlich erhebliche strukturelle Mängel in Deutschland:

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.aerzteblatt.de/archiv/175157/Unerwuenschte-Arzneimittelwirkungen-Warum-Meldungen-nicht-erfolgen:

"*Vor dem Hintergrund geschätzter Häufigkeiten von UAW (8) kann die in der Stichprobe gefundene geringe Meldehäufigkeit sowohl Ausdruck einer mangelnden Erkennung von UAW, eher aber einer zu geringen Meldebereitschaft oder einer unzureichenden Kenntnis des Meldesystems sein. Die häufige Nennung von Zeitmangel oder Kompliziertheit des Meldeverfahrens als Ursache der geringen Meldebereitschaft, lassen eine Vereinfachung des Meldeprozesses unerlässlich erscheinen, wenn eine Reduktion von Underreporting erreicht werden soll.*

Gleichzeitig verweisen die Ergebnisse der gegenwärtigen Befragung jedoch auch auf eingeschränkte Kenntnisse in Bezug auf das "richtige Melden" von UAW beziehungsweise das Pharmakovigilanzsystem in Deutschland im Allgemeinen. Während zahlreiche Teilnehmer der Stichprobe angaben, bekannte UAW überhaupt nicht und generell nur schwerwiegende zu melden, erscheint es vom Standpunkt der Arzneimittelsicherheit wichtig, dass sämtliche UAW (auch die bereits bekannten) gemeldet werden.

Eine Vereinfachung des Meldeverfahrens mit proaktiver Kontaktaufnahme mit dem Arzt sowie Informationsvermittlung über das gewünschte Meldeverhalten könnten zu einer Reduktion von Underreporting und Verbesserung der Qualität der UAW-Meldungen führen.“

- als Anlage B 141.1 -

Warum Letztgenanntes ausgerechnet beim Melden von Impfschäden anders sein sollte, wäre von der Parlamentsmehrheit plausibel und substantiiert zu belegen, woran es bis heute fehlt.

Das Problem, dass mögliche noch unbekannte Impfnebenwirkungen überhaupt erkannt und gemeldet werden, da sie nicht erwartet werden und dadurch eher übersehen werden bzw. kein Zusammenhang zur Impfung hergestellt wird, ist bis heute noch nicht einmal ansatzweise gelöst worden. An dieser Stelle wären randomisierte, kontrollierte und verblindete Studien essentiell. Doch, was in der Öffentlichkeit auch kaum bekannt ist, erfüllen die Zulassungsstudien diese Kriterien nicht mehr. Verblindung und Kontrolle wurden nach wenigen Monaten aufgehoben, auch wenn die Studien noch weiter laufen.

Zur Bewertung der Sicherheit von Medikamenten ist eine Studie mit Verblindung und Kontrollgruppe unverzichtbar. Solche Studien können nicht durch Beobachtungsstudien ersetzt werden. Die Kontrollgruppen der (noch laufenden) Zulassungsstudien wurden überwiegend geimpft und die Verblindung aufgehoben, so dass eine systematische Kontrolle zum Vergleich von Geimpften und Ungeimpften nicht mehr erfolgen kann.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2033538 **- als Anlage B 141.2. -**

2. https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244 **- als Anlage B 141.3. -**

3. https://doi.org/10.1136/bmj.m4956 **- als Anlage B 141.4. -**

Es erfolgt keine systematische Erfassung von Nebenwirkungen. Die millionenfache Anwendung eines Arzneimittels ist nicht automatisch ein Beweis für dessen Sicherheit, wenn sie nicht von einer systematischen Erfassung aller möglichen Nebenwirkungen begleitet wird.

Vgl. auch
https://www.berliner-zeitung.de/open-source/medizinerin-es-gibt-keine-kontrolle-ob-eine-impfkomplikation-gemeldet-wird-li.184157 **- bereits vorgelegt als Anlage B 139 -**

Das System der spontanen Meldung von möglichen Arzneimittel-Nebenwirkungen an Behörden wie das PEI hat bekannte gravierende Schwächen und kann systematische Erfassungen in Form von Studien nicht ersetzen! Es ist zumindest in der Fachwelt bekannt, dass nur ein Bruchteil aller auftretenden möglichen Nebenwirkungen gemeldet wird. Eine systematische Übersichtsarbeit kommt bei einer Zusammenschau von 37 Studien zu dem Thema auf eine durchschnittliche Untererfassungsquote von 94 %. Es ist also davon auszugehen, dass es neben den an PEI oder VAERS gemeldeten potenziellen Nebenwirkungen eine große Dunkelziffer nicht gemeldeter Ereignisse gibt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Übersichtsarbeit, abrufbar unter
https://link.springer.com/content/pdf/10.2165/00002018-200629050-00003.pdf
- als Anlage B 141.5. -

2. Weitere Quellen:

a)
https://www.jpharmacol.com/article.asp?issn=0976-500X;year=2013;volume=4;issue=5;spage=66;epage=72;aulast=Palleria **- als Anlage B 141.6. -**

b) https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2125.2005.02504.x
- als Anlage B 141.7. -

Eine aktuelle Studie weist darauf hin, dass auch im Falle der Corona-Impfungen Todesfälle deutlich häufiger auftreten, als durch Spontanmeldesysteme erfasst.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.researchgate.net/publication/355581860_COVID_vaccination_and_age-stratified_all-cause_mortality_risk **- als Anlage B 141.8. -**

Menschen im Angesicht dieser Daten mittels staatlichen Zwangs zu einer Impfung zu nötigen ist daher nicht mehr vertretbar und erkennbar unangemessen und somit verfassungswidrig.

Am Vorgenannten kann auch der heutige Gesundheitsminister Karl Lauterbach nichts ändern. Dieser hatte auf Twitter nämlich allen Ernstes behauptet:

"*Tweet*
Neue Tweets ansehen
Unterhaltung

Prof. Karl Lauterbach
@Karl_Lauterbach

Stimmt. Und zusätzlich geht es darum, weshalb eine Minderheit der Gesellschaft eine nebenwirkungsfreie Impfung nicht will, obwohl sie gratis ist und ihr Leben und das vieler anderer retten kann. Daher bin ich pessimistisch was freiwillige Opfer für den Klimaschutz betrifft

Tweet zitieren"

Beweis und Glaubhaftmachung: **- als Anlage B 141.9. -**

Zu behaupten, die Corona-Impfstoffen seien eine “nebenwirkungsfreie Impfung“ ist an Unwahrheit kaum zu überbieten. Dies ist auch an der Zahl von 9 (!) Rote-Hand-Briefen abzulesen, zu deren Veröffentlichung sich das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) bezüglich dieser Impfstoffe veranlasst sah (bis 18.12.2021).

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.pei.de/DE/newsroom/veroffentlichungen-arzneimittel/rote-hand-briefe/rote-hand-briefe-node.html **- als Anlage B 141.10. -**

Der Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Institutes vom 26.10.2021 (Abruf 18.12.2021) listed 172.188 Verdachtsfälle von Impfnebenwirkungen und Impfkomplikationen in Deutschland auf, davon 21054 schwerwiegend, sowie 1802 Todesfälle. VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System), das amerikanische Pendant, getragen von FDA und CDC, führt bis zum 18.12.2021 insgesamt 20204 Todesfälle nach Covid-Impfungen auf, die möglicherweise durch Covid-19-Impfungen ausgelöst worden sein könnten.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://openvaers.com/covid-data/mortality **- als Anlage B 141.11. -**

2. https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-20-bis-30-09-21.pdf?__blob=publicationFile **- als Anlage B 141.12. -**

Im Lichte des obigen Twitter-Zitats von Prof. Lauterbach kann man nur den Kopf schütteln. Dieser kennt offenbar weder die Rote-Hand-Briefe des PEI noch deren amerikanisches Pendant noch die vorzitierten Studien noch die zumindest in Teilen vorhande-nen, mutigen Presseberichte zu dieser Thematik (vgl. z.B. den o.g. Bericht der Berliner Zeitung gemäß Anlage B 139).

e) Zur Thematik der Intensivbettenauslastung

Es wurden und werden immer noch in der Pandemiezeit weiterhin Intensivbetten abgebaut.

Vgl. z.B.
“*Ärzteschaft*

Intensivmediziner: 4.000 Intensivbetten weniger seit Jahresbeginn

Dienstag, 26. Oktober 2021

Berlin – Deutschland hat seit Jahresbeginn nach Angaben von Medizinern etwa 4.000 Intensivbetten verloren. Grund dafür sei, dass viele Pflegekräfte wegen der Belastungen ihren Beruf beendet oder ihre Arbeitszeit reduziert hätten, sagte der Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Gernot Marx, heute bei “MDR Aktuell“.

Man werde zwar alle COVID-19-Patienten versorgen können. “Aber wenn die Zahlen wieder deutlich nach oben gehen, werden wir wieder Operationen absagen. Das ist natürlich nicht das, was wir wollen.“

Mit etwa 1.600 COVID-19-Patienten auf den Intensivstationen sei die Lage derzeit bewältigbar, sagte Marx weiter. Man wisse aber, dass sich das Virus im Herbst und Winter wieder ausbreiten wird.

Entsprechend rechne man mit einer Zunahme im Winter. “Das macht uns schon Sorge.“ Bereits kürzlich hatte die DIVI mitgeteilt, derzeit seien 22.207 Intensivbetten als betreibbar gemeldet, zu Jahresbeginn seien es 26.475 gewesen.

Mit Blick auf das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) angepeilte Auslaufen der Corona-notlage in Deutschland sagte Marx: “Es gibt schon ein hohes Risiko, dass die Geschwindigkeit der Infek-tionen sich deutlich erhöhen kann.“

Daher brauche es auf jeden Fall entsprechende Maßnahmen. Diese müssten politisch entschieden werden. Die wichtigsten Maßnahmen, die die Bürger umsetzen könnten, seien nach wie vor “Impfen, Abstand, Hygieneregeln“. © dpa/aerzteblatt.de“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128476/Intensivmediziner-4-000-Intensivbetten-weniger-seit-Jahresbeginn **- als Anlage B 142 -**

Der Abbau von Intensivbetten ist der eine Grund für die – stets ohnehin nur lokal begrenzte und lokal begrenzt gewesene – Überlastung der Intensivstationen. Ein entscheidender weiterer Punkt ist jedoch die Umdeklaration, seit vor ca. 14 Monaten die Intensivbettenförderung eingeführt wurde, die aber erst ab einer Quote von 75% greift. Ist die Intensivstation stärker belegt, erhält die Klinik sehr lukrative Sonderzuschläge. Es handelt sich insoweit um einen Verwaltungstrick, den auch der Bundesrechnungshof bereits mit deutlichen Worten kritisiert hat und der auch bis heute nicht ansatzweise beendet worden ist. Die Anzahl der verfügbaren Intensivbetten kann und wird durch die Krankenhäuser gesteuert, weil davon Fördergelder, die sog. Ausgleichszahlungen gemäß § 21 Ia Krankenhausfinanzierungsgesetz abhängen. Darin sind eine Reihe von Voraussetzungen genannt, die Krankenhäuser erfüllen müssen, um eine Ausgleichszahlung beantragen zu können. Eine Intensivbettenauslastung von 75% an sieben aufeinanderfolgenden Tagen in einem Landkreis ist eines dieser Kriterien. Dies hat in der Vergangenheit teilweise dazu geführt, dass Krankenhäuser weniger Intensivbetten ausgewiesen haben als sie eigentlich zur Verfügung hatten, wie der Bundesrechnungshof und das Robert-Koch-Institut festgestellt haben.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Bericht des Bundesrechnungshofs nach § 88 Absatz 2 BHO über die Prüfung ausge-wählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheits-fonds (Abgabe von Schutzmasken an vulnerable Personengruppen,

Ausgleichszah-lungen an Krankenhäuser und Aufbau von Intensivbettenkapazitäten), abzurufen unter https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsberichte/2021/massnahmen-des-bundes-zur-corona-bewaeltigung-im-gesundheitswesen

- als Anlage B 143 -

(dort dann auf “PDF-Langfassung“ klicken, dort dann vor allem S. 34 – 36;

2. https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/bundesrechnungshof-corona-101.html

- als Anlage B 144 -

Die Krankenhäuser meldeten also teilweise weniger intensivmedizinische Behandlungsplätze als tatsächlich vorhanden waren. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz hat hier offensichtlich falsche Anreize geschaffen. Auch diesen “Verzerrungseffekt“ hat der Gesetzgeber bis heute nicht beseitigt, schon gar nicht konsequent, weshalb für derart intensive Corona-Maßnahmen keinerlei solide Tatsachengrundlage besteht.

4.) Weitere, schwerpunktmäßig rein juristische Argumente, die die Verfassungswidrigkeit des § 20a I 1 BIfSG n.F., belegen

a) Der Verstoß gegen die Grundsätze der Wesentlichkeitstheorie und des Parlamentsvorbehaltes folgt auch daraus, dass der Parlamentsgesetzgeber selber nicht definiert hat, wer (jeweils) als geimpfte Person gilt, sondern diese grundrechtlich zentralste Frage aller Fragen – so jedenfalls auf den ersten Blick – an den Verordnungsgeber Bundesregierung delegiert hat. Dass bereits dies grob verfassungswidrig ist, wurde bereits in früheren Schriftsätzen dargelegt. Noch eklatanter wird der Verfassungsverstoß jedoch deshalb, weil auch der Verordnungsgeber diese Frage weiter delegiert hat, anstatt diese Frage selber und abschließend zu regeln. Denn § 2 Nr. 2 und 3 BAusnahmSchV verweist insoweit mehrfach auf die Homepage des Paul-Ehrlich-Instituts. Je nachdem, ob dort (noch, erstmalig oder nicht mehr) ein Impfstoff aufgeführt ist, ist man im juristischen Sinne eine geimpfte Person. Würde das Paul-Ehrlich-Institut z.B. auch den russischen oder chinesischen Impfstoff auf seiner Homepage aufführen, so wären auf einen Schlag viele hunderttausende russische und chinesische Einwohner Deutsch-lands geimpft. Würde das Paul-Ehrlich-Institut z.B. den Impfstoff von Biontech von seiner Homepage nehmen, wären auf einen Schlag sehr viele Menschen in Deutschland nicht mehr geimpft. Die wesentlichen, grundrechtsintensiven Fragen beantwortet und regelt also weder der unmittelbar demokratisch legitimerte Bundestag (zusammen mit dem Bundesrat) noch die Bundesregierung als Verordnungsgeber, sondern das allenfalls extremst mittelbar legitimierte Paul-Ehrlich-Institut, das nur dem Gesundheitsministerium untersteht, d.h. noch nicht einmal dem Kollegialorgan Bundesregierung untersteht. Eine deutlichere Entparlamentarisierung ist kaum vorzustellen. Der Wortlaut des (seinerseits formell wie materiell verfassungswidrigen) § 28c BIfSG n.F. sieht nur vor, dass die Bundesregierung durch Rechtsverordnungen Erleichterungen und Ausnahmen für (u.a.) Geimpfte und Genese regelt. Eine Mitwirkung bzw. eine Weiterreichung dieser Kompetenz an das Paul-Ehrlich-Institut als oberer eigenständiger Bundesbehörde sieht das Gesetz ausdrücklich nicht vor. Daher ist die Annahme eines Verfassungs Verstoßes unausweichlich. Das Paul-Ehrlich-Institut ist durch kein förmliches Gesetz legitimiert, die entscheidende Frage – wer gilt als Geimpfter oder (noch) nicht oder nicht mehr – zu beantworten bzw. zu regeln. Dass es u.U. als politisch zweckmäßig erachtet werden dürfte, diese Frage nicht vom

Bundestag und auch nicht von der Bundesregierung regeln zu lassen, ist verfassungsrechtlich ohne Belang. § 28c BIfSG n.F. ermächtigt nur die Bundesregierung diese Fragen (abschließend) zu regeln. Eine Weiterleitung dieser Kompetenz nach Art. 80 I 4 GG an das Paul-Ehrlich-Institut oder mittelbar an das (nach Art. 80 I 1 GG ohnehin nicht delegatarfähige; vgl. insoweit ausführlich das Verfassungsbeschwerdeverfahren Az. 2 BvR 2190/21, welches gerichtsbekannt ist und um dessen Beiziehung insoweit höchst vorsorglich gebeten wird) Gesundheitsministerium als Aufsichtsbehörde des Paul-Ehrlich-Instituts bzw., noch mittelbarer, an den (delegatarfähigen) Gesundheitsminister sieht das Gesetz schon nicht vor.

b) Die Dauer der Gültigkeit einer einmal verabreichten 1. und 2., einer 3. oder einer 4. oder 5. Impfung ist in § 20a IV BIfSG n.F. überhaupt nicht durch den förmlichen Gesetz-geber geregelt. Der förmliche Gesetzgeber hat hier der Bundesregierung, der EU, den Landesregierungen etc., sprich jeder Form der Exekutive, freie Hand gelassen. Dies ist schon für sich allein genommen verfassungswidrig. Wenn dann aber, wie geschehen, die EU das Impfzertifikat nur 9 Monate lang gelten lassen möchte,

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.pharmazeutische-zeitung.de/impfzertifikate-ohne-booster-nur-9-monate-gueltig-130414/ **- als Anlage B 145 -**

https://www.adac.de/news/corona-impfung-gueltigkeit/ **- als Anlage B 146 -**

https://www.tagesschau.de/ausland/europa/impfnachweise-eu-gueltigkeit-101.html **- als Anlage B 147 -**

dann stellt sich die Frage, was passiert mit z.B. den Pflegekräften, Ärzten, Zahnärzten etc., die Anfang 2021 geimpft wurden? Das Gesetz ist auch insoweit unklar. Gilt hier schon die Booster-Pflicht? In der Ausnahmenschutzverordnung bzw. auf der Homepage des PEI ist der Booster aktuell noch nicht vermerkt. Die Exekutive sorgt für Verwirrung und dies ist ihr nur möglich, weil der Gesetzgeber in den §§ 20a I, IV BIfSG n.F. nichts vom für die Grundrechtsausübung Wesentlichen selber geregelt hat.

Es ist diesseits geplant, noch einen weiteren Schriftsatz zu verfassen, der sich teils mit genuin juristischen, teils nochmals mit medizinischen Aspekten befassen wird sowie dann noch einen weiteren Schriftsatz für die Begründung des Eilantrags. Es wird davon ausgegangen, dass binnen ca. 1 Woche der Eilantrag eingereicht werden wird.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 118 – B 147

18. Januar 2022

In Sachen
XXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird zunächst gebeten, dass Rubrum wie folgt zu ergänzen:

Verfassungsbeschwerde nebst Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung:

[...]
24. neu!
[...]
40. neu!
41. neu!
42. neu!

Die Verfassungsbeschwerde (nur) für die bisherige Beschwerdeführerin Nr. 24 wird hiermit zurückgenommen. Neue Beschwerdeführerin Nr. 24 ist Xxxxx Xxxxx (s.o. und auch siehe nachfolgend).

Zu den weiteren Beschwerdeführern:

1. Der Beschwerdeführer Nr. 40 ist Berufsfeuerwehrmann und Notfallsanitäter der Stadt Xxx. Er ist lebenslang verbeamtet. Er ist als Notfallsanitäter tätig und verfügt über eine abgeschlossene dreijährige Ausbildung. Er ist Beamter des mittleren feuerwehrtechnischen Dienstes. Er fürchtet wie die anderen verbeamteten Beschwerdeführer ebenfalls seine Entlassung aus dem Beamtenverhältnis nach Verhängung eines Tätigkeitsverbotes durch das Gesundheitsamt. Auch er will ungeimpft bleiben. Er hält es bereits für verfassungswidrig, dass seine Entlassung aus dem Beamtenverhältnis nach § 20a V BIfSG n.F. im Ermessen einer Behörde steht. Mildere Mittel, etwa ein Home Office-Tätigkeit, die das Gesetz sowieso nicht vorsieht, wären bei seiner beruflichen Tätigkeit ohnehin nicht denkbar. Auch er beruft sich neben Art. 33 II, V GG auf die übrigen als verletzt gerügten Grundrechte, vor allem auf Art. 2 II 1 und 12 I GG. Anders als die übrigen verbeamteten Beschwerdeführer erwägt der Beschwerdeführer Nr. 40 im Rahmen eines “Tauschprogramms“ sich im Laufe des Jahres als Beamter im Xxxxxxx zu bewerben. Dies macht für ihn derzeit jedoch keinen Sinn, da dann ein neues Beamtenverhältnis im Verhältnis zum [Bundesland] begründet werden müsste, was aber durch § 20a III BIfSG n.F. per se und ausnahmslos (hier noch nicht einmal eine Ermessensentscheidung nach § 20a V BIfSG n.F. zu Gunsten des Beschwerdeführers Nr. 40 denkbar) verboten wäre. Nur deshalb hat er sich bislang nicht für ein solches Tauschprogramm beworben.

2. Die Beschwerdeführerin Nr. 41 Plege GmbH wird infolge des neuen Gesetzes akut in ihrer Existenz bedroht. Dort besteht das Problem, dass deren Pflegedienstleitung und zwei weitere examinierte Pflegekräfte sowie eine 75%-Stelle “Arzthelferin“ ungeimpft sind und

dies auch bleiben wollen. Das macht insgesamt 3,75 Stellen von 8,85 Stellen aus, was einem Anteil an Ungeimpften i.H. v. 42,37% entspricht. Noch viel gravierender ist aber, dass dieser Pflegedienst somit – abgesehen von einer Aushilfskraft mit einem Einsatz von 30,5 Stunden im Monat – über keine examinierten geimpften Kräfte mehr verfügt. Es droht daher die Schließung oder zumindest teilweise Schließung des Betriebs und die Nicht-Mehr-Aufrechterhaltung des Pflegebetriebs mit gravierenden Folgen für die Arbeitnehmer, aber vor allem auch für die zu pflegenden Personen. Auch dieser Arbeitgeber will unbedingt weitere auch ungeimpfte Personen einstellen, und dies auch nach dem 16.03.2022. Dies ist laut Gesetz völlig aussichtslos, da es für diese künftigen Mitarbeiter noch nicht einmal eine Ermessensentscheidungs-Möglichkeit gibt. Die Vertretung der Beschwerdeführerin Nr. 41 kann und will sich auch keinesfalls darauf verlassen, dass das Gesundheitsamt bei den bestehenden Arbeitnehmern uneingeschränkt das Ermessen (falls ja: für welchen Zeitraum??!) in ihrem Sinne ausübt. Eine Ersetzung der ungeimpften Kräfte bis zum 15.03.2022 durch geimpfte Kräfte ist – unabhängig von der Tatsache, dass die Pflege-leitung ebenfalls ungeimpft ist – völlig aussichtslos, das der Markt ohnehin für Arbeitgeber als extrem schwierig einzustufen ist (Stichwort: Pflegekraftmangel). Die Beschwerdeführerin beruft sich vor allem auf Art. 12 I GG i. V. m. Art. 19 III GG und im Rahmen der Inzidentkontrolle dann auch auf die übrigen Grundrechte, namentlich auf Art. 2 II 1 GG. Denn die Verstöße gegen die Grundrechte der ungeimpften Arbeitnehmer namentlich gegen Art. 2 II 1 GG führen zur materiellen Verfassungswidrigkeit des Gesetzes, weshalb das Gesetz materiell die Berufsfreiheit dieser Beschwerdeführerin und auch aller übrigen hiesigen Beschwerdeführer nicht verfassungskonform einschränken kann. Unklar ist auch, welche persönlichen Angaben ab 15.03.2022 zu übermitteln sind (Verstöße gegen Art. 103 II GG und Art. 20 III GG). Durch die Gesetzesänderung ist es juristisch untersagt, dass die Beschwerdeführerin Nr. 41 Personal von anderen Pflegediensten abwerben kann, weil anderes Personal, das bei anderen Pflegediensten bereits tätig ist, würde nie wechseln wollen – auch wenn die Beschwerdeführerin viel bessere Arbeitsbedingungen böte und mehr zahlen würde, weil “wechselwillige“ Pflegekräfte durch einen Arbeitgeberwechsel ihren zwar sehr eingeschränkten, aber doch immerhin in Nuancen vorhandenen “Bestandsschutz“ i. S. d. § 20a V BIfSG n.F. zu 100% verlieren würden. Das Gesetz nimmt somit sowohl ungeimpften Arbeitnehmern die Möglichkeit, einen Stellenwechsel vorzunehmen als auch (geimpften wie ungeimpften) Arbeitnehmern die Möglichkeit, ungeimpfte Personen einzustellen und im Rahmen eines üblichen marktwirtschaftlichen Konkurrenzkampfes abzuwerben. Alle hiesigen Beschwerdeführer, die Arbeitgeber sind, empfinden dies als grotesk, und zwar insbesondere auch deshalb, weil das Gesetz einen Wechsel eines ungeimpften Arbeitnehmers, der das Glück hatte, eine zumindest vorübergehende “Duldung“ im Rahmen des behördlichen Ermessens i. S. d. § 20a V BIfSG n.F. zu erhalten, selbst dann ausschließt und ausnahmslos nach § 20a III BIfSG n.F. verbietet, wenn der neue Arbeitgeber eine Stelle zur Verfügung stellen würde, bei der die unmittelbaren Kontakte zu vulnerablen Gruppen geringer und weniger intensiv ausfallen oder gar komplett entfallen.

Beispiel:

X arbeitet als Reinigungskraft in der Arztpraxis A1, der Y arbeitet als Reinigungskraft im Pflegeheim P1. X muss leider seine Reinigungstätigkeit zu Zeiten ausüben, an denen er durchaus nennenswerten Kontakt zu den im Wartezimmer wartenden Patienten hat. Da die A1 dem Gesundheitsamt versichert, dass auf die Schnelle kein ungeimpfter Ersatz zu finden gewesen ist (Vorlage einer Bestätigung der Arbeitsagentur mit dem Hinweis, dass die

bisherige Suche ohne Erfolg gewesen ist), teilt das Gesundheitsamt der A mit, dass es die Tätigkeit der ungeimpften X zumindest für 3 Monate (= bis zum 15.06.2022) tolerieren würde.
Y hat bei P1 ganz erheblichen Kontakt zu vulnerablen Gruppen, weil es ausgeschlossen ist, sämtliche Zimmerreinigungen zu einem Zeitpunkt auszuführen, an denen die Zimmer der Pflegebedürftigen leer sind (z.B., wenn diese beim Mittagessen sind), und zwar auch, weil viele Personen bettlägerig sind. Auch hier erklärt sich das Gesundheitsamt am 15.03.2022 bereit, für 3 Monate nichts zu veranlassen.

X erhält ein viel besseres Arbeitsangebot in der Arztpraxis A2, die viel besser bezahlt. Das neue Arbeitsverhältnis soll am 01.04.2022 beginnen. A2 sichert, anders als A1, dem X vertraglich zu, dass er ganz alleine ab 17.00 Uhr und auch am Wochenende, die Räumlichkeiten reinigen kann.
Y will ebenfalls den Arbeitgeber wechseln. Auch der neue Arbeitgeber P2 sichert ihm zu, dass in den von ihm betreuten Pflegeheim keine vulnerablen Personen betreut werden, sondern "nur" Personen, die unter 60 Jahre alt sind und die lediglich unter seelischen Beeinträchtigungen, nicht aber unter körperlichen, leiden.

Das ausnahmslose "Wechselverbot" des § 20a III BIfSG n.F. ist in diesen Beispielsfällen besonders abwegig und im Hinblick auf den Gesundheitsschutz erst recht kontraproduktiv, weil sich durch einen solchen Wechsel des Arbeitgebers ein unterstelltes Infektionsrisiko durch Ungeimpfte sich sogar deutlich reduzieren würde bzw. ggf. sogar komplett entfallen würde! Ausgerechnet solche "Wechselvorgänge" verbieten zu wollen, ist mit nicht zu überbietender Evidenz sinnfrei und kontraproduktiv und damit erkennbar unverhältnismäßig, und zwar im Hinblick auf alle als verletzt gerügten Grundrechte. Eine verfassungskonforme Auslegung ist angesichts des klaren Wortlauts des § 20a III BIfSG n.F. ausgeschlossen, wobei eine solche verfassungskonforme Auslegung auch im klaren Widerspruch zur Entstehungsgeschichte des Gesetzesentwurfs stehen würde, die solche Ausnahmen nicht zulassen wollte und außer § 20a I 2 BIfSG n.F. keinerlei Ausnahmen zulassen wollte, bei den Personen, deren Tätigkeitsbeginn in den besagten Einrichtungen ab 16.03.2022 beginnt.

Allen hiesigen Arbeitgebern ist weiterhin unklar, welche persönlichen Angaben ab 15.03.2022 zu übermitteln sind, was u.a. mit Art. 103 II GG unvereinbar ist.

3. Der Beschwerdeführer Nr. 42 ist XX Jahre alt und arbeitet, verfügt über XX Jahre Berufserfahrung und arbeitet als Erzieher in einer stationären Jugendhilfe. Er ist in Kontakt zu jungen Menschen, die seelisch behindert sind oder von seelischer Behinderung bedroht sind (§ 35a SGB VIII).

Der Beschwerdeführer hat von seinem Arbeitgeber eine E-Mail erhalten, die folgenden Satz enthielt:

"*Die Impfpflicht umfasst alle Personen in den teilstationären und stationären Angeboten. Beispielsweise auch Verwaltung, Praktikanten, Ehrenamtliche, …*

Dies wurde durch das zuständige Bundesministerium gegenüber den Länderministerien erst vor kurzem erklärt. Begründet ist dies in der Betreuung von Kinder nach § 35a SGB VIII/

KJSG ("von seelischer Behinderung bedroht"). Bis zum 15.03.2022 müssen alle Mitarbeitenden ausreichenden Impfschutz nachweisen oder ggf. einen Nachweis/Attest beibringen, aus dem begründet hervorgeht, dass eine Impfung nicht möglich ist."

Beweis und Glaubhaftmachung:

E-Mail des Arbeitgebers vom 10.01.2022 an den Beschwerdeführer Nr. 42
- als Anlage B 148 -

Der Inhalt dieser E-Mail entspricht dem Schreiben des Bayerischen Sozialministeriums vom 29.12.2021, demzufolge auch die Einrichtungsart, in der der Beschwerdeführer Nr. 48 tätig ist, unter § 20a BIfSG n.F. fällt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Schreiben des Bayerischen Sozialministeriums vom 29.12.2021 **- als Anlage B 149 -**

Der Beschwerdeführer Nr. 42 ist Anfang Januar 2021 mit dem Coronavirus in Kontakt gekommen, zwischenzeitlich aber bereits seit langem wieder genesen. Er ist dabei, sich einen T-Zellenimmunitätsnachweis durch Laborbefund ausstellen zu lassen.

Auch der Beschwerdeführer Nr. 42 beruft sich auf die bislang als verletzt gerügten Grundrechte. Er lehnt die Impfungen und die damit verbundene Dauer-Impfpflicht ab. Er sieht diesen Eingriff in seine Grundrechte namentlich aus Art. 2 II 1 GG, aus Art. 12 I GG und aus Art. 103 II GG schon deshalb per se als unverhältnismäßig an, weil die von ihm betreuten Jugendlichen erkennbar nicht zu einer corona-vulnerablen Risikogruppe gehören. Die Kinder und Jugendlichen, die er betreut, haben stets nur leichte Covid-19-Verläufe, egal ob sie geimpft oder ungeimpft sind. Eine Impfung beim Beschwerdeführer Nr. 42 entbehrt also hinsichtlich des Eigenschutzes als auch hinsichtlich des politisch propagierten Fremdschutzes jeglicher Logik.

4. Die neue Beschwerdeführerin Nr. 24 arbeitet in einer Frühförderung einer großen Einrichtung. Seit Februar 2021 ist sie in der Frühförderung des Instituts mit ca. 600 Mitarbeitern tätig.

Vgl.
[Website] **- als Anlage B 149.1. -**

Es gibt weitere Institute, die an das Institut von Beschwerdeführerin Nr. 24 angegliedert sind (insgesamt ca. 2000 Beschäftigte). In der Frühförderung arbeitet sie als mobiler Dienst mit Kindern von 0 bis max. 7 Jahren, je nachdem, entweder im häuslichen Umfeld oder eben auch in unterschiedlichsten Einrichtungen wie z. B. Kindergärten.

Es gibt viele verschiedene weitere Einrichtungen, wie z. B. Schulen, Behindertenwerkstätten, Behindertenwohnbereiche für Kinder und Erwachsene und verschiedene Fachdienste u. a. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logotherapeuten u.a.. Die Beschwerdeführerin selbst hat jedoch während ihrer Tätigkeit keinen Kontakt zu vulnerablen Gruppen! Auch deshalb lehnt sie eine Impfung ab.

Wir bitten sehr höflich um stillschweigende Fristverlängerung für die Vorlage noch ausstehender Originalvollmachten. Der Grund hierfür liegt vor allem darin begründet, dass den neuen Beschwerdeführern die Vollmachten erst vor kurzem zugeschickt worden konnten.

VIII. Weitere primär juristische Argumente gegen das neue Gesetz

1. Nochmals: § 20a I 1, IV BIfSG n.F. als Verstoß gegen die Wesentlichkeitstheorie und dem Parlamentsvorbehalt

Der Genesenenstatus wurde von RKI und RKI vor wenigen Tagen vollkommen willkürlich und ohne medizinische Evidenz von 6 Monate auf nur noch lächerliche 3 (!) Monate verkürzt. Dies geschah durch Änderung der Ausnahmenschutzverordnung.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.bundesanzeiger.de/pub/de/amtliche-veroeffentlichung?1 **- als Anlage B 150 -**

Dabei legt der Verordnungsgeber nun endgültig rein gar nicht mehr fest, wer wann als Genesener gilt, sondern jetzt legt dies das RKI ganz alleine fest. Dementsprechend heißt es seit kurzem auf der Homepage des RKI:

"*Fachliche Vorgaben des RKI für COVID-19-Genesenennachweise*

Gemäß Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 14.01.2022 weist das RKI aus, welche fachlichen Vorgaben ein Genesenennachweis erfüllen muss.

Die Festlegung der Vorgaben erfolgt unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft hinsichtlich folgender Kriterien:

a) Art der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion,

b) Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss, oder Nachweis zur Aufhebung der aufgrund der vorherigen Infektion erfolgten Absonderung,

c) Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf.

Fachliche Vorgaben für Genesenennachweise, mit Wirkung vom 15.01.2022:

Ein Genesenennachweis im Sinne der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmen-verordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung muss aus fachlicher Sicht folgenden Vorgaben entsprechen:

a) Die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion muss durch eine Labor-diagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt sein

UND

b) das Datum der Abnahme des positiven Tests muss mindestens 28 Tage zurückliegen
UND

c) das Datum der Abnahme des positiven Tests darf höchstens 90 Tage zurückliegen.
Die Dauer des Genesenenstatus wurde von 6 Monate auf 90 Tage reduziert, da die bisherige wissenschaftliche Evidenz darauf hindeutet, dass Ungeimpfte nach einer durchgemachten Infektion einen im Vergleich zur Deltavariante herabgesetzten und zeitlich noch stärker begrenzten Schutz vor einer erneuten Infektion mit der Omikronvariante haben. (1) (2) (3)

(1) Neil Ferguson, Azra Ghani, Wes Hinsley and Erik Volz. Hospitalisation risk for Omicron cases in England. Imperial College London (22-12-2021)

(2) UK Health Security Agency: SARS-CoV-2 variants of concern and variants under investigation in England. Technical briefing 34

(3) Wissenschaftliche Begründung der STIKO für die Empfehlung zur Verkürzung des Impfabstands zwischen Grundimmunisierung bzw. Infektion und Auffrischimpfung auf einen Zeitraum ab 3 Monaten

Diese Vorgaben werden regelmäßig überprüft und können sich gemäß Stand der Wissenschaft ändern.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Genesenennachweis.html
- als Anlage B 151 -

Diese massive Ausweitung des Kreises der Impfpflichtigen ging erneut komplett am Parlament, am Bundesrat und auch an dem Kollegialorgan Bundesrat – nur dieses ist nach § 28c BIfSG n.F. ermächtigt, die Voraussetzungen für eine sog. Immunisierung zu regeln – vorbei. Das RKI beruft sich hier auf ganz wenige Studien, die im krassen Widerspruch zu den vielen bereits vorgetragenen Studien stehen. Das RKI will seine eigenen zitierten Zahlen noch nicht einmal mehr zur Kenntnis nehmen, wonach Ungeimpfte einen Anteil an den Omikron-Positiv-Testungen nur einen Anteil von 16,1% hatten – bei einem damaligen Bevölkerungsanteil von rund 30% (hierzu wurde bereits ausführlich vorgetragen). Das RKI definiert somit den Inhalt des § 20a I, IV BIfSG n.F. nach freiem Belieben, niemandem verantwortlich, ohne Anhörung von Sachverständigen, ohne Anhörung wenigstens des Gesundheitsausschusses, ohne Zustimmung des Parlaments und des Bundesrates und ohne verpflichtet zu sein, sich mit der vielfältigen gegen-teiligen Studienlage auch nur auseinanderzusetzen. Ein Gesetz, dass dies so zulässt, kann nicht ernsthaft als

verfassungsrechtlich zulässig eingestuft werden. Hilfsweise sei zu den einzigen beiden Studien, auf die sich das RKI stützt, das Folgende ausgeführt:

1.) Zur Studie von Ferguson:

Ferguson schreibt selbst, dass seine Studie eine bloße Schätzung sei, die nicht der Realität entsprechen müsse! Es ist eine Schätzung, basierend auf Daten vom 01.12.2021 - 14.12.2021 in England zu möglichen Risiken der Infektion und Hospitalisierung. Gerade was symptomatische Hospitalisierung anbelangt, basiert die Schätzung, ob eine Impfung besser schützt als ein vorhergehender Infekt auf 5 - 7 Fälle am Tag im Zeitraum 1. Dezember bis 14. Dezember. So schreibt der Autor selbst, dass diese Schätzungen allenfalls als Grundlage dafür dienen können, vollständigere Daten der Realität weiter auszuwerten.

"*The estimates provided in this paper will assist in refining mathematical models of potential healthcare demand associated with the unfolding European Omicron wave.*"

Diese Auswertung ist somit keinesfalls gedacht und geeignet, um politische Entscheidungen zu treffen, da die Datenmenge vor allem hinsichtlich der Hospitaliserungsfälle viel zu gering war, um eine valide Aussage über eine bloße Schätzung hinaus treffen zu können. Die englische Regierung hat diese Schätzung natürlich auch nie für politische Entscheidungen herangezogen und es ist auch nicht ersichtlich, dass sich dies ändern wird. Offensichtlich nimmt die englische Regierung diese Schätzung selbst nicht mehr ernst. Denn man erwägt zu entscheiden, ob der Vaccine Passport nicht generell abgeschafft wird, alle Restriktionen aufgehoben werden und man allenfalls eine Masken-pflicht (hier aber nicht festgelegt welche) in öffentlichen Verkehrsmitteln beibehält bzw. wieder einführt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.thetimes.co.uk/article/sajid-javid-to-abandon-covid-passes-as-the-omicron-surge-recedes-nq7cbvgj5 **- als Anlage B 151.1. -**

2. https://www.thesun.co.uk/health/17319876/covid-passports-scrapped-omicron-strain/ **- als Anlage B 151.2. -**

Dass Ferguson sich in der Vergangenheit wie kaum ein anderer geirrt hat, auch und gerade in den früher ausgerufenen Krisen ("Schweinegrippe"; BSE; Vogelgrippe u.A.) und dass er die Herausgabe von Daten, die seine (wie wir mittlerweile wissen: Fehl-) Berechnungen und -Annahmen in Sachen Corona zu Grunde lagen, verweigerte, damit andere Forscher seine Aussagen nicht überprüfen konnten,

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://statmodeling.stat.columbia.edu/2020/05/08/so-the-real-scandal-is-why-did-anyone-ever-listen-to-this-guy/ **- als Anlage B 151.3. -**

sei hier nur am Rande erwähnt.

Auf die Problematik mit den Studien, die bzw. deren Basisdaten fast immer unter Verschluss gehalten werden, weist Peter Doshi, Mit-Herausgeber einer der renommiertesten Medical Journals (“The British Medical Journal“, BMJ), einer führenden medizinischen Fachzeitschrift in diesem Kurzvideo hin:

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=3095357527419826&id=100008368261940 **- als Anlage B 151.4. -**

2) Der Report aus UK - Technical briefing - Under Investigation.

Wie es der Titel bereits sagt: Unter Beobachtung - nicht zur Entscheidungsfindung möglicher Impfstrategien - was man in England auch nicht macht.

Die Daten zur Effektivität der Impfung beruhen auf freiwilliger Meldung zur Testung bei Symptomen. Hierauf ist Folgendes zu erwidern:

- Anhand der Daten ist keine Aussage möglich, wie gut der Fremdschutz gegen Omikron sein kann.

- Es ist eine Datenerhebung mit dem Bias
  - wer meldet?
  - wer nicht?

- Wie hoch die Rate an asymptomatischen möglichen Überträgern ist, wird hier nicht angegeben und nicht thematisiert.

Auch aus diesen Daten hat die englische Regierung keinesfalls irgendwelche Impfpflichten hergeleitet; eher im Gegenteil, s.o..

Die Daten der Inzidenz zu Omikron-Infektionen bei HCW Tabelle 3 zeigen, dass die Inzidenzrate bei Ungeimpften höher sein mag.

Der Impfschutz ist aber generell so schlecht auch nach einer Boosterimpfung, dass in der Gesamtbetrachtung die Ungeimpften eine vernachlässigbare Rolle spielen. So hat-ten von 87 Ungeimpften dann 21 einen positiven Test.

Von 9841 3 fach Geimpften hatten dann 937 einen positiven Test - also fast 10%

Damit schützt die 3 fach Impfung nicht wesentlich besser als der Infekt. Denn hier waren von 255 im Beobachtungszeitraum 35 positiv getestet - also ca. 13%.

Generell ist anzumerken, dass nur alle 2 Wochen ein PCR Test gemacht wurde, also zudem eine hohe Dunkelziffer nicht ausgeschlossen werden kann.

Die Autoren schreiben selbst:

This is an early unadjusted output with uncertainty in the estimates which will be iterated and refined in future analyses.

Also ist die Ausarbeitung nicht geeignet für politische Entscheidungen.

3) Die Stiko stützt ihre Begründung auf eine (einzige) Studie zur Sicherheit und Wirksamkeit mit Auffrischungen nach 3 Monaten.

Vgl.
Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02717-3/fulltext
- als Anlage B 151.3. -

Es handelt sich hierbei um eine vergleichsweise nur kleine Studiengruppe von 2978 Teilnehmern, aufgeteilt in 7 Subgruppen. Schaut man in den Appendix, dann fällt auf, dass es als Adverse Event Tabelle 4 - insgesamt 6 COVID Fälle gab, davon 5 in den Wirkstoffgruppen und nur 1 Fall in der Kontrollgruppe.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.thelancet.com/cms/10.1016/S0140-6736(21)02717-3/attachment/4e7403ab-3eda-4ddd-b07c-8f054e6ba043/mmc1.pdf **- als Anlage B 151.4. -**

Das ergibt eine negative Impf-Effektivität! Dazu kommen Serious Adverse Events - es gab einige:

Biontech - Blutung ins Auge

Valneva - Lebererkrankung, Nierenschaden

Anhand der kleinen Kohorte sollte man daher nicht behaupten, dass dies sicher ist und wirksam sei! Die Empfehlung der STIKO stützt sich, soweit ersichtlich, ausschließlich auf diese Studie. Das ist mehr als dürftig und belegt keinesfalls die Wirksamkeit und Sicherheit - schaut man die Daten genauer an, dann ist das Gegenteil der Fall!

Weder die STIKO noch die das PEI oder das RKI sind durch die Regelung des § 20a I, IV BIfSG n.F. verpflichtet sich umfassend mit allen Studien zu befassen und auseinanderzusetzen und zu begründen, warum sie der – hier deutlich h.M. – widersprechen. Es findet insoweit keine effektive parlamentarische Rückkopplung und Kontrolle statt. Das Parlament könnte zwar den Bundesgesundheitsminister im Bundestag zu den neuerlichen Änderungen befragen, hätte aber selbst dann keine effektive Handhabe, wenn es der Auffassung folgen wollte, dass die PEI, RKI und STIKO z.B. hinsichtlich der Dauer des Genesenenstatus falsch liegen. Das Parlament könnte selbst über einen förmlichen Parlamentsbeschluss keine Änderung der Internetseiten des PEI, des RKI und /

oder der STIKO anordnen, abgesehen davon, dass eine vorherige Zustimmung des Parlaments zur Änderung der grundrechtsrelevanten Fragen über Änderung der Internetseiten nicht im Gesetz und auch nicht in der Änderungsverordnung vorgesehen ist. Hierin liegt der Verfassungsverstoß begründet.
Es gibt ferner noch weitere Studien, die die Unhaltbarkeit der Entscheidungen des RKI, des PEI und der STIKO belegen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.nature.com/articles/s41586-021-03647-4 **- als Anlage B 151.5. -**

Diese Studie zeigt, dass auch noch Monate nach der Infektion und bei sinkenden Anti-köperspiegeln, gegen Sars-Cov2 gerichtete B-Zellen bei Genesenen festgestellt werden konnten, was für ein robustes und langlebiges Immungedächtnis gegen Corona spricht.
Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.nature.com/articles/s41586-021-03207-w **- als Anlage B 151.6. -**

Eine weitere Studie, die feststellt, dass, auch wenn die Antikörperspiegel bei Genese-nen sinken (und damit ihre Neutralisierungskapazität in diesen Neutralisations-Surrogat-Studien, die aber eben nur eine sehr begrenzte Aussagekraft zur tatsächlichen Immunität haben, da sie die zelluläre Immunität nicht prüfen) die Zahl der Sars-CoV2-spezifischen Gedächtnis-B-Zellen stabil bleibt.

Diese Studien sind insofern interessant, dass sie nochmal einen weiteren Teil des Immunsystems (neben direkten Antikörper-Titern und T-Zellen) beleuchten. Diese B-Zellen haben die Fähigkeit, sich bei Kontakt z.B. mit Viruspartikeln in antikörper-produzierende Zellen zu entwickeln

Es gibt weltweit keine Studie, die einen eindeutigen positiven Effekt einer “Boosterung“ von Genesenen in Bezug auf harte Endpunkte (Hospitalisierung, Tod) belegt. Noch immer stützt man sich hier nicht auf harte Endpunkte, sondern auf das Surrogat steigender Antikörper. Selbst wenn man diese abwegige Vorgehensweise noch von einem wie auch immer zu bemessenden Beurteilungsspielraum für gedeckt halten wollte, müsste das Parlament diese Entscheidung selber treffen – in einem (ggf. auch sehr wenig umfangreichen) förmlichen Gesetzgebungsverfahren unter Beteiligung der Opposition und in öffentlicher Debatte - und nicht irgendwelche Beamten oder Angestellte im PEI, im RKI oder in der STIKO.

Das Vorgenannte gilt auch für die Impfabstände, d.h. die Gültigkeitsdauer der vollständigen Impfung und Anzahl der notwendigen Impfungen – z.B. gilt 1x Johnson jetzt nicht mehr als ausreichend für die Grundimmunisierung). Noch vollständig geimpft mit einer Impfstoffdosis von Johnson & Johnson war man z.B. am 14.01.2022 gemäß damaliger Homepage des PEI:

Beweis und Glaubhaftmachung:

http://web.archive.org/web/20220114153239/https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?nn=169730&cms_pos=3 **- als Anlage B 151.7. -**

Nur noch vollständig geimpft mit zweifacher Johnson-Dosis (dieser Link ist genau der, der in der SchAusnahmV steht) ist man laut aktueller Homepage des PEI:

Beweis und Glaubhaftmachung:

www.pei.de/impfstoffe/covid-19 **- als Anlage B 151.8. -**

Die legt jetzt das PEI nach völlig eigenem Ermessen fest, ebenfalls losgelöst von jeder parlamentarischen Kontrolle, losgelöst von jeglichen Anhörungspflichten und ohne verpflichtet zu sein, sich mit den vielfältigen gegenteiligen Auffassungen auch nur auseinanderzusetzen. Das PEI hat nunmehr in eigener Machtvollkommenheit beschlossen, dass eine einmalige Dosis des Impfstoffs von Johnson & Johnson nicht mehr ausreichend ist, um den sog. vollständigen Immunschutz zu erhalten.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html;jsessionid=A864D327AA2856749094A96FBD6CB039.intranet221?nn=169730&cms_pos=3

- als Anlage B 152 -

Das RKI schreibt auf seiner Homepage lediglich so pauschal wie lapidar: "*Diese Vorgaben werden regelmäßig überprüft und können sich gemäß Stand der Wissenschaft ändern.*"

Ein Gesetz, dass sämtliche für die Grundrechtsausübung wesentlichen Fragen zu 100% in das Ermessen von zwei Bundesoberbehörden (= PEI und RKI) stellt (Voraussetzungen und Dauer des Genesenenstatus, Voraussetzungen und Gültigkeitsdauer der sog. Auffrischungsimpfungen und Impfintervalle) legt bzw. dies zulässt und keinerlei Vorkehrungen trifft, die Entmachtung von Bundestag und Bundesrat durch selbstständiges Handeln von zwei Bundesoberbehörden zu verhindern, ist eklatant verfassungswidrig. Es ist schon extrem fraglich, dass solche elementarsten Grundrechtsfragen nicht im Gesetz selber geregelt waren, sondern nur in einer Verordnung der Bundesregierung. Denn nur im parlamentarischen Gesetzgebungsverfahren gibt es mehrere Lesungen, Ausschussberatungen, Expertenanhörungen, die Beteiligung der Öffentlichkeit, die Beteiligung der Opposition etc.. Eine Verordnung kann die Regierung demgegenüber in den meisten Fällen ohne parlamentarische Zustimmung per Gesetzgebungsverfahren ändern. Dass es an einer Befugnis des RKI und des PEI fehlt, nach Art. 80 I 4 GG i. V. m. § 28c BIfSG n.F. die für die Grundrechtsausübung wesentliche Frage zu regeln, wurde bereits dargelegt. Nun kann aber die die Bundesregierung über ihre Weisungsmöglichkeiten an das RKI und das PEI die entscheidenden und wesentlichen Grundlagen für die Grundrechtsentzüge selber definieren, ohne diese nach außen – d.h. gegenüber den Grundrechtsträgern, gegenüber dem Parlament und gegenüber der gesamten Öffentlichkeit – verantworten zu müssen. Alle diese Änderungen sollen also weder im Bundesgesetzblatt noch im Bundesanzeiger erscheinen, sondern auf zwei Internetseiten der oberen Bundesbehörden erscheinen, wo sie jederzeit abänderbar sind. Sowohl die Gerichte einschließlich des Bundesverfassungsgerichts als auch alle Verwaltungsbehörden werden Screenshots speichern müssen, um zu wissen, wann welche Genesenendefinition, wann welche Definition eines sog. vollen Immunschutzes durch welchen Impfstoff galt bzw. ab wann nicht mehr galt etc.. Es ist erst recht absurd zu behaupten, dass eine

Bußgeldbewehrung i. S. d. § 73 Ia Nr. 7e) – 7h) BIfSG n.F. dann noch die Voraussetzungen des Art. 103 II GG erfüllen kann, wenn eine Internetseite des PEI und / oder des RKI den – sofortigen – Beginn einer neuen Bußgeldstrafe bestimmt. Die Internetseiten des RKI und / oder des PEI als gesetzliche Regelungen i. S. d. Art. 103 II GG zu postulieren, könnte nur als abenteuerlich eingestuft werden. Dass die Änderungen der Internetseiten von PEI und RKI von enormer Grundrechtsrelevanz ist, kann nicht bestritten werden. Schließlich hätten genesene Ärzte, Zahnärzte, Arzthelfer, Physiotherapeuten etc. den bisherigen Zeitraum problemlos ausschöpfen können, ohne der neuen Impfpflicht folgen zu müssen. Dieser Zeitraum wird nun mit einer Änderung des Inhaltes von Internetseiten am Parlament vorbei halbiert. Noch mehr Pflegekräfte, noch mehr ärztliches Personal, noch mehr Ärzte, Zahnärzte etc., die sich zu Recht keiner Impfung unterziehen wollen, drohen daher aus dem Dienst auszuscheiden. Die Pflegekatastrophe und die völlige Unterbesetzung fast aller medizinischer Bereiche wird so nochmals verschärft, anstatt das Gesundheitswesen zu entlasten – all dies konnte der Gesetzgeber am 10.12.2022 noch gar nicht beurteilen und abwägen. Die grob unwissenschaftlichen, nicht ansatzweise unsubstanziierten Änderungen der Internetseiten von RKI und PEI dienen offensichtlich nur einem einzigen Zweck: Noch mehr Druck auf ungeimpfte Kritiker der sog. (milliardenschweren) Impfkampagne aufzubauen und die künftige Kritik der Impfgeschädigten und der durch das Gesetz wirtschaftlich Geschädigten, auf das PEI und das RKI umzulenken (“Die Wissenschaft ist es gewesen.“).

Die radikale wie unwissenschaftliche Verkürzung des Genesenenstatus ist umso absurder als dass auch die Universität Lübeck schon festgestellt hat:

“***Immunität hält mindestens 10 Monate an: Kombination aus Zellimmunität und Antikörpern scheint ursächlich zu sein***

Forscherinnen und Forscher an der Universität zu Lübeck und am Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck haben eine weitere Studie zur Dauer der Immunität nach einer COVID-19-Infektion abgeschlossen. Das Projekt wurde in Kooperation mit der Firma Euroimmun in Lübeck durchgeführt. Die Ergebnisse wurden bereits auf dem medRxiv-preprint server veröffentlicht.

Die Fragestellung war, ob und falls ja wie lange infizierte Personen nach einer SARS-CoV-2 Infektion Antikörper und Interferon-gamma (IFN-γ) produzieren und so anschließend über ausreichende Abwehrmechanismen verfügen, die sie vor einer erneuten Infektion schützen können.

Insgesamt 412 Erwachsene mit überwiegend milder oder moderater Symptomatik wurden im Rahmen dieses Projekts untersucht. Das Blut der Teilnehmenden wurde auf das Vorhandensein von spezifischen anti-SARS-CoV-2 IgG Antikörpern und auf die Freisetzung von Interferon-gamma (IFN-γ) untersucht. IFN-γ ist einer der wichtigsten Botenstoffe im Immunsystem und wird von sogenannten T-Lymphozyten freigesetzt. Bei den meisten Infektionen, so auch bei dem Coronavirus, sind diese Zellen unverzichtbar, damit die sogenannten B-Lymphozyten schützende Antikörper produzieren können. Somit kann eine gezielte Aussage über die Abwehrlage getroffen werden. Anti-SARS-CoV-2 IgG Antikörper konnten auch zehn Monate nach der Infektion bei 316/412 (76,7%) der Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmer gemessen werden. Bei 274/412 (66,5 %) der

Patientinnen und Patienten waren sowohl Antikörper (IgG) nachweisbar und der IFN-γ Test fiel positiv aus. Im Schnitt waren auch 300 Tage nach der Infektion noch 50% der Antikörper und der IFN-γ Konzentrationen nachweisbar.

Der Schutz nach durchgemachter Infektion hält für mindestens 10 Monate an

Interessanterweise wurden bei einigen Teilnehmenden zwar hohe Antikörperwerte, aber niedrige IFN-γ-Spiegel gemessen und umgekehrt. Diese Beobachtung wird weiter untersucht. "Unsere Daten zeigen, dass bei nahezu allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern nach durchgemachter COVID-Infektion eine ausreichende Immunreaktion stattgefunden hat. Der Schutz hält für mindestens 10 Monate nach Infektion an. Die Ergebnisse können helfen zu entscheiden, in welchen Abständen Auffrischimpfungen gegen das Virus nötig sind", so Prof. Dr. Werner Solbach, vom Zentrum für Infektions- und Entzündungsforschung an der Universität zu Lübeck. "In unserer gemeinsamen Studie haben wir neben der etablierten Untersuchung auf Antikörper den Ansatz verfolgt, mit Hilfe der IFN-γ Messung eine Aussage zur so genannten zellulären Immunität, d.h. Abwehrlage auf Zellebene, treffen zu können. Die Ergebnisse sind beruhigend und lassen den Schluss zu, dass nur in der Zusammenschau von Antikörpern und Zellimmunität eine Aussage getroffen werden kann, wie lange man nach einer durchgemachten COVID-Infektion geschützt ist", so Priv.-Doz. Dr. Alexander Mischnik, Leiter des Lübecker Gesundheitsamts und Letztautor der Studie.

Die vollständige Publikation ist online abrufbar unter:
medrxiv.org/cgi/content/short/2021.06.24.21259218v1

Wissenschaftlicher Ansprechpartner:
Prof. Dr. med. Werner Solbach Zentrum für Infektions- und Entzündungsforschung
Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck, Tel.: 0451 3101 1947,
werner.solbach@uni-luebeck.de"

Beweis und Glaubhaftmachung:
1.
https://www.uni-luebeck.de/forschung/aktuelles-zur-forschung/aktuelles-zur-forschung/artikel/neue-daten-zur-langzeit-immunitaet-von-covid-19-infizierten.html **- als Anlage B 153 -**

2. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.24.21259218v1 **- als Anlage B 154 -**

3. https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1.full **- als Anlage B 155 -**

Dieser Verfassungsverstoß ist nicht nur ein Verfassungsverstoß der Ausnahmenschutzverordnung, sondern, da der Inhalt des § 20a I, IV BIfSG n.F. insoweit dynamisch identisch ist mit dem Inhalt der Ausnahmenverordnung, auch ein solcher des bußgeldbewehrten Parlamentsgesetzes. Die Nichtanerkennung eines generellen Antikörpernachweises und / oder eines T-Zellennachweises wird noch fraglicher als dies ohnehin schon gewesen ist, indem das PEI - nunmehr - in gewissen Konstellationen den Antikörper-nachweis genügen lässt!

Vgl.

(…) Ausnahmetatbestände, die einen vollständigen Impfschutz mit einer einzelnen Impfstoffdosis begründen

Abweichend von dem Vorstehenden ist eine einzelne Impfstoffdosis mit einem der oben aufgeführten Impfstoffe ausreichend,

- *wenn die betroffene Person einen bei ihr durchgeführten spezifischen positiven Antikörpertest in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form nachweisen kann und dieser Test zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person **noch keine Impfung** gegen COVID-19 erhalten hatte. Der labordiagnostische Befund muss in einem nach der Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen (RiLiBÄK) arbeitenden oder nach DIN EN ISO 15189 akkreditierten Labor erhoben worden sein. Eine Person gilt in diesem Fall abweichend zu den allgemeinen Regelungen als "vollständig geimpft" ab dem Tag der verabreichten Impfstoffdosis.*
- *wenn die betroffene Person eine durchgemachte Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 nachweisen kann. Zum Nachweis der Infektion ist ein Testnachweis erforderlich, der auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht und sofern dieser Test zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person **noch keine Impfung** gegen COVID-19 erhalten hatte. Eine Person gilt in diesem Fall abweichend zu den allgemeinen Regelungen als "vollständig geimpft" ab dem Tag der verabreichten Impfstoffdosis.*
- *wenn die betroffene Person **nach Erhalt einer einzelnen Impfstoffdosis** eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 durchgemacht hat. Zum Nachweis der Infektion ist erforderlich, dass ein Testnachweis vorliegt, der auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht. Eine Person gilt in diesem Fall abweichend zu den allgemeinen Regelungen als "vollständig geimpft" ab dem 29. Tag nach Abnahme des positiven Tests.*“

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

- bereits vorgelegt als Teil der Anlage B 152 -

Es ist bezeichnend, dass das PEI den Antikörpernachweis nur dann akzeptiert, wenn die betreffende Person im Anschluss eine Impfung erhalten hat, aber nicht die natürliche Immunität alleine akzeptiert, obwohl die deutliche Mehrzahl der Studien die natürliche Immunität als robuster eingestuft als die nur durch Impfung erzeugte Immunität. Unverhältnismäßig waren und sind die Grundrechtseingriffe schon deshalb, weil die T-Zellenimmunität weiterhin komplett ausgeklammert wird. Unverhältnismäßig ist die pauschale Reduzierung der Genesenendauer von 6 auf nunmehr nur noch klägliche 3 Monate auch deshalb, weil diese völlig undifferenziert erfolgt: Wer z.B. Ende Dezember einen positiven PCR-Test erhalten hat, der eine Infektion mit der Delta-Variante nachgewiesen hat und der dann z.B. am 10.01.2022 wieder als genesen galt, für den ist es völlig unverständlich, warum seine Antikörper allein deshalb nur noch für 3 Monate wirksam sein sollten, nur weil jetzt die – viel mildere – Omikron-Variante dominiert. Wer ein Immunsystem hat, das mit der viel härteren Delta-Variante fertig geworden ist, dem kann

man nicht pauschal unterstellen, dass sein Immunsystem plötzlich schon nach 3 Monaten gegen die viel mildere Omikron-Variante hilflos sein soll … . Somit ist auch der derzeitige Personenkreis des § 20a I, IV BIfSG n.F. völlig unverhältnismäßig weit gefasst.

Die aktuellen Änderungen der Internetseiten untergraben mithin das Verfassungsgebot einer kontinuierlichen Prüfung und Kontrolle der historisch (negativen) beispiellosen Grundrechtseingriffe durch das Parlament. Das Gesetz bewirkt objektiv eine (ebenfalls negativ) beispiellose Selbstentmachtung des Parlaments zugunsten von zwei Bundesoberbehörden und führt auch zu einer Umgehung des Art. 82 I GG.

Insbesondere kann man die vorliegende Konstellation auch nicht mit der Vorschrift des § 48 BImSchG zu vergleichen, die die sog. “TA-Lärm“ und die sog. “TA-Luft“ als allgemeine Verwaltungsvorschriften, als sog. normkonkretisierende Verwaltungsvorschriften, legitimiert. Denn die Grenzwerte in den Technischen Anleitungen drücken nicht nur technisches Fachwissen aus, sondern zugleich einen politischen Kompromiss zwischen Staat, Wissenschaft und Wirtschaft. Dieser Kompromiss wird unter Mitwirkung der beteiligten Kreise gefunden. Diese sind im Immissionsschutzrecht beispielsweise Vertreter der Wissenschaft, der Betroffenen, der beteiligten Wirtschaft, des beteiligten Verkehrswesens und der für den Immissionsschutz zuständigen obersten Landesbehörden. Nur durch dieses besondere Aufstellungsverfahren soll eine gewisse Gewähr dafür entstehen, dass auch ihr Inhalt richtig ist.

Vgl. z.B. VGH Mannheim, Urteil vom 24.03.2021, Az. 3 S 2506/18, Rn. 150 – juris; VGH Mannheim, Urteil vom 20.07.2011, Az. 10 S 2102/09, Rn. 147 – juris: “*(…) sondern konkretisiert auch unbestimmte Rechtsbegriffe des Gesetzes durch generelle, dem gleichmäßigen und berechenbaren Gesetzesvollzug dienende Standards, die entsprechend der Art ihres Zustandekommens in hohem Maße wissenschaftlich-technischen Sachverstand und allgemeine Folgenbewertungen verkörpern. (…)*“

Das Vorgenannte kann mit dem hiesigen Sachverhalt erkennbar nicht verglichen werden. Nicht nur die Intensität der Grundrechtseingriffe ist beispiellos und mit den üblichen TA-Lärm oder TA-Luftfällen nicht ansatzweise vergleichbar. Sondern die Festlegungen auf den Internetseiten, wer als Genesener oder als Geimpfter gilt, dienen auch ganz sicher keinen gleichmäßigen und berechenbaren Gesetzesvollzug. Das aktuelle Beispiel belegt dies: Wer hätte als “Normalbürger“ diese radikale Verkürzung des bisherigen Genesenenstatus von 6 auf nur noch 3 Monate allen Ernstes noch vor einer Woche erkennen können?! Zudem sind allgemeine Folgenbewertungen auch ganz sicher nicht Aufgabe des PEI und / oder des RKI, sondern des Gesetzgebers.

2.) Juristische Unverhältnismäßigkeit der Frist bis zum 15.03.2022

a) Es ist abwegig anzunehmen, dass bei den neuen Impfstoffen jeder der Impfpflicht nunmehr Unterworfene bis zum 15.03.2022 ausreichend Zeit hat, durch Laborbefund abzuklären, ob er oder sie gegen eine der in den Impfstoffen enthaltenen Substanzen allergisch, ggf. auch hochallergisch, reagiert. Dies gilt umso mehr als dass das neue Gesetz (und auch die politisch bereits fest angekündigte allgemeine Impfpflicht) eine Dauer-Impfpflicht ist, d.h. es werden im Einzelfall dann auch nicht nur einmal, sondern mehrfach und regelmäßig (nach derzeitigem Stand: mindestens vierfach, bei – derzeit – vier

Impfungen) Substanzen in den Körper eingeführt, gegen die der oder die Einzelne allergisch oder hochallergisch reagieren kann. Der Impfzwanggegner Hans Tolzin hat z.B. den Impfstoff Comirnaty über das Labor Micro Trace Minerals – Umweltmedizinische Untersuchungen (Röhrenstr. 20, 91217 Hersbruck) untersuchen lassen und Spuren von Aluminium und Quecksilber, aber auch vor allem von Nickel konstatiert, die natürlich nicht deklariert sind:

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Seite 110 im Impfreport 130/131 **- als Anlage B 156 -**

2. Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachten

Um einen etwaigen Einwand vorwegzunehmen: Dieses Labor ist seriös und hat einen guten Ruf, und zwar völlig unabhängig davon, wie man zum Medizinjournalisten Tolzin ansonsten stehen mag.

Es ist schon aus rein zeitlichen Gründen abwegig anzunehmen, dass die mehreren Millionen nun (Dauer-)Impfpflichtigen eine faire Chance haben, bis zum 15.03.2022 sämtliche Substanzen in den Impfstoffen bezogen auf sich selbst testen zu lassen. Das gilt umso mehr als dass in den ohnehin nur bedingten Notfallzulassungsverfahren natürlich “vorsichtshalber“ auch gar nicht erst geprüft worden ist, ob eine Mehrfach-Dosis von Nickel, Quecksilber etc. nicht zumindest bei einigen Allergikern kritische Grenzen überschreiten kann.

b) Der Gesetzgeber sieht vor, dass die vulnerablen Personengruppen beliebig durch Personen gefährdet werden dürfen, denen der Nachweis einer medizinischen Kontraindikation gelingt.

c) Sämtliche Beteuerungen der Politik, dass die Impfstoffe natürlich absolut sicher und hochwirksam seien, sind schon deshalb völlig unglaubwürdig, weil der Bundestag selber in erstaunlicher Offenheit in der Gesetzesbegründung ausgeführt hat:

“*Die neue einrichtungsbezogene Impfpflicht gegen COVID-19 und die Erweiterung des Kreises der impfberechtigten Personen bezüglich der Impfungen gegen COVID-19 sollen auf ihre Wirksamkeit und Reformbedürftigkeit hin evaluiert werden.*“

BT-Drs. 20/188, S. 4

M.a.W., der Bundestag selber will die Wirksamkeit des Impfstoffes evaluieren, zwingt die Bürger aber schon jetzt – d.h. vor dieser Evaluierung – gegen deren Willen sich die Substanzen mehrfach und regelmäßig verabreichen zu lassen! Wenn, wie am Anfang der Gesetzesbegründung behauptet, die Impfstoffe hoch wirksam seien, dann würde es einer solchen Evaluierung doch gar nicht bedürfen!

d) Schließlich hat der Gesetzgeber auch keinerlei Probleme damit, dass die angeblich hoch gefährlichen Ungeimpften sowie die bereits Geimpften, deren Impfstoffwirkung leider abgelaufen ist und auch künftig immer wieder mal ablaufen wird, einen Monat lang die vulnerablen Personengruppen gefährden können, vgl. § 20a IV BIfSG n.F.. Dass diese Frist

möglicherweise organisatorischen Umständen geschuldet ist, weil mehrere Millionen Personen nicht an ein oder zwei Tagen geimpft werden können, ändert nichts daran, dass der Gesetzgeber insoweit eine Dauergefährdung in Kauf nimmt.

Der Gesetzgeber hat schließlich zu keiner der in § 20a I BIfSG n.F. aufgeführten Einrichtungen auch nur eine Schätzung abgegeben, wie viele Personen, bei denen die Impfstoffe nur vermindert wirken, es in den jeweiligen Einrichtungen gibt. Weshalb auf Dauer die Nichtstörer, d.h. diejenigen mit einer breiten natürlichen Immunantwort (so die breite derzeitige Studienlage, die bereits dargelegt worden ist), in Anspruch genom-men werden sollen, anstatt auch nur zu erwägen, ob den angeblich durch Ungeimpfte gefährdeten vulnerablen Personen, deren Impfstoffwirkung noch schneller "verfällt" als dies ohnehin schon allgemein der Fall ist (derzeit: Stiko-Empfehlung = Booster-Impfung nach nur 3 (!) Monaten nach der zweiten Impfung), nicht auch gewisse Eigenschutz-maßnahmen zuzumuten sind, hat der Gesetzgeber noch nicht einmal ansatzweise dargelegt. Als solche zumutbaren Eigenschutzmaßnahmen, wenn man an die 2., 3., 4. und vermutlich mindestens auch 5. Impfung als "Gamechanger" denn immer noch glauben wollte, käme z.B. in Betracht, dass die vulnerablen Personengruppen sich sofort "boostern" lassen und nicht erst nach 4, 5 oder 6 Monaten nach ihrer zweiten Impfung. Oder die vulnerablen Personen könnten, wenn sie sich ernsthaft vor den ungeimpften Pflegern, Physiotherapeuten, Ärzten etc. fürchten, die ohnehin jeden Tag einen Schnelltest machen müssten, und die sie seit Jahren behandeln, sich zumutbar einen (dauer-)geimpften Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, Arzt, etc. suchen und / oder für die in der Regel nur kurze Dauer ihrer Behandlung auch eine FFP3-Maske tragen. Von dieser ist bereits geklärt, dass sie das Omikron-Infektionsrisiko sehr deutlich reduziert.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-ffp2-omikron-100.html
- als Anlage B 157

2.
https://www.merkur.de/welt/ffp2-omikron-maske-delta-corona-schutz-infektion-max-planck-news-91242399.html **- als Anlage B 158 -**

Das Gesetz, welches die Ungeimpften als Nichtstörer auf Dauer in Anspruch nimmt, ist daher auch deshalb unverhältnismäßig, weil die vulnerablen Gruppen von jeglicher, erkennbar auch zumutbaren Eigenvorsorge auf Dauer befreit werden. Dies stellt offensichtlich keinen auch nur ansatzweise angemessenen Interessenausgleich dar zwi-schen verschiedenen Verfassungswerten.

2. Weiterer Grund für die juristische Unverhältnismäßigkeit: Das komplette Fehlen einer Härtefallklausel

Es gibt Ärzte, die ihren medizinischen Schwerpunkt u.a. auch darin haben, dass sie im Bereich des Impfens eine sehr einzelfallspezifische Prüfung vornehmen. Anders als der durchschnittliche Arzt, der in aller Regel "darauflosimpft", prüfen diese Ärzte sehr genau, die einzelfallspezifischen Umstände. Diese weisen darauf hin, dass die pauschalen Aussage "*Die Impfstoffe sind äußerst nebenwirkungsarm*" mindestens sehr zweifelhaft ist, weil es

- in Deutschland und in den meisten Ländern kein gut funktionierendes Meldesystem für Impfschäden gilt,

- weil die Zulassungsstudien (auch die regulären, die zwischen 5 bis 10 Jahren andauern) nicht durch besonderen “Eifer“ gekennzeichnet sind, wirklich alle denkbaren Nebenwirkungen und Schäden zu erfassen und abzufragen und weil der Beobachtungszeitraum viel zu kurz ist,

etc. etc.

vgl. u.a. den umfangreichen Vortrag im Schriftsatz vom 14.01.2022

Wenn Ärzte auf die Themen Impfschäden und (schwere) Impfnebenwirkungen spezialisiert sind, so ist dies den Patienten natürlich bekannt. Würden diese sich dem staatlich aufoktroyierten Dauerimpfzwang beugen, würde sich dies unvermeidbar herumsprechen. Zudem fragen natürlich auch regelmäßig Patienten danach, ob und in welchem Ausmaß ein solcher Arzt geimpft ist. Dessen Patienten würden dadurch das in diesen gesetzte Vertrauen massiv verlieren. Denn ein solcher Arzt ist dann wenig glaubhaft, wenn er zwar - verglichen mit den durchschnittlichen Ärzten - die individuelle Risikosituation des Patienten sehr genau prüft und abklärt und generell auf in der Öffentlichkeit wenig bekannte Fakten über Impfstoffzulassungsverfahren, Impfstoffstudien u.Ä. hin-weist, aber selber gleichwohl (dauer-)geimpft ist. Dass das Gesetz noch nicht einmal für solche oder ähnliche Härtefälle, bei denen die gesamte jahrzehntelange selbstständige Existenz auf dem Spiel steht, eine Ausnahme vorsieht, macht das Gesetz ebenfalls hoffnungslos unverhältnismäßig und verfassungswidrig. Das Gesetz gewährt insoweit für Personen, die ab dem 16.03.2022 tätig werden, überhaupt keinen Vertrauensschutz und für die bislang tätigen Personen nur einen “Vertrauensschutz“ nach Maßgabe eines uferlosen, freien Ermessens des Gesundheitsamts nach § 20a V 3 BIfSG n.F.. Das kann verfassungsrechtlich nicht ausreichend sein.

Das Gesetz ist auch insoweit völlig unverhältnismäßig, weil es noch nicht einmal denjenigen Auszubildenden und Studenten, die im Wesentlichen nur noch eine praktische Prüfung z.B. in einem Krankenhaus nach dem 15.03.2022 zu absolvieren haben, und die erklären, dass sie danach in einem ausländischen Krankenhaus oder einer ähnlichen ausländischen Praxis tätig werden wollen, den Berufsabschluss verwehrt. Hier merkt man ganz besonders die krasse Unverhältnismäßigkeit des Gesetzes, dass keine Härtefall und keine praktisch relevanten Ausnahmen kennt.

3. Verstoß von § 73 Ia Nr. 7e) und 7h) BIfSG n.F. gegen Art. 103 II GG

In diesen Normen wird nunmehr auch die “nicht rechtzeitige“ Vorlage eines Nachweises über die vollständige Immunisierung gegen SARS-CoV2 als Ordnungswidrigkeit geahndet. Dies setzt aber wiederum voraus, dass sowohl der Beginn als auch das das Ende der verpflichtend vorzunehmenden Handlung (Impfung) und der hieran anknüpfenden Verpflichtung, einen Nachweis vorzulegen, so konkret gefasst sind, dass die Adressaten der Regelung erkennen können, ab wann die Regelung für sie bei einem Fortfall des Ausnahmegrundes Kontraindikation ebenfalls Anwendung findet und wann nicht. Daran fehlt

es hier. Unter anderem ist unklar, ob eine Impfung sofort nach Wegfall der Kontraindikation verpflichtend ist oder welcher Zeitraum den Adressaten der Impfpflicht für deren Umsetzung, die u. U. wegen geplanter Operationen, geplanten Urlaubs, auf-grund von verpflichtenden Dienstreisen oder aus sonstigen gewichtigen Gründen wegen der damit verbundenen Nebenwirkungen zu Recht als gerade unpassend für die persönliche Lebensführung empfunden werden kann, eingeräumt werden soll. Vom Wortlaut her könnte man bei wegfallender Kontraindikation z. B. infolge Beendigung einer Schwangerschaft zwar § 20a IV 1 IfSG als einschlägig erachten. Denn der vorher zu führende Nachweis über das Bestehen einer Kontraindikation (§ 20a II 1 Nr. 3 BIfSG) dürfte damit seine Gültigkeit verlieren und nach Ablauf des ersten Trimenons unrichtig geworden sein. In § 20a IV BIfSG ist allerdings eine Verpflichtung zur Vorlage eines neuen Nachweises "**innerhalb eines Monats**" vorgesehen. Das wiederum ist nur mit dem ausdrücklich nicht für jüngere Menschen empfohlenen Impfstoff von Johnsson & Johnsson bei vorher noch fehlender Grundimmunisierung zu realisieren. Eine reguläre Grundimmunisierung beansprucht wegen des erforderlichen Abstandes von 3 - 4 Wochen zwischen 1. und 2. Impfdosis sowie des Zeitraums von weiteren 14 Tagen zum Aufbau des ausreichenden Impfschutzes mindestens 6 Wochen.

Ob der Normgeber eine empfehlungswidrige Verwendung des Johnsson & Johnsson-Impfstoffes für die Adressaten der Impfpflicht vorschreiben wollte oder nicht, bleibt unklar.

Aus diesen Gründen resultiert für die Normadressaten eine erhebliche Rechtsunsicherheit darüber, ob sie ein ärztliches Attest erhalten können und sollten und ob dieses inhaltlich im Falle einer Überprüfung Bestand hätte. Gleiches gilt in einigen Fällen für den Zeitpunkt der Impf- und Nachweisverpflichtung. Die aus den geschilderten Gründen nicht verlässlich mögliche Bestimmung des Kriteriums der "Kontraindikation" ist mit dem Bestimmtheitsgrundsatz nach Art. 103 II GG nicht zu vereinbaren (s.u.).

Mit dem rechtsstaatlichen Bestimmtheitserfordernis steht eine solche Regelung in keiner Weise in Einklang; einer willkürlichen Handhabung wird Vorschub geleistet.

4. Verstoß von § 20a I 2 BIfSG n.F. gegen u.a. Art. 2 II 1, Art. 12 I GG etc. i. V. m. Art. 20 III GG i. V. m. Art. 103 II GG

Der Begriff der medizinischen Kontraindikation erfüllt die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen des Bestimmtheitsgebotes, insbesondere des speziellen wie strengeren Bestimmtheitsgrundsatzes des Art. 103 II GG ebenfalls nicht. Dies schon deshalb, weil weder der Wortlaut noch die Entstehungsgeschichte einen Hinweis dafür liefert, ob in diesem Zusammenhang die sog. absolute oder die relative Kontraindikation gemeint ist.

Eine Kontraindikation kann eine medizinische Maßnahme entweder zwingend in jedem Fall verbieten (absolute Kontraindikation) oder nur unter strenger Abwägung sich da-durch ergebender Risiken (relative Kontraindikation) zulassen. Das Gesetz definiert noch nicht einmal im Ansatz, wann in welchen Fällen eine solche absolute und / oder relative

Kontraindikation vorliegen soll. Kriterien und Maßstäbe für die Ärzte, die nach §20a II 1 Nr. 3 BIfSG ein ärztliches Attest darüber ausstellen können, dass eine ansonsten der Impfpflicht unterliegende Person aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann, sind nirgends auf eine Weise definiert, dass Ausstellung eines solchen Attests eine gesicherte medizinische und damit auch Grundlage hätte. Zwar existiert die sog. Fachinformation für jeden der per Notfallzulassung zugelassenen Impfstoffe. Daraus ergeben sich aber nur in sehr seltenen Fällen medizinische Kontraindikationen, u. a. bei einer Unverträglichkeit auf einen der Inhaltsstoffe des Impfstoffs, die wiederum mangels vorheriger Anwendung praktisch nicht vorab feststellbar ist. In den jeweiligen Fachinformationen zwangsläufig nicht enthalten sind Daten zu besonderen gesundheitlichen Risikokonstellationen, in denen ein erhöhtes Risiko bei Impfung gegen SARS-CoV2 für schwere und gegebenenfalls anhaltende Nebenwirkungen besteht. Dies ist dem Umstand geschuldet, dass sich daraus, dass in den Zulassungsstudien für alle in der EU zugelassenen Impfstoffe gegen SARS-CoV-2 Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen z.B. neurologischer oder immunologischer Art ausgeschlossen waren. Insbesondere völlig offen ist, welches Risikoprofil für die Gabe weiterer Impfdosen besteht, wenn bei der vorangegangenen Dosis des SARS-CoV2-Impfstoffes über das normale Maß gehende und teils länger anhaltende Nebenwirkungen aufgetreten sind. Gerade angesichts der Reaktogenität der Impfstoffe dürfte es äußerst schwierig sein, bekannte häufige Nebenwirkungen hinsichtlich ihrer Intensität und Ursache so zuzuordnen, dass eine über das normale Maß hinausgehende Reaktion im Vorfeld festgestellt werden und zudem das Risiko bei der Gabe der nächsten Dosis abgeschätzt werden kann, u.a. bei Schwindel und Kopfschmerzen. Müssten sich die Ärzte auf die Angaben der Betroffenen verlassen, würde die Verpflichtung in Bezug auf die 2. Dosis u. U. bereits leer laufen, denn Schwindel und Kopfschmerzen sind objektiv nicht messbar. Diese gravierenden Unsicherheiten, die erneut darauf zurückzuführen sind, dass der Gesetzgeber wieder einmal nicht selber “Farbe bekennen“ wollte, sondern insoweit alle für die Grundrechtsausübung wesentlichen Fragen sowie für die Bußgeldzahlungspflicht relevanten Kriterien an die Ärzteschaft “delegiert“ hat, führen zur Nichtigkeit des § 20a I 2 BIfSG n.F. – und damit auch zur eklatanten Nichtigkeit, weil Unverhältnismäßigkeit des § 20a I, IV BIfSG n.F. Auch hier ist eine wie auch immer geartete verfassungskonforme Auslegung nicht möglich. Der Gesetzgeber hätte die Ausnahme nach § 20a I 2 BIfSG n.F. zumindest dem Grunde nach, d.h. in den Grundzügen selber regeln müssen (absolute und / oder relative Kontraindikation? Was ist mit Personen, die erhebliche Vorerkrankungen haben, die aber in den Zulassungsstudien gar nicht oder nur marginal vertreten gewesen sind? Bedeutet u.U., dass die STIKO für bestimmte Personengruppen eine Impfung nicht empfiehlt, automatisch immer eine - absolute oder “nur“ relative - Kontraindikation? etc. etc.). Dass er ein unliebsames und medizinisch schwieriges Problem zu 100% den Ärzten zugeschoben hat, ist verfassungsrechtlich nicht mehr haltbar.

Weiterer Vortrag wird in separaten Schriftsätzen erfolgen.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 148 – B 158

20. Januar 2022

Az.: 1 BvR 2649/21

Sehr geehrter Herr Xxxxx,

vielen herzlichen Dank für Ihr gestriges Fax-Schreiben. Dieses hat sich zeitlich leider überschnitten mit meinem gestrigen, vorab per Fax gesendeten Schriftsatz von 11.24 Uhr, dessen Original nebst Anlagen vermutlich erst morgen eingehen dürfte.

Die Verfassungsbeschwerde (nur) der Beschwerdeführerin Nr. 24 wurde zurückgenommen, da diese sich schlussendlich anders entschieden hat, was sowohl die hiesige Kanzlei als auch die übrigen Beschwerdeführer sehr überrascht hat. Die Verfassungsbeschwerde und der Eilantrag aller übrigen Beschwerdeführer bleiben unverändert bestehen.

Mit freundlichen Grüßen

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

21. Januar 2022

In Sachen
XXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache weiter wie folgt begründet:

IX. Weitere schwerpunktmäßig medizinische Argumente und medizinische Indi-zien für die Annahme der Unverhältnismäßigkeit der bereichsbezogenen Impfpflicht

1. Das Nutzen-Risiko-Verhältnis der (Dauer-)Impfungen ist extrem ungünstig

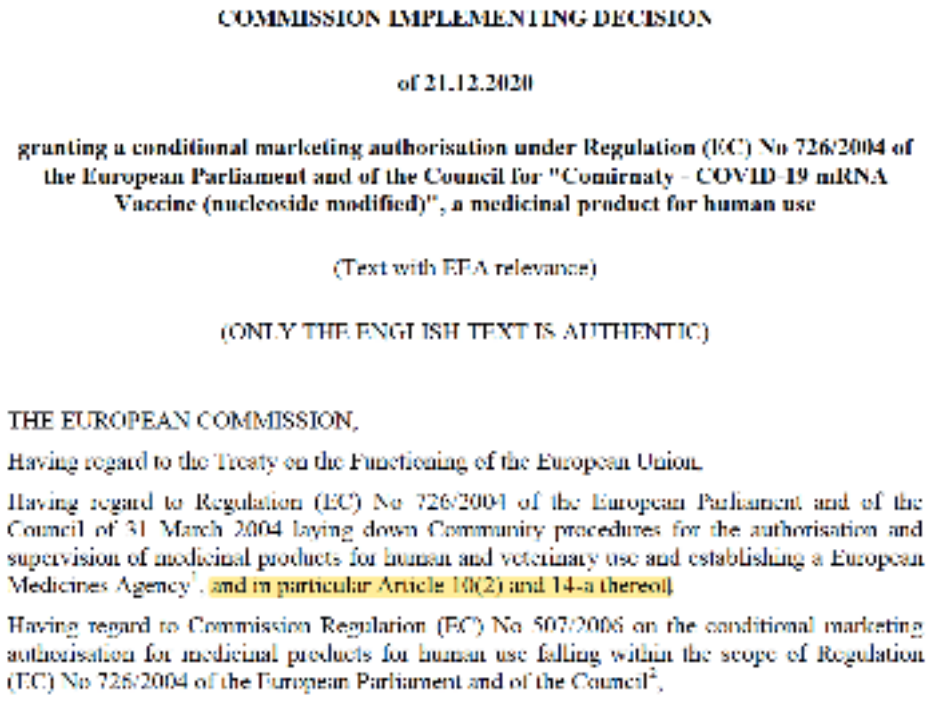
a) Der behauptete Nutzen und die Thematik der nur bedingten Zulassung

aa) Allgemeines, insbesondere Rechtsgrundlage

Die bedingte Zulassung aller derzeit zugelassenen COVID-Impfstoffe in Europa im zen-tralisierten Verfahren basiert auf einer Betrachtung von Nutzen und Risiko anhand der Ergebnisse von kontrollierten klinischen Prüfungen, die die **Zulassungsinhaber** selber durchgeführt haben, die nur gegen diejenigen Varianten des SARS-CoV-2-Virus gerichtet waren, welche **2020** weltweit vorherrschend waren. Diese Nutzen-Risiko-Bewertung erfolgte durch das CHMP (Medicinal Products for Human Use) der EMA (Euro-pean Medicines Agency).

Die bedingte Zulassung basiert auf der **Verordnung (EG) Nr. 726/2004 Artikel 14-a** (zur Vereinfachung wird diese im Folgenden mit VO726 14-a abgekürzt) wie aus der offiziellen und rechtlich verbindlichen Dokumentation der Europäischen Kommission her-vorgeht. EU-Verordnungen sind bekanntlich unmittelbares Recht für die EU-Mitgliedstaaten. Daher ermöglicht die zentralisierte Zulassung eine Anwendung der Produkte gemäß des Deutschen Arzneimittelgesetzes.

Beispielhaft wird in Abbildung 1 für Comirnaty die Genehmigung der Zulassung gezeigt.



COMMISSION IMPLEMENTING DECISION

of 21.12.2020

granting a conditional marketing authorisation under Regulation (EC) No 726/2004 of the European Parliament and of the Council for "Comirnaty – COVID-19 mRNA Vaccine (nucleoside modified)", a medicinal product for human use

(Text with EEA relevance)

(ONLY THE ENGLISH TEXT IS AUTHENTIC)

THE EUROPEAN COMMISSION,

Having regard to the Treaty on the Functioning of the European Union,

Having regard to Regulation (EC) No 726/2004 of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 laying down Community procedures for the authorisation and supervision of medicinal products for human and veterinary use and establishing a European Medicines Agency[1], and in particular Article 10(2) and 14-a thereof,

Having regard to Commission Regulation (EC) No 507/2006 on the conditional marketing authorisation for medicinal products for human use falling within the scope of Regulation (EC) No 726/2004 of the European Parliament and of the Council[2],

Abbildung 1: Auszug aus dem Dokument zur Genehmigung der bedingten Zulassung von Comirnaty

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1528.htm
- als Anlage B 159 -

2. https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2020/20201221150522/dec_150522_en.pdf
- als Anlage B 160 -

Die entsprechende Dokumentation findet sich für die weiteren in Deutschland in der Anwendung befindlichen Produkte unter folgenden Quellen:

Spikevax:
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1507.htm
- als Anlage B 161 -

COVID Vaccine Janssen:
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1525.htm
- als Anlage B 162 -

Vaxzevria:
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1529.htm
- als Anlage B 163 -

Nuvaxovid:
https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1618.htm

- als Anlage B 164 -

Um zu prüfen, ob die gesetzgeberische Abwägung (soweit in der Gesetzesbegründung überhaupt eine Abwägung zu finden sein sollte) verfassungsrechtlich zu beanstanden sein sollte, soll nachfolgend der Rechtsgedanke der Ausnahme nach VO726 14-a betrachtet werden. Hierzu in Abbildung 2 der offizielle Wortlaut auf Deutsch:

„Artikel 14 a

(1) In hinreichend begründeten Fällen kann zur Schließung medizinischer Versorgungslücken für Arzneimittel, die zur Behandlung, Vorbeugung oder ärztlichen Diagnose von zu schwerer Invalidität führenden oder lebensbedrohenden Krankheiten bestimmt sind, eine Zulassung erteilt werden, ehe umfassende klinische Daten vorliegen, sofern der Nutzen der sofortigen Verfügbarkeit des betreffenden Arzneimittels auf dem Markt das Risiko überwiegt, das sich daraus ergibt, dass nach wie vor zusätzliche Daten erforderlich sind. In Krisensituationen kann eine Zulassung solcher Arzneimittel erteilt werden, selbst wenn noch keine vollständigen vorklinischen oder pharmazeutischen Daten vorgelegt wurden.

(2) Für die Zwecke dieses Artikels ist unter einer ‚medizinischen Versorgungslücke' zu verstehen, dass für eine Erkrankung kein zufriedenstellendes Mittel zur Diagnose, Vorbeugung oder Behandlung in der Union zugelassen ist oder, selbst wenn dies der Fall ist, das betreffende Arzneimittel einen bedeutenden therapeutischen Nutzen für die von dieser Erkrankung betroffenen Patienten mit sich bringt.

(3) Zulassungen dürfen gemäß diesem Artikel nur erteilt werden, wenn das Nutzen-Risiko-Verhältnis positiv ist und der Antragsteller aller Wahrscheinlichkeit nach in der Lage ist, umfassende Daten bereitzustellen.

(4) Gemäß diesem Artikel erteilte Zulassungen unterliegen besonderen Verpflichtungen. Solche besonderen Verpflichtungen und, sofern zutreffend, die Fristen für die Durchführung sind in den Bedingungen für die Zulassung festgelegt. Diese besonderen Verpflichtungen werden von der Agentur jährlich neu beurteilt.

(5) Als Teil der besonderen Verpflichtungen gemäß Absatz 4 ist der Inhaber einer gemäß diesem Artikel erteilten Zulassung verpflichtet, laufende Studien abzuschließen oder neue Studien einzuleiten, um das positive Nutzen-Risiko-Verhältnis zu bestätigen.

(6) In der Zusammenfassung der Produktmerkmale und der Packungsbeilage wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Zulassung des Arzneimittels vorbehaltlich dieser besonderen Verpflichtungen gemäß Absatz 4 erteilt wurde.

(7) Abweichend von Artikel 14 Absatz 1 ist eine gemäß diesem Artikel erteilte Zulassung ein Jahr gültig und verlängerbar.

(8) Wenn die besonderen Verpflichtungen gemäß Absatz 4 dieses Artikels erfüllt sind, kann die Kommission im Anschluss an einen Antrag des Inhabers der Genehmigung für das Inverkehrbringen und nachdem sie ein positives Gutachten der Agentur erhalten hat, eine Zulassung erteilen, die gemäß Artikel 14 Absätze 2 und 3 fünf Jahre lang gültig ist und verlängert werden kann.

Die Quelle zur **Verordnung (EG) Nr. 726/2004:**

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=celex%3A32004R0726

- als Anlage B 165 -

Artikel 14-a

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A32019R0005

- als Anlage B 166 -

Artikel 14-a deutscher Text:

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32019R0005&from=EN

- als Anlage B 167 -

Der Rechtsgedanke des Art. VO726 14-a ist – nach dem klaren und unmissverständlichen Wortlaut der Vorschrift – der Nutzen für “Patienten“, der dem Risiko gegenüber gestellt werden soll, der sich durch eine unzureichende Prüfung der Sicherheit für “Patienten“ ergibt. Der Rechtsgedanke der Ausnahme von einer regulären Zulassung – vor allem das ausnahmsweise Absehen von Sicherheitsprüfungen – schließt die Anwendung an gesunden Menschen zum Fremdschutz von gefährdeten Menschen somit gerade nicht ein! Ebenso ist Tatbestandsvoraussetzung einer bedingten Zulassung, dass es kein zufriedenstellendes Mittel für Patienten zur Behandlung in der EU zugelassen ist oder, wenn dies der Fall ist, dass das betreffende **Arzneimittel** einen bedeutenden Vorteil für die von der **Erkrankung betroffenen Patienten** mit sich bringt.

Mittlerweile stehen aber den 5 zugelassenen Impfstoffen immerhin 6 Arzneimittel (“treatment“) gegenüber zur Behandlung auch von frühen COVID-19 Erkrankungen für “Patienten“ ab 12 Jahre.

Abbildung 3: Screenshot (Stand 20.01.2022, 10:23) der Internet-Seite der Europäischen Kommission: Den fünf Impfstoffen stehen mittlerweile sechs Arzneimittel zur Behandlung gegenüber https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/index_en.htm

https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/index_en.htm (durch das “Anklicken“ der “treatment“s erhält man weitere Informationen über die Medikamente)

- als Anlage B 168 -

Der Rechtsgedanke des VO726 14-a ist nicht der Fremdschutz im Sinne einer prophylaktischen Behandlung von gesunden Menschen – wie dies bei Impfungen der Fall ist, denn geimpft werden nur gesunde Menschen! Der Rechtsgedanke ist vielmehr der **Eigenschutz vor schwerer Erkrankung** und dies gleichermaßen nur, solange keine geeignete Therapie vorhanden ist. Der Sinn und Zweck ist zudem, dass entsprechende

Sicherheitsstudien nachgereicht werden! Vor allem im Sinne der **verbindlichen vorklinischen Sicherheitsprüfungen**, auf die nachfolgend eingegangen wird.

An dieser Stelle unbenommen von einer detaillierten nachfolgenden Ausführung der Risiken soll vorweggenommen werden, dass mittlerweile in sehr umfangreichen Nachzulassungsbeobachtungen in England festgestellt wurde, dass für Menschen unter 40 das Risiko eines Herzschadens durch die COVID-19 Impfung größer ist als durch einen COVID-19 Infekts!

Beweis und Glaubhaftmachung:
Patone et al.: https://www.nature.com/articles/s41591-021-01630-0.pdf

- als Anlage B 169 -

Dieses Risikos eines Herzschadens wird noch größer, wenn sich diese Subpopulation unter 40 Jahre nach einer Impfung mit COVID-19 infiziert wie man in dieser Studie untersucht hat: Der Mechanismus, der diese Verstärkung eines möglichen Herzschadens bewirkt bei Infektion nach Impfung, ist nicht bekannt gemäß Patone et al. - aus der Diskussion:

"*Whilst the mechanisms of myocarditis following exposure to SARS-CoV2 infection and vaccination are not known, it seems likely that systemic complications of infection are a consequence of an immune-mediated, virus-inde-pendent immunopathologic process. However, vaccine mediated expression of SARS-CoV-2 surface spike protein on the surface of cardiomyo- cytes could potentially trigger an immunologic response resulting in organ-specific cell death.*"

Man vermutet, dass die Gen-Wirkstoffe eine Produktion des Spike Proteins im Herzmuskel bewirken und somit das Immunsystem Herzmuskelzellen als Quelle einer gefährlichen Infektion in das immunologische Gedächtnis speichert. Bei einer nachfolgenden Infektion wird daher das Immunsystem das Herz angreifen, da dies als Quelle einer gefährlichen Erregerausbreitung eliminiert werden muss und die Zerstörung möglicher Wirtszellen sogar eine First-Line of Defense ist.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7150138/pdf/main.pdf

- als Anlage B 170 -

Dies wäre auch eine sehr naheliegende Erklärung für die Herzmuskelentzündung des Spielers Alphonso Davies des FC Bayern. Es ist zwar in Pressemeldungen nicht exakt benannt, wie dessen Impfstatus ist. Doch wäre er ungeimpft, dann wäre hier ein medialer Aufschrei erfolgt wie im Fall des Spielers Kimmich. Also muss im Fall Davies sogar vom Vorliegen einer sog. Auffrischungsimpfung ausgegangen werden.

So hat der FC Bayern am 05.01.2022 gemeldet, dass Davies positiv auf das SARS-CoV-Virus getestet wurde.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://fcbayern.com/de/news/2022/01/alphonso-davies-positiv-auf-das-coronavirus-getestet
- als Anlage B 170.1. -

Am Mittwoch, den 12.01.2022, war er bereits wieder im Training, was gemäß Verordnungen nur möglich ist, wenn er symptomfrei ist und zudem einen negativen PCR Test vorweisen kann.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bild.de/sport/fussball/fussball/damit-ist-nicht-zu-spassen-wegen-davies-bayern-stars-schlagen-herz-alarm-78844396.bild.html **- als Anlage B 170.2. -**

Erst am Donnerstag einen Tag danach wurde die Herzmuskelentzündung festgestellt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bild.de/sport/fussball/fussball/fc-bayern-nach-corona-infektion-herz-sorgen-um-alphonso-davies-78825296.bild.html **- als Anlage B 170.3. -**

Hatte er Beschwerden im Training? Ist zu vermuten, denn sonst hätte man vor dem Training eine Untersuchung durchgeführt ,und er hätte erst gar nicht trainiert. So bleibt hier nur die Erklärung wie in der o.g. Studie Patone et al gefunden. Das Risiko für eine Herzmuskelentzündung nach einer Impfung mit nachfolgendem SARS-CoV-2 Infekt ist stark erhöht im Vergleich zu einem Infekt ohne Impfung. Beim Spieler Davies lag offensichtlich auch zunächst lediglich eine asymptomatische Infektion vor.
So trifft es derzeit vermehrt junge Sportler. Z.B. auch die Leichtathletin Atcho.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.berliner-zeitung.de/news/sprinterin-sarah-atcho-herzbeutelentzuendung-nach-booster-impfung-li.206680 **- als Anlage B 170.4. -**

Mit der Möglichkeit von nun zugelassenen Therapeutika ist der grundlegende Aspekt des sogenannten “Unment Clinical Need“ nicht mehr gegeben gemäß der bedingten Zulassung nach 726 14-a. Zudem stellt sich die grundlegende Frage, ob diese bedingte Zulassung gemäß 726 14-a eine Impfpflicht im Sinne des Fremdschutzes erlaubt, insbesondere im Hinblick auf gesetzlich vorgeschriebene Sicherheitsstudien für eine reguläre Zulassung, die durch die derzeit erbrachten Sicherheitsstudien nicht erfüllt sind. Mit dieser zentralen Rechtsfrage hat sich der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages in der Ausarbeitung der Rechtmäßigkeit einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht noch nicht einmal auseinandergesetzt. Denn aus den Berichten hierzu ist erkennbar, dass der Wissenschaftliche Dienst von der falschen Rechtsgrundlage der bedingten Zulassung ausgegangen ist.

Vgl.
“*3. Zulassung von Arzneimitteln in der Europäischen Union*
Bevor ein neuer Impfstoff in der EU in den Verkehr gebracht werden darf, muss er ein Zulassungsverfahren durchlaufen. Erst nach dieser Zulassung kann er vom Hersteller in den

Vertrieb gegeben und damit Ärzten und Patienten zur Verfügung gestellt werden. Die in der EU zugelassenen Impfstoffe gegen COVID-19 haben ein reguläres Zulassungsverfahren durchlaufen und eine sogenannte bedingte Zulassung erhalten. Diese richtet sich nach Art. 14 Abs. 7 der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Gemeinschaftsverfahren für die Genehmigung und Überwachung von Human- und Tierarzneimitteln und zur Errichtung einer Europäischen Arzneimittel-Agentur (VO (EG) Nr. 2004/726)7 sowie den Regelungen der Verordnung (EG) Nr. 507/2006 der Kommission vom 29. März 2006 über die bedingte Zulassung von Humanarzneimitteln, die unter den Geltungsbereich der Verordnung (EG) Nr. 726/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates fallen (VO (EG) Nr. 507/2006)."

Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste WD 9 – 3000 – 118/20, dort S. 5
https://www.bundestag.de/resource/blob/831094/75c92e5758c53b1c5ad3bfbdefeeb0b1/WD-9-118-20-pdf-data.pdf **- als Anlage B 171 -**

In diesem Dokument wird fälschlicherweise angenommen, dass sich bedingte Zulassung auf Artikel 7 der VO (EG) Nr. 726/2004 stützt. In der gesamten Ausarbeitung wird aber nicht auf die bedingte Zulassung nach VO726 14-a eingegangen. Da dies ein Amendment zur 726/2004 ist, ist anzunehmen, dass dies dem Wissenschaftlichen Dienst nicht einmal bekannt ist. Zudem ist die Aussage falsch, dass die Impfstoffe ein "reguläres" Verfahren durchlaufen hätten. Diese, mit Verlaub, Verschwörungstheorie, ist zwar auch in allerhöchsten politischen Kreisen weit verbreitet, offenbar sogar beim Bundespräsidenten;

Vgl. z.B.
"*Immer wieder hatte die Lehrerin die aktuellen RKI-Zahlen parat und konnte selbst mit Studien zu den im mRNA-Impfstoff enthaltenen Lipiden (Fetten) aufwarten, deren Zulassung umstritten sei. Selbst mit dem Zulassungsstatus der Impfungen brachte sie den moderierenden Bundespräsidenten in Schlingern, der wohl von einer Voll-Zulassung ausgegangen war, während die Arzneimittelbehörden lediglich eine einstweilige Freigabe erteilt haben.*"

https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/impfpflicht-debatte-lehrerin-geigt-bundespraesident-steinmeier-die-meinung-78805464.bild.html **- als Anlage B 172 -**

Jedoch ist diese offensichtlich und juristisch eindeutig falsch. Ein reguläres Verfahren würde nämlich eine reguläre Zulassung bedeuten. Anhand der Zulassungsdaten ist erkennbar, dass die Unternehmen zahlreiche "Specific Obligations" nicht erfüllt haben, die für eine reguläre Zulassung zwingend erforderlich wären.

Auch in weiteren Ausarbeitungen geht der Wissenschaftliche Dienst des Bundestages nicht auf die Rechtsgrundlage der bedingten Zulassung der COVID-19 Impfstoffe ein, die (nur) nach VO726 14-a erfolgte und darauf basiert, dass gerade nicht ausreichende Sicherheitsdaten vorliegen und daher eine strenge Abwägung in der Anwendung erfordern und vor allem dem Nutzen-Risiko für Subpopulationen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Ausarbeitung WD – 3000 – 092/21

https://www.bundestag.de/resource/blob/869962/179a13146b8d9c1653b9dd75ea329550/WD-9-092-21-pdf-data.pdf **- als Anlage B 173 -**

Diese Ausnahme von einer regulären Zulassung erlaubt nicht die mögliche Gefährdung von gesunden Menschen und den Eingriff in deren Grundrechte, um Fremdschutz zu Gunsten von möglichen vulnerablen Gruppen zu fördern, für die mittlerweile Behandlungsmöglichkeiten durchaus bestehen. Unbenommen von der Annahme der Rechts-widrigkeit einer Impfpflicht, da die bedingte Zulassung nicht den Rechtsgedanken der Anwendung an einer gesunden und nicht gefährdeten Population beinhaltet, muss der Fremdschutz sichergestellt sein. Diese Wirksamkeit hinsichtlich eines möglichen Fremdschutzes in entsprechenden gesetzlich geforderten vorklinischen Studien am Tier und in kontrollierten klinischen Studien am Mensch haben die Zulassungsinhaber aber nur für die Varianten des SARS-CoV-Virus erbracht, vor allem die sog. Variante Alpha (B.1.1.7), die vor den nun beherrschenden Varianten, aufgetreten waren.

Gemäß der WHO traten die Varianten Delta und Omikron erstmals im Oktober 2020 bzw. November 2021 auf. Also zeitlich eindeutig erst **nach** den kontrollierten klinischen Studien der Phase 3 der bedingt zugelassenen Impfstoffe und nach den Prüfungen am Tier zur Untersuchung einer möglichen Ausscheidung nach Impfung und künstlichem Virusinfekt.

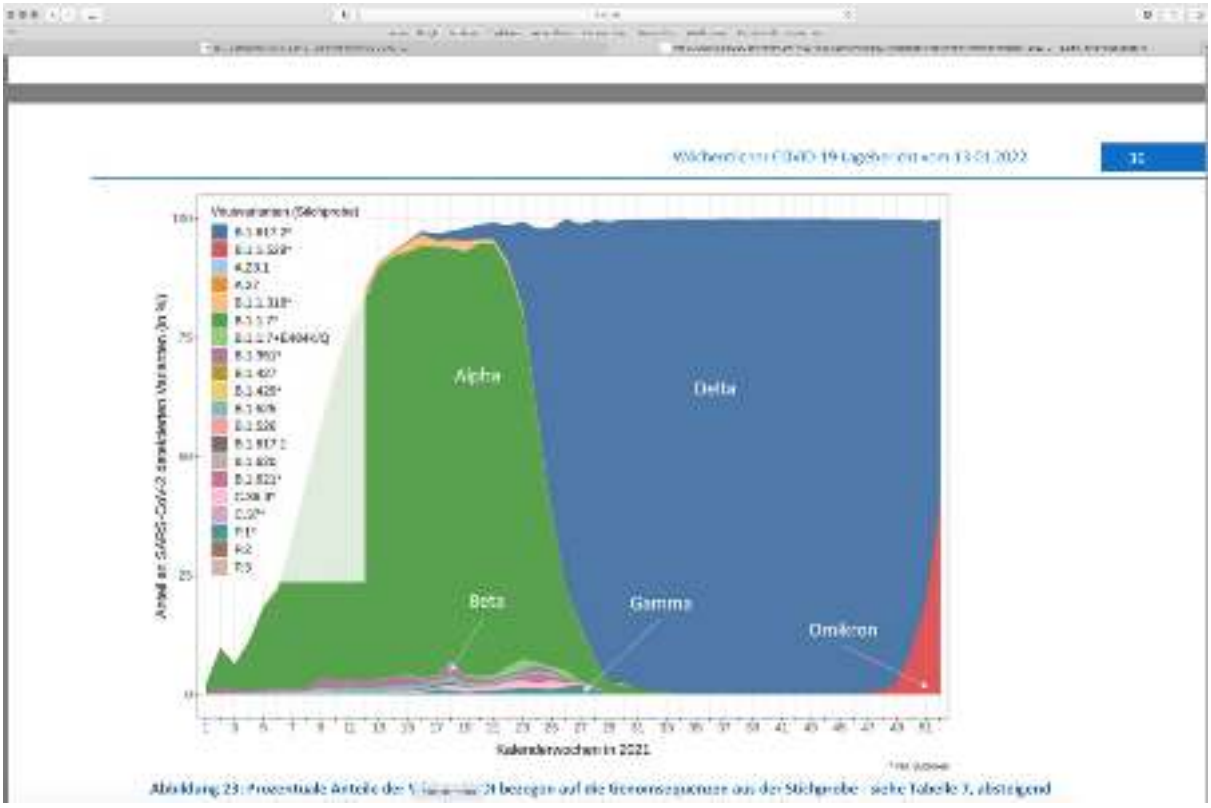


Abbildung 4: Ausbreitung SARS-CoV-2 Varianten in Deutschland gemäß RKI Wochenbericht 13.1.2022.

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

1.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-01-13.pdf?__blob=publicationFile **- als Anlage B 173.1. -**

2. https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/ **- als Anlage B 173.2. -**

Es gibt weltweit keine Studie, bei der am Menschen – wie dies am Tier möglich ist und funktioniert – in 2-tägigen Abständen untersucht wurde, wie hoch die Viruslast nach Impfung und nachfolgender Infektion ist. Dies im Vergleich zu einer nicht-geimpften Kontrollgruppe. Insbesondere hinsichtlich der Wirkung der bedingt zugelassenen Impfstoffe gegen die Varianten Omikron und Delta.

Solche Tierstudien sind zur Zulassung von Impfstoffen gesetzlich verpflichtend. Denn nur so kann man einen Fremdschutz beweisen. Aus diesem Grund wurden die Tierstudien auch durchgeführt im Rahmen der bedingten Zulassung für alle Impfstoffe – aber nur gegen die ursprüngliche Wuhan-Variante, nicht einmal gegen die Alpha Variante!

Wie wichtig Tierstudien sind bei der Prüfung von Impfstoffen, das zeigt die Notwendigkeit, dass auch heute noch jede neu hergestellte Charge von Tollwut-Impfstoffen in dafür zugelassenen Laboren an Mäusen auf ihre Wirksamkeit und Wirkstärke hin getestet werden müssen, bevor diese für die Anwendung am Mensch freigegeben werden dürfen. Es wird an tierversuchsfreien Ersatzmethoden gearbeitet, diese werden allerdings immer noch nicht als ausreichend sicher eingestuft.

Vgl. https://www.dcvmn.org/IMG/pdf/pei_serological_assays.pdf **- als Anlage B 174 -**

Die Testung der Tollwut-Impfstoffe ist sehr belastend für die Versuchstiere, können aber leider immer noch nicht tierversuchsfrei erfolgen, da die In-vitro-Tests als nicht ausreichend sicher eingestuft werden. Eine Prüfung von den bedingt zugelassenen Impfstoffen an einem geeigneten Modell hinsichtlich des Fremdschutzes sollte daher auch hinsichtlich der SARS-CoV-2 Varianten verpflichtend sein wie es im Gesetz gefordert wird, wenn man eine Impfpflicht verfassungsrechtlich rechtfertigen will. Am besten eignet sich derzeit der alte männliche Goldhamster als Modell zur Prüfung von Wirk- und Impfstoffen gegen SARS-CoV-2. Firmen wie Pfizer wissen dies natürlich nur allzu gut. Daher wurde auch die Wirksamkeit der Anti-Corona-Pille Paxlovid am Hamster geprüft – mit sehr guten vorklinischen Prüfungsergebnissen, die eine hohe Wirksamkeit belegten:

Vgl. https://kurier.at/wissen/gesundheit/covid-19-pille-paxlovid-ist-auch-gegen-omikron-wirksam/401875340 **- als Anlage B 175 -**

Vgl. die Originalquelle zu der wissenschaftlichen Veröffentlichung unter https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.11.04.467077v1 - **als Anlage B 175.1. -**

Eine Prüfung der Wirksamkeit der Impfstoffe vor allem hinsichtlich des Fremdschutzes wäre weder eine zeitliche noch eine finanzielle Hürde für diese Unternehmen – auch für die neuen Varianten Delta und Omikron. Eine Prüfung der COVID-19-Impfstoffe am Hamster hinsichtlich des Fremdschutzes stellt im Vergleich zur Prüfung von Tollwut-Impfsstoffen eine sehr geringe Belastung dar. Die Lungenentzündung ist mild, infiziert wird durch eine geringe kontrollierte Virusmenge in die vordere Nasenmuschel, die Tie-re zeigen allenfalls transient bis zu 5% Gewichtsverlust durch die Infektion, und ein Nasenabstrich ist leicht erstellt. Auch

ist der Hamster ein weit verfügbares Modell. In Deutschland können Einrichtungen wie das Friedrich-Löffler-Institut auf der Insel Riems derartige Studien in kurzer Zeit durchführen. Es gibt international Einrichtungen, die derartige Prüfungen nach GLP durchführen können.

Beweis:

1. "***Hamster zeigen ähnliche Symptome wie Menschen***

Bevor ein neuer Wirkstoff am Menschen getestet werden darf – Forscher sprechen hier von "first-in-men" Versuchen – muss seine grundsätzliche Sicherheit festgestellt werden. An Tieren probieren Wissenschaftler aus, ob der Stoff Schäden an den Organen verursacht. Wie wird ein Stoff im Körper verteilt und welche Reaktionen ruft er darin hervor? "Hamster sind hier das Modell der Wahl, weil sie ähnliche Symptome wie Menschen zeigen", sagt Paul Cichutek, Präsident des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI), das in Deutschland für die Zulassung neuer Medikamente zuständig ist. Auch bestimmte Affenarten können als Tiermodell dienen. Das absolut passende Tiermodell für die Coronaforschung sei allerdings noch nicht gefunden worden, so Cichutek."

https://www.mdr.de/wissen/corona-impfstoff-medikamente-tierversuche-100.html

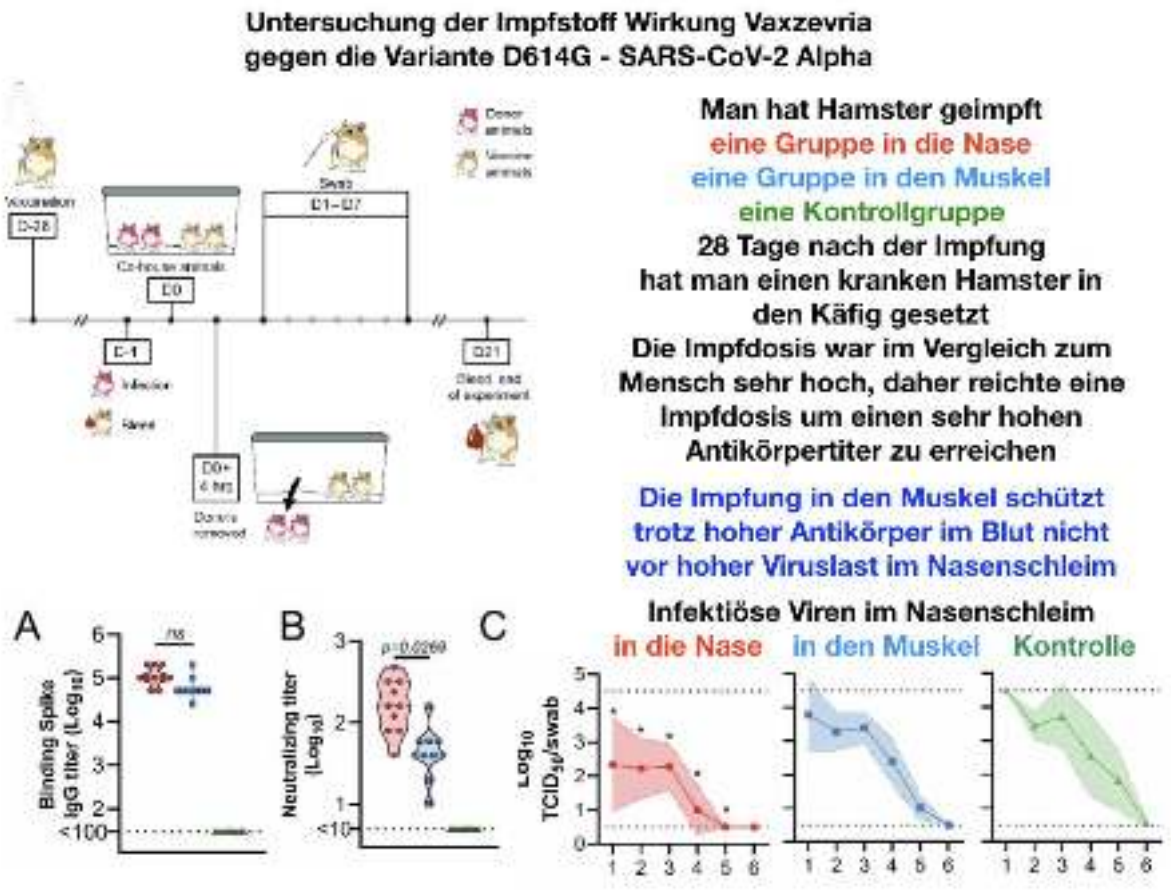
- als Anlage B 176 -

2. (im unwahrscheinlichen Fall des Bestreitens durch die Bundesregierung oder den Bundestag):

a) Zeugnis des Friedrich-Löffler-Instituts, Südufer 10, 17493 Greifswald

b) Zeugnis des Paul-Ehrlich-Instituts, Paul-Ehrlich-Straße 51-59, 63225 Langen

Im Gegensatz zur Prüfung von Tollwutimpfstoffen, wäre die Prüfung am Hamster mit geringem Leid verbunden. Diese Prüfung am Hamster überspringt man nun einfach aus offensichtlich rein politischen Motiven. Es werden gesunde Menschen zu – um den Bundeskanzler zu zitieren – "Versuchskanichen" degradiert, Menschen, für die das Risiko durch die Impfung größer sein kann als durch eine Infektion (wenn denn der einzelne überhaupt infiziert wird) Infekt wie anhand der Auswertung in England bewiesen ist. Bei den Covid-Impfstoffen handelt es sich daher um ein Arzneimittel i. S. d. § 5 AMG, weil zumindest der konkrete Verdacht besteht, dass die kurz-, mittel- bis langfristigen erheblichen Nebenwirkungen eben doch deutlich größer sind als vom Gesetzgeber, der in seiner Gesetzesbegründung selber eine Evaluierung fordert, das Verimpfen der Impf-stoffe aber vor Abschluss der Evaluierung verlangt, eingesteht.
Indes, man umgeht all dieses, wohlwissend, dass die Ergebnisse möglicherweise nicht den gewünschten Ergebnissen entsprechen könnten. Denn bereits die 2020 vorherrschende Variante D614G – als Alpha benannt, zeigt, dass der Astra-Zeneca-Impfstoff keinen Fremdschutz gewährleistet wie in Abbildung 5 gezeigt.



Quelle: Van Doremalen et al.: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7808328/

- als Anlage B 177 -

In Abbildung 6 ist die sehr erfolgreiche Prüfung des Paxlovid am Hamster gezeigt.

Hier wurde der Wirkstoff an diesem Modell hinsichtlich aller Varianten überprüft, die zum Zeitpunkt der Prüfung zirkulierten. Besonders beeindruckend ist das Ergebnis hinsichtlich der Viruslast in der Lunge. Also therapeutischer Effekt vor einem schweren Verlauf und es schützt vor Ausscheidung, denn die infizierten und behandelten Hamster haben gesunde und nicht behandelte Kontakt-Hamster nicht angesteckt.

Dies zeigt eindrücklich, dass den Unternehmen die Bedeutung dieses Hamstermodells sehr wohl bewusst ist und es daher bei der Prüfung neuer therapeutischer Wirkstoffe eingesetzt wird. Man aber wohlweislich des Wissens um eine mögliches unerwünschtes Ergebnis die Prüfung der Impfstoffe an diesem Modell vermeidet. Insbesondere hin-sichtlich der Wirkung gegen die Varianten Delta und Omikron.

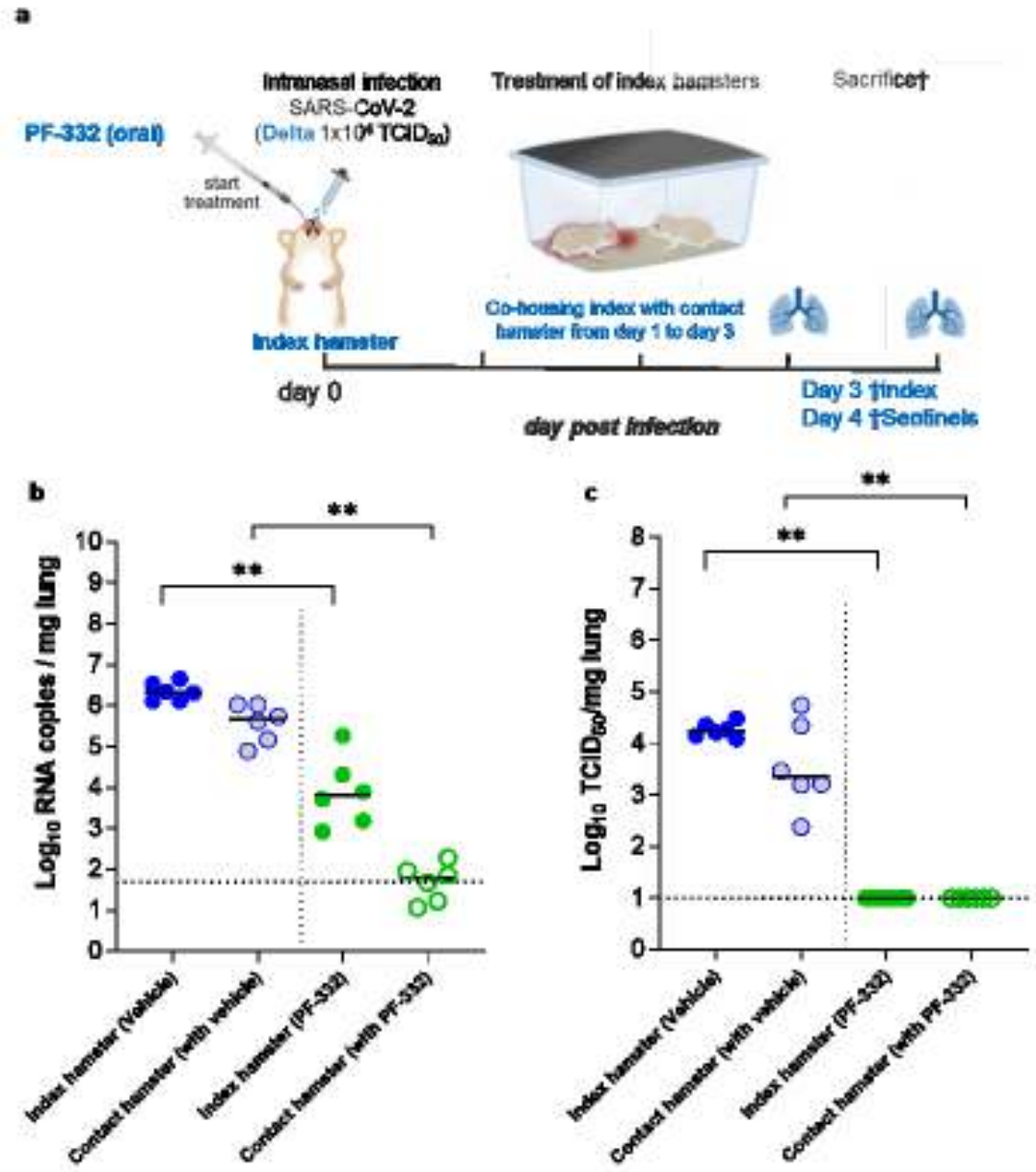


Abbildung 6: Prüfung des Paxlovid (hier Laborbezeichnung PF-332) am Modell des Hamsters gegen die Variante Delta. Es wurden Hamster infiziert und nach der Infektion für 3 Tage mit Paxlovid oral behandelt. Direkt ein Tag nach Infektion wurden gesunde und unbehandelte Hamster in den Käfig gesetzt. Die infizierten Index Hamster haben keine Viren in der Lunge und die die gesunden unbehandelten Hamster infizieren sich nicht.

Quelle: Van Doremalen et al.: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7808328/

- bereits vorgelegt als Anlage B 176.1. -

Abbildung 6 als gesonderte **Anlage B 178**

bb) Das CHMP der EMA hat für alle Impfstoffe diesbezüglich eine positive Nutzen-Risiko-Bewertung bestätigt hinsichtlich der SARS-CoV-2 Varianten, die **vor** den neuen SARS-CoV-2-Varianten B.1.617.2 (Delta) und B.1.1.529 (Omikron) vorherrschend waren. Die Zulassungsinhaber haben allesamt keine kontrollierten klinischen Studien zur

Wirksamkeit gegen die Varianten Delta und Omikron zur Prüfung dem CHMP der EMA vorgelegt.

Die Zulassungsinhaber haben allesamt **keine kontrollierten klinischen Studien** zur Wirksamkeit **gegen die Varianten** Delta und Omikron zur Prüfung dem CHMP der EMA vorgelegt! Ebenso keine vorklinischen Studien!

Beweis (für den sehr unwahrscheinlichen Fall des Bestreitens durch den Bundestag und / oder die Bundesregierung):

European Medicines Agency (EMA), Domenico Scarlattilaan 6, 1083 HS Amsterdam, Niederlande

1.) EPAR Nuvaxovid – gar keine Daten zu neuen Varianten

Auch beim neuen bedingt zugelassenen Impfstoff Nuvaxovid wurde die Wirksamkeit gegen die derzeit in Deutschland und Europa vorherrschende Omikron-Variante nicht geprüft. Es gibt auch hier keine wirklich belastbaren Daten, was die Wirksamkeit auch dieses Impfstoffs gegen die Delta und die Omikron-Variante anbelangt.

Vgl.
"*Although efficacy was shown against the B.1.1.7 variant, strain specific efficacy results should be interpreted with caution given the low number of cases for individual strains and potential confounding. The extent of cross-neutralisation of circulating and newly emerging strains of SARS-CoV-2 (including Delta and Omicron) remains uncertain, more data should be generated post-authorisation.*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/nuvaxovid-epar-public-assessment-report_en.pdf (dort S. 153) **- als Anlage B 179 -**

Ebenso:

"*Während des Studienverlaufs waren der ursprüngliche SARS-CoV-2-Stamm sowie besorgniserregende Varianten wie Alpha und Beta die am häufigsten zirkulierenden Virusstämme. Derzeit gibt es nur begrenzte Daten über die Wirksamkeit von Nuvaxovid gegen andere bedenkliche Varianten, einschließlich Omikron.*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2021/211220-europaeische-kommission-erteilt-zulassung-covid-19-impfstoff-novavax-nuvaxovid.html **- als Anlage B 180 -**

2.) EPAR Comirnaty – Daten im Reagenzglas Delta - nicht mal validierte Methode

"*The MAH also submitted supportive immunogenicity data for SARS-CoV-2 serum neutralizing titers against USA-WA1/2020 (reference) and B.1.617.2 (Delta) variant strains for 40 participants (35 in active and 5 in placebo arm). The sample size in this supportive analysis was small and the Delta neutralization assay not yet validated, therefore these data are considered supportive, but important in light of the Delta variant epidemiology.*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-x-0077-epar-assessment-report-extension_en.pdf, dort S. 38 **- als Anlage B 181 -**

Wenn keine korrekte Validierung der analytischen Methode erfolgt ist, dann haben die Ergebnisse keine ausreichende Aussagekraft. Es gibt eine Guideline zur Validierung und eine Zulassung muss immer auf Daten basieren, die die sog. Good Laboratory Practice Bedingungen erfüllen.

Vgl.
https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/research-development/compliance/good-laboratory-practice-compliance **- als Anlage B 182.1.-**

Es ist de facto sittenwidrig, dass man milliardenschweren Unternehmen seitens der Behörde erlaubt, diese Anforderungen nicht einzuhalten.

3.) Spikevax EPAR – nur Daten Reagenzglas - Daten im Reagenzglas Delta – Lang-zeitschutz fraglich

Beweis und Glaubhaftmachung:

"*From a scientific perspective it appears reasonable to assume that a third dose of 50 µg of Spikevax is capable to maintain/restore protective immunity including cross-neutralising antibody titers against variants of concern. Duration of the antibody responses following a third 50 µg dose are presently unknown. The MAH confirmed that the durability of the antibody response over time will be further assessed in the ongoing studies P201 and P301.*"

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-h-c-5791-ii-34-epar-assessment-report-variation_en.pdf **- als Anlage B 182 -**

4.) EPAR COVID-19 Vaccine Janssen – Daten im Reagenzglas Delta - keine guten Ergebnisse

"*Overall, data suggest that the nAb induced by a single dose of COVID-19 Vaccine Janssen have less neutralizing capacity against the Delta and the Beta variants compared to the original strain and the Alpha strain. nAb could still be detectable at 8 months post-vaccination, but not in all samples.*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/covid-19-vaccine-janssen-h-c-5737-ii-0033-epar-assessment-report-variation_en.pdf **- als Anlage B 183 -**

5.) EPAR Vaxzevria – gar keine Daten zu Varianten vorhanden

Zum Impfstoff von Astrazeneca fehlen Daten zu den Varianten Delta und Omikron komplett.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-h-c-5675-r-0037-epar-assessment-report-renewal_en.pdf
- als Anlage B 184 -

Die Anwendung der derzeit zugelassenen Impfstoffe gegen die Delta- und Omikron- Variante wird durch die bedingte Zulassung nicht abgedeckt. Denn weder wurden von den Zulasungsinhabern Daten von kontrollierten klinischen Prüfstudien vorgelegt noch wurde diese vom CHMP geprüft.

Die Einschätzung der EMA-Experten – insbesondere des Impfstoff-Experten Cavaleri zur Notwendigkeit eines Impfstoffes gegen die Omikron-Variante – ist allerdings eher zurückhaltend. Ebenso, was die Mehrfachgabe der derzeit zugelassenen Impfstoffe anbelangt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-booster-impfungen-warnung-ema-100.html
- als Anlage B 185 -

2.
https://www.dw.com/en/jury-still-out-on-omicron-and-vaccines-says-eu-drugs-regulator/a-60391716:
"*The EMA's head of vaccines strategy, Marco Cavaleri told a media briefing that repeated vaccinations within short intervals would not represent a sustainable long-term strategy.*"
- als Anlage B 186 -

Einen Beweis für einen Nutzen durch kontrollierte klinische Prüfungen der Phase 3 ha-ben die Zulassungsinhaber nicht erbracht, und zwar weder gegen die Variante Delta noch gegen die Variante Omikron.

Die Nutzenbewertung der Impfung gegen die Varianten Delta und Omikron und deren Empfehlungen basieren auf Anwendungsbeobachtungen des RKI und der STiKO aus anderen Nationen, die teilweise durch die sehr schnelle Entwicklung der Situation bereits überholt sind. Die mangelnde Wirkung der Impfstoffe, vor allem im Sinne des Fremdschutzes und der Verhinderung der Ausbreitung gegen die zunehmend vorherrschende Variante Omikron wird durch die derzeitige Situation bewiesen. Hier sei angemerkt, dass, bis eine statistische Auswertung valider Daten erfolgt ist und in Berichten oder wissenschaftlichen Journalen veröffentlicht ist, viele Wochen vergehen und dann ist die Situation schon überholt.

Daher muss man bei der Abwägung von Nutzen und Risiko – Fremdschutz durch die Impfung und Gefährdung von Leib und Leben und Recht auf Unversehrtheit durch die Impfung für ein Individuum – auf die aktuelle Situation abstellen. Auch jeder Laie erkennt, dass die natürliche Immunität, wie sie nun in Sachsen und Thüringen bei niedriger Impfquote durch die Delta-Variante erreicht worden ist, weit besser gegen die Omikron-Variante schützt als die Impfungen, wenn man die derzeitigen Infektionszahlen der Impfquote gegenüberstellt.

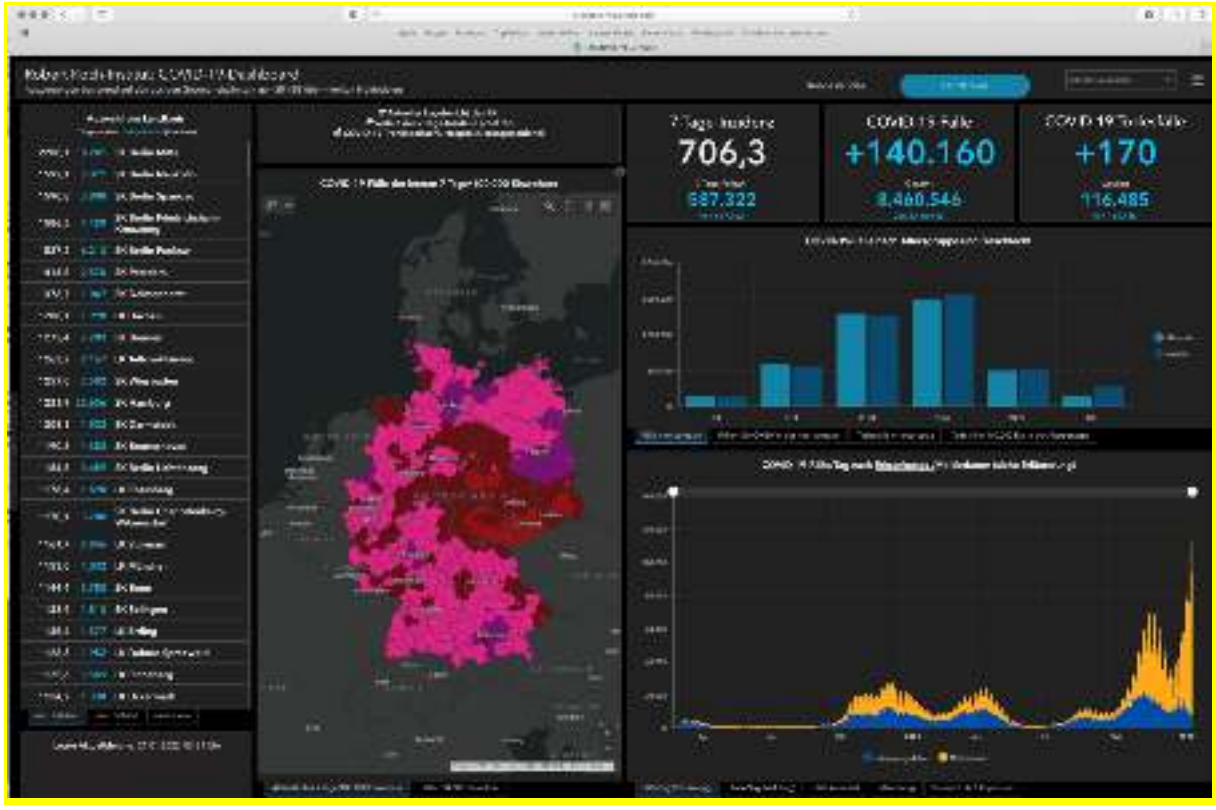


Abbildung 7: Infektionsgeschehen 21.1.2022. Es ist erkennbar, dass die Bundesländer Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt trotz geringer Impfquote eine geringe 7-Tage Inzidenz aufweisen. Die Entwicklung zeigt sich seit ca. 10 Tagen und die Fallzahlen fallen in den o.g. Bundesländern stetig. Dahingegen zeigt sich seit ca. 2 Wochen ein stetiger Anstieg für das Bundesland Bremen, welches die höchste Impfquote und die höchste Hospitalisierungs-inzidenz aufweist – so viel “Zufall“ kann es nicht geben.

https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4

- als Anlage B 186.2. -

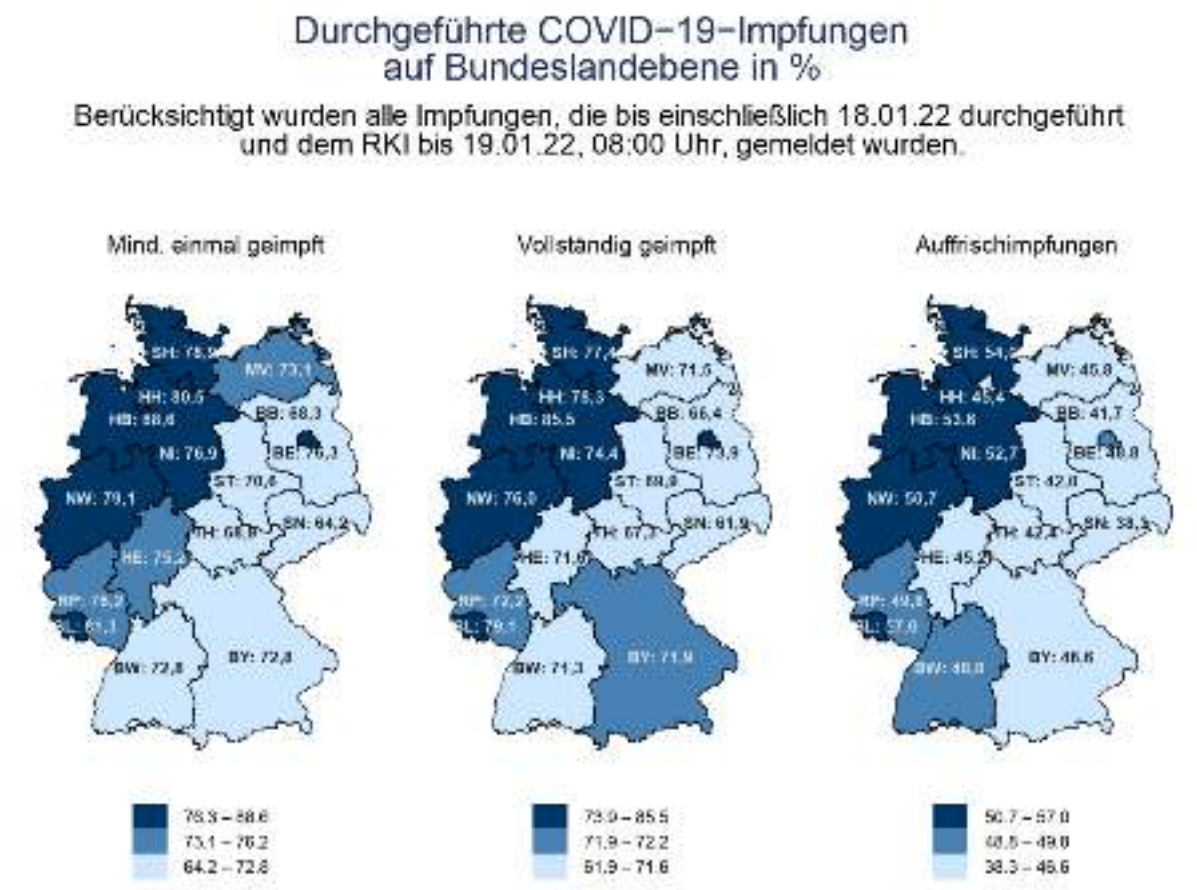


Abbildung 8: Impfquoten 19.1.2022. Sachsen und Thüringen haben die geringsten Impfquoten. Bremen hat die höchste Impfquote.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html

- als Anlage B 187 -

Die o.g. Bundesländer hatten sich über den Jahreswechsel mit hohen Infektionszahlen, genauer positiven PCR-Tests, mit der Delta Variante natürlich “durchseucht“ bei geringer Impfquote. Es ist erkennbar, dass sich dort die Omikron Variante nicht substanziell ausbreiten kann. Dahingegen zeigen die Bundesländer mit hoher Impfquote wie Bremen, dass die Omikron Variante sich durch die Impfungen gerade nicht eindämmen lässt.

Beispielhaft ist in Abbildung 9 der Verlauf von Zwickau gegen Berlin Mitte dargestellt in Abbildung 10. Zwickau mit geringer Impfquote und einer Infektionswelle über den Jahreswechsel mit stetig fallenden Fallzahlen und Inzidenzen.

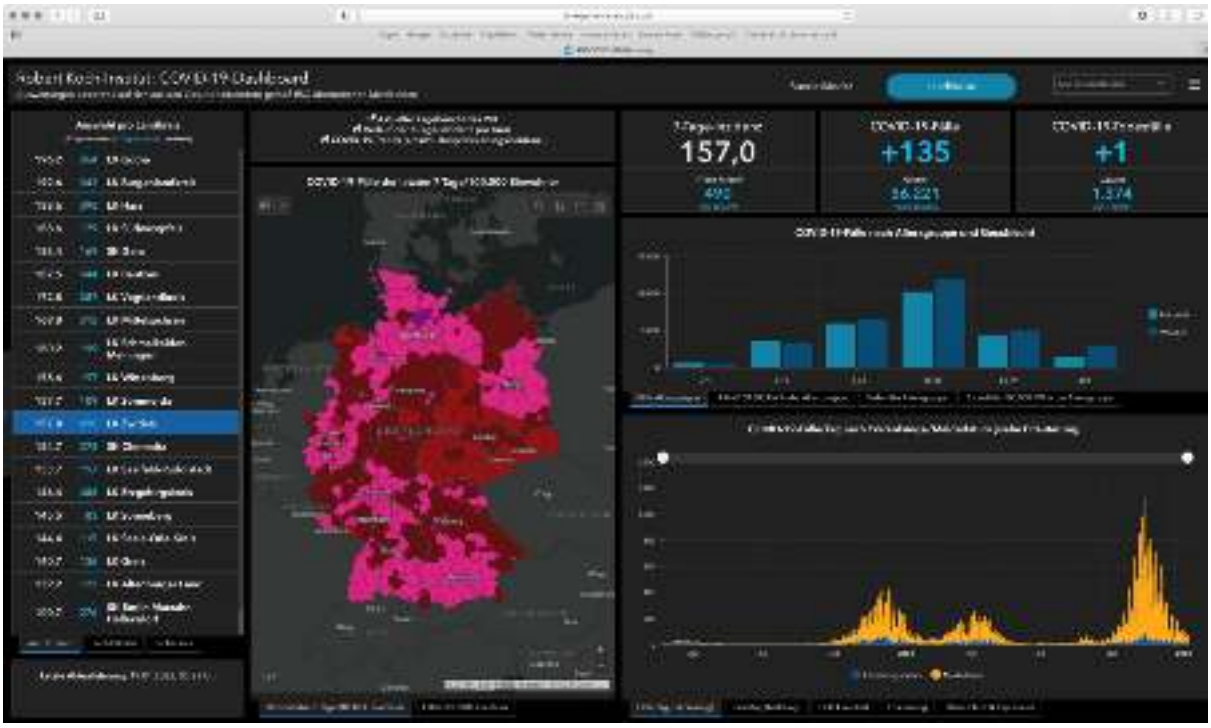


Abbildung 9: Beispiel Zwickau: Leider hat sich hier um den Jahreswechsel die Delta-Variante stark ausgebreitet, dies auch mit einer nicht ganz unerheblichen Zahl an Todesfällen in den vulnerablen Gruppen. Denn die Delta-Variante ist für vulnerable Gruppen gefährlich. Zwickau hat einen 29%igen Anteil der Bevölkerung, die älter als 65 Jahre ist (Stand 2019)

https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4

- als Anlage B 187.2. -

https://www.zwickau.de/de/wirtschaft/standort/faktoren/bevoelkerung.php

- als Anlage B 188 -

Hier sei angemerkt, dass der Anteil der über 65-Jährigen in Berlin insgesamt mit Stand 2020 nur 20% beträgt. Also der Anteil an möglichen vulnerablen Gruppen ist hier sehr viel geringer!

https://www.stadtentwicklung.berlin.de/planen/bevoelkerungsprognose/de/prognose_berlin/altersstruktur.shtml **- als Anlage B 189 -**

Doch trotz einer derzeit niedrigen Impfquote in Sachsen ist keinerlei Welle durch Omikron erkennbar.

Da Zwickau wie viele Landkreise in Sachsen überaltert ist, hat die Corona Pandemie generell viele Todesopfer gefordert und die Menschen wurden dort trotz Lockdowns in den ersten Wellen nicht geschützt. Dies liegt an der Strukturschwäche und dem Mangel an Fachkräften, die bereits vor der Corona Pandemie bestanden.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/regionales/sachsen/article195451829/Spahn-zu-Besuch-in-Zwickau-Pflege-im-Fokus.html **- als Anlage B 190 -**

Das war allgemein bekannt, unternommen wurde jedoch nichts, um diesen Zustand zu verbessern. Derartige politische Fehlentscheidungen und eine mangelhafte Arbeit der Politiker können nicht durch die Verabreichung von nicht im Sinne des Zulassungs-rechts korrekt geprüften Impfstoffen kompensiert werden.

So wurde Zwickau mehr oder weniger unfreiwillig durch eine natürliche Durchseuchung in eine Herdenimmunität gebracht.

Berlin Mitte mit einer vergleichsweise jungen Bevölkerung und strengen Maßnahmen zeigt eine geringe Welle in der Ausbreitung der Delta-Variante.

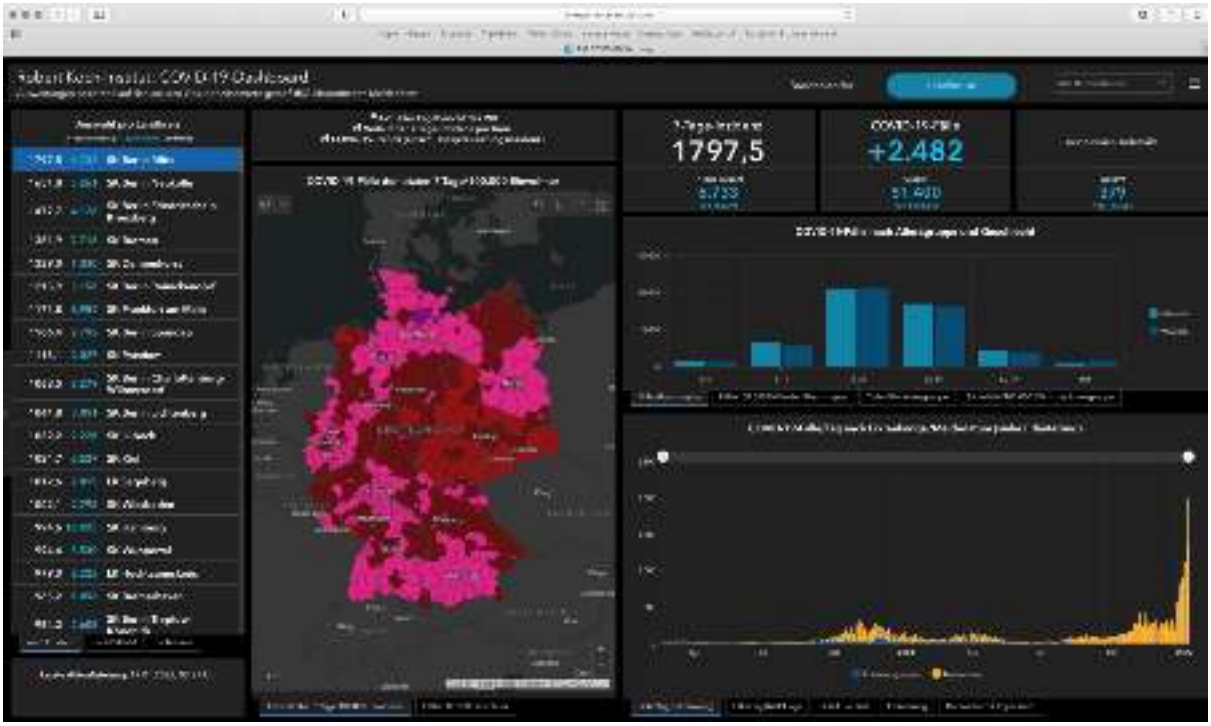


Abbildung 4: Beispiel Berlin Mitte: Durch strengste Maßnahmen in Berlin wurde die Ausbreitung der Delta Variante verhindert – für die vulnerablen Gruppen u.U. sinnvoll. Denn die Delta Variante ist für vulnerable Gruppen nicht ungefährlich. Doch trotz einer derzeit hohen Impfquote breitet sich die Omikron Variante in Berlin ungehemmt weiter aus.

https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4

- als Anlage B 190.1. -

Doch nun breitet sich die Omikron Variante nahezu hemmungslos aus in Berlin, da die Impfungen offensichtlich nahezu kein Schutz gegen die Infektion und Weitergabe bieten und sicher zahlreiche asymptomatische teilweise 3x Geimpfte das Virus ausbreiten.

Die Tatsache, dass auch der sog. “Booster“ kaum Schutz bietet, zeigt das Omikron Super-Spreader Event in den USA bei Hochzeit einer Gruppe “Highly Ranked Medical

Experts“. So hat sich die Dekanin einer medizinischen Fakultät auf dieser Hochzeit infiziert und das Virus zu Hause sogleich an ihre Tochter weitergegeben.

https://www.dailymail.co.uk/news/article-10299553/Wisconsin-wedding-leads-Omicron-super-spread-Oakland-exposing-medical-professionals.html **- als Anlage B 191 -**

Dies zeigt eindrücklich, dass diese hohe natürliche Durchseuchung mit der Delta-Variante in Zwickau eine weitere Ausbreitung mit Omikron verhindert. Auch Delta breitet sich dort nicht mehr aus. Allerdings zeigt dies ebenso eindrücklich, dass die Impfstoffe gegen Omikron nahezu keinen Fremd-schutz bieten und die Ausbreitung verhindern. Nicht einmal in Landkreisen mit hoher Quote an 3. Impfungen. Offensichtlich springen die Infektionen zudem nicht zurück in die Landkreise in Sachsen und Thüringen an der Grenze zu Landkreisen in Bayern mit derzeit hohen Inzidenzen. Die strengen Lockdown Maßnahmen waren geeignet, die Bevölkerung (vorübergehend und in gewissem Maße) zu schützen. Die Impfungen haben bislang das Schutzziel aber nahezu komplett verfehlt.

Die Omikron Variante verdrängt die Delta Variante.

Dies zeigt sich nicht nur epidemiologisch. Auch im Laborversuch an Zellen konnten Forscher des Imperial College belegen, dass bei gleichzeitiger Einbringung der Delta- und Omikron-Variante in eine Schleimhaut-Zellkultur das Omikron-Virus in dieser Zellkultur in wenigen Stunden die Delta Variante verdrängt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.gov.uk/government/publications/imperial-college-london-omicron-vs-delta-replication-19-december-2021 **- als Anlage B 192 -**

Die Hospitalisierungsinzidenz fällt stetig (ausgenommen der Impfmeister Bremen) und ist deutschlandweit nahe der “magischen Grenze“ von 3. Die Omikron Variante führt nicht zu einer Überlastung des Gesundheitssystems.

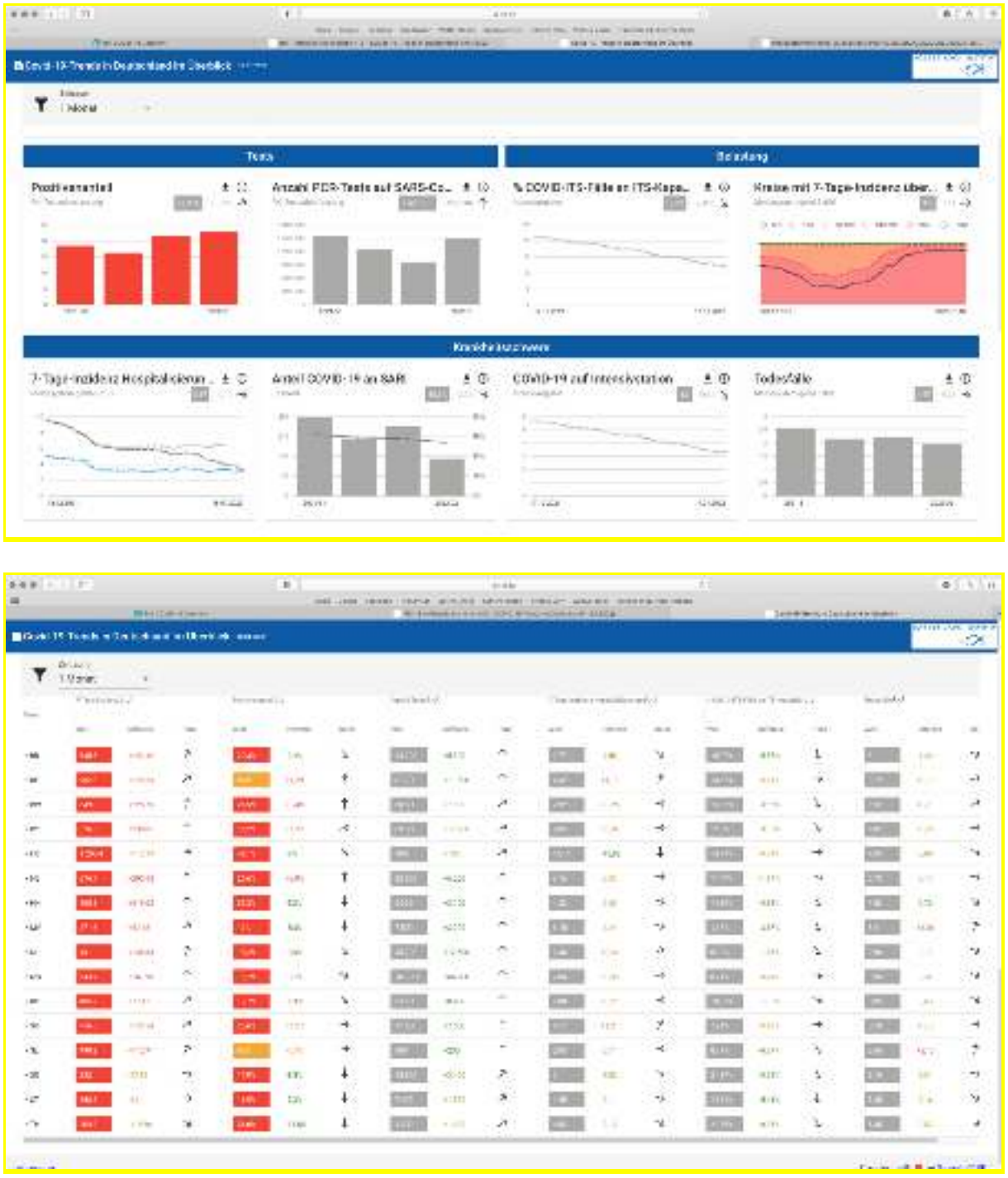
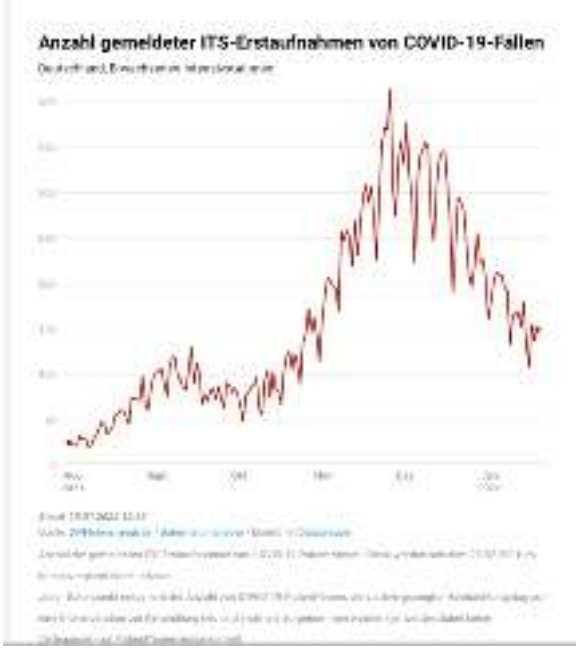


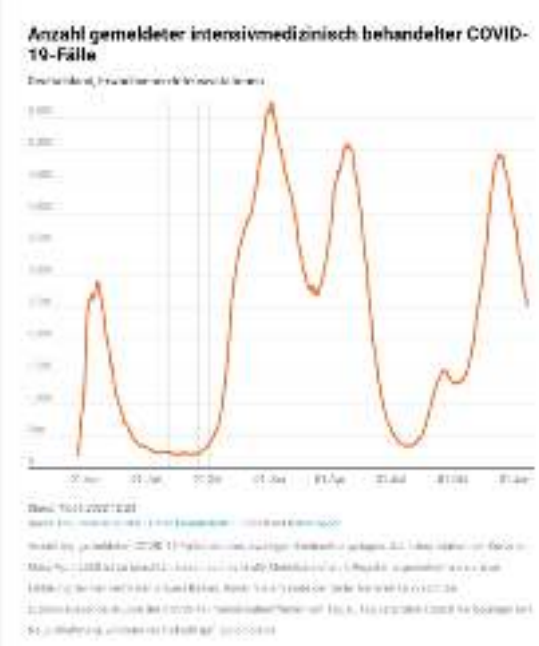
Abbildung 5: Trend COVID-19 – RKI Trotz höchster Inzidenzen deutschlandweit fallen die Hospitalisierungen und sind nahe der Grenze von 3, die als Basis zu Maßnahmen herangezogen wird.

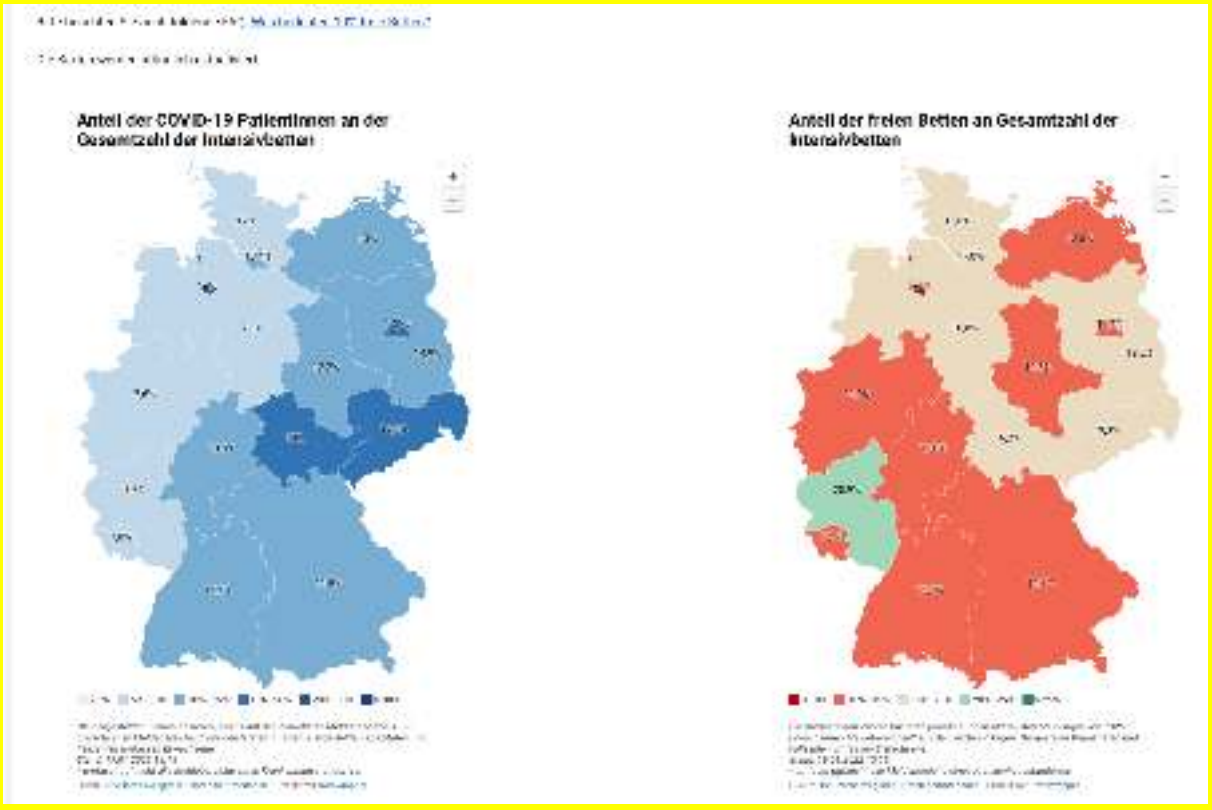
Treiber der Hospitalisierungsinzidenz sind derzeit nur noch Bundesländer mit hoher Impfquote wie Bremen.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home **- als Anlage B 193 -**

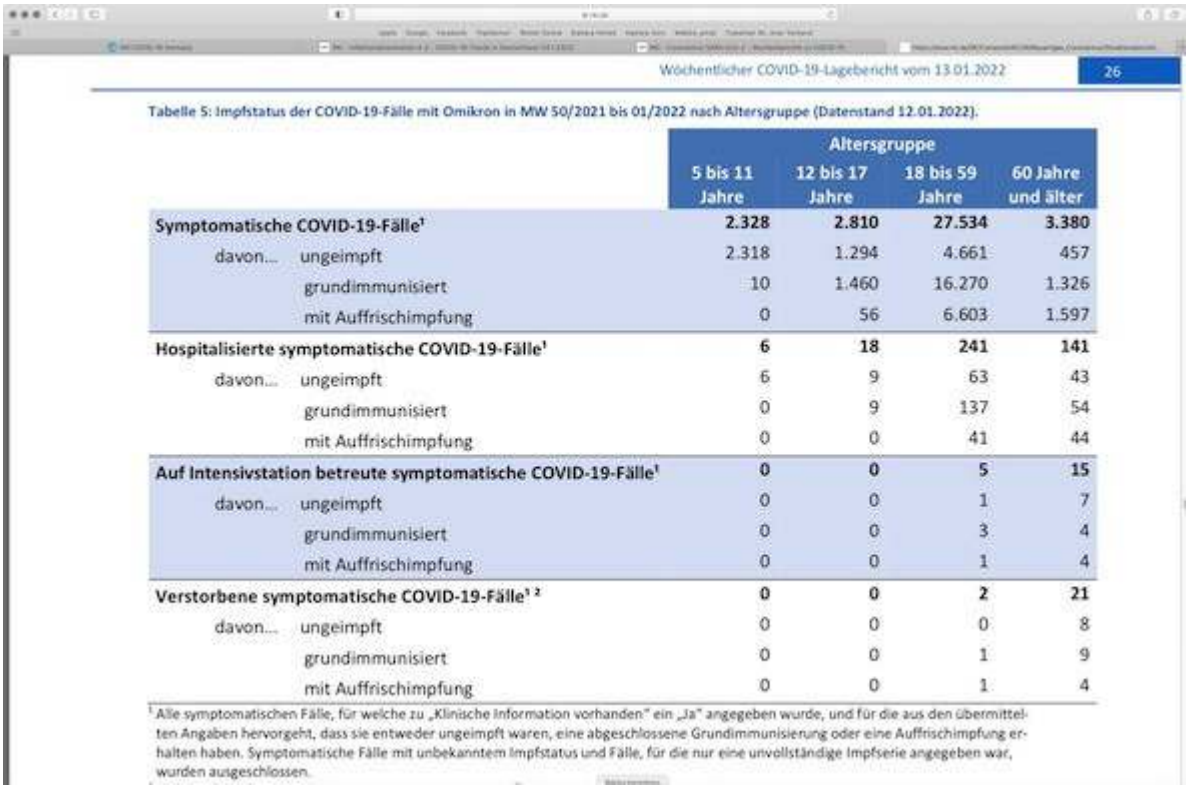
Die ITS-Neuaufnahmen fallen und die IST-COVID-19 Fälle gleichermaßen.







Die früheren Meldungen zum Impfstatus der ITS-Patienten sind überholt. Denn bei Übernahme durch Omikron fallen die Zahlen der IST-OVID-19 Patienten dramatisch und die wenigen, die mit Omikron hospitalisiert werden, sind durch die Impfung nicht geschützt wie Tabelle 5 des RKI Wochenberichts vom 13.1.2022 (**Anlage B 193**) zeigt.



Wöchentlicher COVID-19-Lagebericht vom 13.01.2022 26

Tabelle 5: Impfstatus der COVID-19-Fälle mit Omikron in MW 50/2021 bis 01/2022 nach Altersgruppe (Datenstand 12.01.2022).

		Altersgruppe			
		5 bis 11 Jahre	12 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
Symptomatische COVID-19-Fälle[1]		**2.328**	**2.810**	**27.534**	**3.380**
davon...	ungeimpft	2.318	1.294	4.661	457
	grundimmunisiert	10	1.460	16.270	1.326
	mit Auffrischimpfung	0	56	6.603	1.597
Hospitalisierte symptomatische COVID-19-Fälle[1]		**6**	**18**	**241**	**141**
davon...	ungeimpft	6	9	63	43
	grundimmunisiert	0	9	137	54
	mit Auffrischimpfung	0	0	41	44
Auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle[1]		**0**	**0**	**5**	**15**
davon...	ungeimpft	0	0	1	7
	grundimmunisiert	0	0	3	4
	mit Auffrischimpfung	0	0	1	4
Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle[1] [2]		**0**	**0**	**2**	**21**
davon...	ungeimpft	0	0	0	8
	grundimmunisiert	0	0	1	9
	mit Auffrischimpfung	0	0	1	4

[1] Alle symptomatischen Fälle, für welche zu „Klinische Information vorhanden" ein „Ja" angegeben wurde, und für die aus den übermittelten Angaben hervorgeht, dass sie entweder ungeimpft waren, eine abgeschlossene Grundimmunisierung oder eine Auffrischimpfung erhalten haben. Symptomatische Fälle mit unbekanntem Impfstatus und Fälle, für die nur eine unvollständige Impfserie angegeben war, wurden ausgeschlossen.

Abbildung 7: RKI Wochenbericht 13.1.2022 zu Omikron. Generell erkennbar die geringe Hospitalisierungsrate. Sehr geringe IST-Fallzahlen. Der Schutz vor Infektion ist somit nicht gegeben. 83 % der symptomatischen COVID-Fälle sind 2x oder 3x geimpft in der Gruppe der 18-59 jährigen. Bei den über 60-jährigen sind 86% 2x oder 3x geimpft.

Nein, es ist kein Schutz vor Ansteckung und Weitergabe gegeben – nicht einmal bei der 3fach-Impfung.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html

- Anlage B 194 -

Zusammengefasst:

1) Omikron verdrängt Delta vollständig.

2) Die Hospitalisierungen und die ITS-Aufnahmen gehen rasch zurück.

3) Die Situation auf den Intensivstationen entspannt sich deutlich trotz hoher Inziden-zen.

4) Weder die 2. noch die 3. Impfung gewähren einen ausreichenden Fremdschutz

5) die natürliche Immunität gegen Delta verhindert auch die Ausbreitung von Omikron!

6) Omikron ist nicht gänzlich ungefährlich und sehr vulnerable Gruppen bedürfen des Schutzes, der aber durch die Impfung von Personal nicht gegeben ist, daher besser Testpflicht auch für Geimpfte und kein Impfzwang.

7) Eine Überlastung des Gesundheitssystem auch ohne COVID-19 kann nur durch ausreichend Fachkräfte verhindert werden, die ihre volle Arbeitskraft haben und ihre Arbeit mit Freude durchführen.

Einige Medien bestätigen unter Berufung auf das amerikanische CDC das Vorgenannte mit erfreulich eindeutigen Worten, über diese umfangreiche Studie, die trotz **zumindest deutliche Zweifel** am Nutzen der Impfungen aufkommen lässt.

Vgl. z.B.:
https://rp-online.de/panorama/coronavirus/us-studie-corona-genesung-schuetzt-bei-delta-variante-besser-vor-neuinfektion-als-impfung_aid-65473189
US-Studie: Genesung schützt bei Delta-Variante besser vor Neuinfektion als Impfung
- als Anlage B 195 -

Soweit dort immer noch sinngemäß behauptet wird, dass die Impfung der “Game-Changer“ seien, so ist zum einen unklar, welche Impfung das sein soll (die dritte, die vierte oder doch erst die fünfte oder die sechste Impfung). Die dortige Aussage, dass Ungeimpfte ein höheres Risiko für Krankenhausaufenthalte, Langzeitfolgen und Tod hät-ten, ist jedenfalls (wenn die Aussage so in dieser Allgemeinheit je wahr gewesen ist) für Deutschland durch die aktuellen RKI-Zahlen überholt: 83 % der symptomatischen CO-VID-Fälle sind 2x oder 3x geimpft in der Gruppe der 18-59 jährigen. Bei den über 60-jährigen sind 86% 2x oder 3x geimpft.

Daher: Die Impfungen mögen gut gemeint seien. Sie halten jedoch noch nicht einmal ansatzweise das, was eine “normale“ Impfung (z.B. die seit Jahrzehnten praktizierten Impfungen gegen Tetanus und die Pocken, welche eine sterile Immunität gewähren) (unabhängig vom Umfang ernsthafter Nebenwirkungen) an Vorteilen bringt. Im Gegenteil, es gibt zumindest deutliche Indizien dafür, dass das pauschale “Durchimpfen“ der Bevölkerung ohne die individuelle Situation des Impflings, insbesondere dessen individuelle Risikosituation, auch nur zu prüfen sogar in Summe eben doch mehr Nachteile als Vorteile bringt. Eine Impfpflicht lässt sich bereits bei solchen deutlichen Indizien nicht rechtfertigen.

Schließlich gibt es auch deutliche Indizien dafür, dass auch die vierte Impfung, die bereits in Israel breit propagiert und praktiziert wird, eben auch nicht das hält, was man sich gegen die Omikron-Variante, die in Deutschland derzeit 90% der positiven PCR-Testungen ausmacht, erhofft hatte:

Beweis und Glaubhaftmachung:

“*Erste Daten aus Israel ernüchternd*

Vierte Corona-Impfung bietet aktuell keinen ausreichenden Schutz vor Omikron

19.01.22 - Israel ist das Corona-Versuchslabor der Welt. In keinem anderen Land wurde so früh und so flächendeckend geimpft. Daher bekommen Forschende rund um den Globus die ersten Daten meist aus dem Land am Mittelmeer. Israel war schon beim Boostern am schnellsten. Nun gibt es erste Daten zur vierten Coronaimpfung und die sind leider ernüchternd.

Eine erste Studie an bereits vierfach geimpften Menschen hat gezeigt, dass selbst diese Serie an Impfdosen wohl keinen ausreichenden Schutz gegen eine Infektion mit der Omikronvariante bietet. Laut einer noch nicht veröffentlichten Studie beobachte man zwar nach der vierten Impfung einen deutlichen Anstieg der Antikörper, dieser sei jedoch nicht genug, um vor einer symptomatischen Omikroninfektion zu schützen. Die Studie aus Israel läuft aktuell noch und ist an einer relativ kleinen Anzahl an Probanden gemacht worden. Dennoch zeichnet sich ein Trend ab, den man auch in Deutschland beobachten kann. Als geimpfte und geboosterte Person sollte man sich im Zweifel aktuell so verhalten, als trage man das Virus in sich. AHA+L Regeln und regelmäßige Schnelltests sollte man beherzigen, besonders bei Kontakt mit Alten, Vorerkrankten oder Ungeimpften.

Impfung schützt noch immer vor schwerem Verlauf und dem Tod

Wichtig bleibt: Die Impfung und vor allem der Booster schützen auch bei Omikron vor schweren Verläufen und dem Tod. Der Gedanke, mit der Impfung auch Ungeimpfte verlässlich schützen zu können, indem man mit den Geimpften eine Herdenimmunität erzeugt, scheint jedoch begraben zu sein. Gesundheitsminister Karl Lauterbach meldete sich beim Kurznachrichtendienst Twitter zu Wort: "Einzige Studie zu vierter Dosis Biontech/Moderna weltweit läuft in Israel und zeigt bisher enttäuschende Ergebnisse: Trotz vierter Dosis infizieren sich viele mit Omikron. Omikron Vakzine jetzt dringend gebraucht. Trotzdem gilt: Booster verhindert schwere Krankheit." Große Probleme bereite Omikron also Ungeimpften. Aber auch Quarantäne und Isolation bei Infektionen von Geimpften könnte das gesellschaftliche Leben massiv einschränken und Teile der Infrastruktur belasten.

Hoffnung machen könnte der gegen Omikron angepasste Impfstoff von Biontech und Pfizer. Mit diesem wird schon im zweiten Quartal 2022 gerechnet. Infrage käme dann eine vierte Impfung mit dem angepassten Medikament für besonders gefährdete Menschen und zum Beispiel für medizinisches Personal mit einem hohen Expositionsrisiko. Wie die Impfstrategie weitergeht, wenn das Virus endemisch wird, sich also gleichmäßig und permanent in der Bevölkerung verteilt, bleibt abzuwarten.

https://osthessen-news.de/n11662199/vierte-corona-impfung-bietet-aktuell-keinen-ausreichenden-schutz-vor-omikron.html **- als Anlage B 195.1. -**

Der Staat weiß somit, dass die Impfung, zu der er die Bürger bis zum 15.03.2022 unter Androhung massiver Zwangsmittel nötigt, gegen Omikron nahezu nicht hilft! Ob es bis zum 15.03.2022 überhaupt einen spezifischen Omikron-Impfstoff gibt und ob dieser bis 15.03.2022 – diese Frist ist insbesondere für die neuen Arbeitnehmer, Praktikanten etc. die erstmalig zum 16.03.2022 tätig werden wollen nicht verlängerbar – überhaupt in ausreichendem Maße vorliegt, ist extrem unwahrscheinlich, zumal, wenn man bis zum 15.03.2022 den sog. vollen Impfschutz haben wollte, dieser spätestens bis Mitte Februar vorliegen müsste. Letzteres ist nach dem vorzitierten Bericht und gleichlautenden Berichten aber ohnehin sicher auszuschließen. Und auch Herr Minister Lauterbach kennt die oben zitierten aktuellen RKI-Zahlen offenbar nicht wirklich, ansonsten wüsste er, dass es schwere Omikron-Verläufe ohnehin nur wenige gibt und dass der Anteil der Geimpften an diesen in Deutschland eben überdurchschnittlich ist!

Der mündige Bürger wird durch diese Politik der wenig bis gar nicht nützlichen Imp-fungen zum Verfügungsobjekt des Staates. Er wird nicht nur nicht gefragt, ob er – gegen die aktuelle Omikron-Variante unnütze – nur bedingt zugelassene Impfstoffe in seinem Körper injizieren lassen will, die Politik kündigt schon jetzt die vierte Impfung auch in Deutschland an, eine Impfung, die bislang noch nicht vorliegt, bislang noch nicht einmal wenigstens bedingt zugelassen ist, eine Impfung, die bis 15.03.2022 mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht vorliegen wird. Ein noch unverhältnismäßigerer Grundrechtseingriff ist schwer vorstellbar.

2. Erhebliche Nebenwirkungen noch schlimmer als gedacht

Der nachfolgende Bericht der Frankfurter Rundschau ist selbsterklärend und belegt, dass einmal mehr immer größere Risiken der vermeintlich hoch effektiven und vermeintlich extrem nebenwirkungsarmen

"***Corona-Impfung: Risiko einer Herzmuskelentzündung höher als angenommen***

Von Pamela Dörhöfer

Nach einer Corona-Impfung mit einem mRNA-Vakzin ist das Risiko einer Herzmuskelentzündung vor allem bei Männern und männlichen Jugendlichen leicht erhöht.

Frankfurt – Der mRNA-Impfstoff des US-Herstellers Moderna wird seit Freitag (05.11.2021) in Island überhaupt nicht mehr eingesetzt, gab die Gesundheitsdirektion des Landes auf ihrer Website Covid.is bekannt. In Schweden und Finnland soll der Corona-Impfstoff vorerst nicht mehr an unter 30-jährige Menschen verabreicht werden, in Norwegen und Dänemark nicht mehr an unter 18-jährige männliche Jugendliche.

In Großbritannien, Hongkong und Norwegen gibt es laut einem Bericht der "New York Times" zudem Überlegungen, auch den mRNA-Impfstoff von Biontech/Pfizer bei Jugendlichen nur eingeschränkt zu verabreichen – konkret: nur eine Einzeldosis und keine Zweifachimpfung zu geben.

Herzmuskelentzündung nach mRNA-Impfung gegen Corona: Wie hoch ist das Risiko?

So unterschiedlich diese Schritte im Detail sind, so gibt es doch einen gemeinsamen Hintergrund: Das Risiko einer Myokarditis, einer Herzmuskelentzündung, nach einer mRNA-Impfung gegen Corona scheint insbesondere bei männlichen Jugendlichen und jungen Männern höher als bislang gedacht – auch wenn diese Komplikation weiterhin ein seltenes Ereignis bleibt.

Herzprobleme nach Corona-Impfung: Studie zeigt, wer besonders betroffen ist

Herzerkrankungen zählen zu den Nebenwirkungen einer Corona-Impfung. Forscher:innen aus den USA haben nun die Daten von mehr als zwei Millionen Geimpften ausgewertet.

Betroffen ist vor allem das Vakzin von Moderna, Handelsname Spikevax, in etwas geringerem Maße auch Comirnaty von Biontech/Pfizer. Darauf deuten mehrere Studien hin, etwa eine im "New England Journal of Medicine" publizierte Arbeit aus Israel, Berichte der kanadischen Gesundheitsbehörde Public Health Ontario und eine noch nicht veröffentlichte "Nordische Studie" aus Skandinavien.

So zitiert die Nachrichtenagentur Reuters Mika Salminen, Direktor des finnischen Gesundheitsinstitutes, mit der Aussage, die "Nordic Study" habe ergeben, dass unter 30-jährige, mit Spikevax geimpfte Männer ein leicht erhöhtes Risiko für eine Myokarditis hätten. Die Studie solle in einigen Wochen veröffentlicht werden und liege der Europäischen Arzneimittelagentur Ema bereits vor.

Corona-Impfung: Island setzt Einsatz von Moderna-Impfstoff aus

Island begründet das vorläufige komplette Aussetzen des Moderna-Impfstoffs mit einer insgesamt beobachteten erhöhten Inzidenz von Myokarditis und Perikarditis (Herzbeutelentzündung). In Island hatten Menschen, die mit dem Einmal-Dosis-Vakzin von Johnson & Johnson geimpft worden waren, eine zusätzliche Dosis ausschließlich des Moderna-Impfstoffs bekommen.

(Hintergrund ist der offenbar unzureichende Schutz des Johnson & Johnson-Impfstoffs vor der Delta-Variante, auch die deutsche Ständige Impfkommission empfiehlt deshalb jetzt eine zweite Impfung mit einem mRNA-Vakzin.) Außerdem hatten in Island ältere und immungeschwächte Menschen eine Booster-Impfung mit Spikevax von Moderna erhalten.

mRNA-Impfung und Herzmuskelentzündungen: WHO sieht einen kausalen Zusammenhang

Die bereits vorliegenden Berichte aus Israel und Kanada kommen zu dem Ergebnis, dass Herzmuskelentzündungen nach einer Covid-Impfung mit einem mRNA-Vakzin zwar sehr selten auftreten, aber doch deutlich häufiger als normalerweise zu erwarten wäre. In den meisten Fällen, zu etwa 70 Prozent, kam es binnen weniger Tage nach der zweiten Dosis zu der Komplikation.

Herzmuskelentzündung nach Corona-Impfung – Das Krankheitsbild:
Eine Myokarditis ist eine entzündliche Erkrankung des Herzmuskels, bei einer Perikarditis ist der Herzbeutel, der das Herz umschließt, betroffen.

Auslöser sind häufig Viren. Aber auch Abwehrzellen des Immunsystems können das Gewebe beschädigen.

Die Symptome sind oft unspezifisch. Beide Krankheiten können sich in Müdigkeit, Schwäche, Atemnot, Herzrasen und Herzschmerzen äußern.

Eine komplette Heilung ist laut Herzstiftung bei 70 Prozent der Fälle zu erwarten. Langzeitfolgen können Herzrhythmusstörungen oder selten eine Herzinsuffizienz sein. (pam)

Corona-Impfung: Herzmuskelentzündungen treten häufiger als normalerweise zu erwarten auf

Übereinstimmend ist auch die Beobachtung, dass vor allem junge Menschen betroffen sind, männliche Jugendliche und junge Männer weitaus stärker (sie machen etwa 80 Prozent der Fälle aus) als Mädchen und junge Frauen. Die Gründe für diese Geschlechter-Ungleichheit sind allerdings noch nicht bekannt.

In der israelischen Studie traten die meisten Fälle in der Altersgruppe von 16 bis 19 auf, im Bericht aus Kanada zeigten sich die 18- bis 24-Jährigen am stärksten gefährdet. Allerdings lassen sich beide Studien nur bedingt vergleichen, da in Israel nur der Impfstoff von Biontech/Pfizer zum Einsatz kam. In der kanadischen Arbeit werden die Myokarditis-Risiken nach Corminaty und Spikevax vergleichend betrachtet.

Der Bericht von Public Health Ontario für den Zeitraum vom 13. Dezember 2020 bis zum 7. August 2021 erfasst demnach in der am stärksten betroffenen Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen für den Impfstoff von Moderna nach der zweiten Dosis 263,2 Fälle pro eine Million Dosen. Bei Biontech/Pfizer sind es 37,4 Fälle pro eine Million Dosen.

Herzmuskelentzündung nach Corona-Impfung: "Mehr als doppelt so hohes Risiko"

Für die Studie aus Israel mit dem Titel "Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19" wurde der Zeitraum von Dezember 2020 bis Mai 2021 betrachtet, in dem dort rund fünf Millionen geimpft wurden. Das israelische Gesundheitsministerium erfasste in dieser Zeit 136 Fälle "von definitiver oder wahrscheinlicher Myokarditis", die in zeitlicher Nähe zur Impfung aufgetreten waren. Das sei ein "mehr als doppelt so hohes Risiko wie bei ungeimpften Personen".

Etwa einer von 6637 männlichen Geimpften und eine von 99 853 weiblichen Geimpften im Alter zwischen 16 und 19 Jahren hätten "sicher oder wahrscheinlich" eine Myo-karditis innerhalb von 21 Tagen nach der zweiten Impfung entwickelt. In drei von vier Fällen soll die Herzmuskelentzündung mild verlaufen sein.

Bei Herzmuskelentzündung nach Covid-19-Impfung häufig milde Verläufe

Warum der Impfstoff von Moderna in stärkerem Maße als der von Biontech/Pfizer zu Herzmuskelentzündungen führt, lässt sich erahnen, jedoch noch nicht belegen: Spikevax enthält 100 Mikrogramm mRNA pro Dosis, Corminaty 30 Mikrogramm. Weil beide Vakzine aber insgesamt nicht identisch zusammengesetzt sind, lässt es sich nicht so einfach vergleichen – auch wenn die Annahme, dass es mit der Menge zu tun hat, naheliegt.
Auf der "Habenseite" für Moderna steht, dass die Schutzwirkung des Impfstoffs möglicherweise länger anhält als die anderer Vakzine. Herzmuskelentzündungen wurden schon vor Corona nach Impfungen beobachtet, allerdings nicht so häufig. Auch Covid-19 selbst kann, ebenso wie eine Influenza, eine Myokarditis nach sich ziehen."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.fr.de/wissen/corona-impfung-herzmuskelentzuendung-risiko-impfstoff-nebenwirkungen-gesundheit-news-91045646.html **- als Anlage B 196 -**

3. Uferloser Spielraum der Ärzte bei der Ausstellung bzw. der Ablehnung von medizinischen Kontraindikationen i. S. d. § 20a I 2 BIfSG n.F., die über die individuelle Impfpflicht und die Bußgeldbewehrung entscheiden

Die Universität Düsseldorf bietet als Vorreiter in Deutschland eine allergologische Testung der Impfstoffe mittels sog. Pricktests an. Dabei wird eine ganz kleine Menge Impfstoff auf die Haut aufgetragen und dann mit einer Nadel unter die Hautoberfläche eingearbeitet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

"***Corona-Schutzimpfung: Spezialsprechstunde für Allergiker***

Das Universitätsklinikums Düsseldorf (UKD) bietet als erste Uniklinik in NRW eine Sprechstunde für Allergiker an, die bisher aus Sorge um die Verträglichkeit der Impfstoffe auf eine Corona-Schutzimpfung verzichtet haben. Als Universitätsklinikum hat das UKD eine besondere Expertise in der allergologischen Bewertung der Impfstoffe und kann mit diesem Angebot die Sicherheit für Allergiker erhöhen. Das Team der Klinik für Dermatologie betreibt die Spezialsprechstunde in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie.

Das UKD kooperiert für die Allergiesprechstunde eng mit der Kreisstelle Düsseldorf der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und steht den Praxen bei der Beratung und genauen Diagnostik zur Seite.

Immer wieder gibt es Patientinnen und Patienten, die über die Beratung in den Sprechstunden der niedergelassenen Ärzt:innen hinaus eine Testung benötigen. In der Allergiesprechstunde der Uniklinik kann in solchen Fällen genau analysiert werden, wie hoch das persönliche Risiko ist. Zudem prüft das Team über spezielle Allergiediagnostik auch ganz direkt, wie der Körper auf den Impfstoff reagiert. Ein Beispiel für eine solche Allergie-Diagnostik ist der bekannte Pricktest: Dazu wird, wie bei einem üblichen

Allergietest, eine winzige Menge des Impfstoffs an der Haut der Patientinnen und Patienten geprüft. Die Experten des UKD beurteilen dann das Ergebnis des Tests und schätzen insgesamt das Allergie-Risiko ein.

Die Kooperation zwischen der Uniklinik und der Kreisstelle Düsseldorf der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein kann ein wichtiger Beitrag zu einer weiteren Erhöhung der Impfquote sein, denn Allergiker lehnen die Impfung nicht generell ab, sondern wol-len dabei einfach persönliche Sicherheit haben."

https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/klinikeninstitutezentren/klinik-fuer-dermatologie/ich-bin-patient/sprechstunden/corona-schutzimpfung-spezialsprechstunde-fuer-allergiker **- als Anlage B 197 -**

Aus diesem Bericht kann man zumindest indirekt entnehmen, dass für die Frage der Allergietestung in Sachen Corona-Impfstoffe deutschlandweit erkennbar keine ausreichenden ärztlichen Kapazitäten bestehen. Dass es eine einzige Möglichkeit in ganz NRW (und in den anderen Ländern überhaupt keine) gibt, ist offensichtlich und eindeutig viel zu wenig, um bis zum 15.03.2022 abzuklären, ob die Millionen neu impfpflichtigen Personen, bei denen aufgrund von Vorerkrankungen und / oder ggf. früheren deutli-chen Impfnebenwirkungen und -reaktionen zumindest eine erhebliche Wahrscheinlichkeit einer Kontraindikation besteht, im Einzelfall unter die Impfpflicht fallen oder nicht. Es gibt aber noch ein weiteres faktisches Vollzugsproblem: Das Problem dabei ist, dass man den Impfstoff gemäß dem Sicherheitsdatenblatt gar nicht auf die Haut bekommen darf! Demnach wäre eine solche Testung, wie es sie die Universität Düsseldorf anbietet, unzulässig oder sogar nicht möglich. Wie also soll eine Kontraindikation in Form einer stärkeren/ starken Allergie dann überhaupt je im Vorfeld getestet werden können?

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://safetydatasheets.pfizer.com/DirectDocumentDownloader/Document?prd=PF00092~~PDF~~MTR~~PFEM~~DE :
"*Inhalation und Kontakt mit Haut, Augen und Kleidung vermeiden.*" (dort S. 4)
"*Tragen Sie undurchlässige Handschuhe (z. B. Nitril usw.), um Hautkontakt zu vermeiden.*" (dort S. 6) **- als Anlage B 198 -**

Die Ärzte haben daher einerseits einen völlig uferlosen Spielraum, losgelöst von jeder Norm, jedweden Beispielen in der Gesetzesbegründung und losgelöst von hinreichenden praktischen Erfahrungen. Dies gilt umso mehr als dass es offensichtlich keine legalen Möglichkeiten einer allergologischen Testung im Vorfeld, d.h. vor Verabreichung der Impfungen, gibt. Die Ausnahmevorschrift des § 20a I 2 BIfSG n.F. ist daher prak-tisch nicht vollziehbar bzw. allenfalls völlig uneinheitlich und letztlich willkürlich vollziehbar.

Beweis: Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens

Letzteres gilt umso mehr als dass auch nach Lektüre der Gesetzesbegründung völlig of-fen ist, ob und ggf. unter welchen Umständen eine medizinische Kontraindikation im Sinne des § 20a I 2 BIfSG n.F. auch (ggf. schwerpunktmäßig) auf psychischen Ursachen beruhen kann. Auch diese Frage wird zu 100% in das Ermessen der vielen tausend Ärzte und der vielen Mitarbeiter im Gesundheitsamt gelegt, was mit den Bestimmtheitsgrundsätzen (Art. 20 III; Art. 103 II GG) und dem Parlamentsvorbehalt und der Wesentlichkeitstheorie nicht vereinbar ist.

Eng mit dem Vorgenannten steht auch, dass in dem besagten Sicherheitsdatenblatt auch steht:

"*11.1. Angaben zu Gefahrenklassen gemäß Verordnung (EG) Nr. 1272/2008*

Allgemeine Angaben: Toxikologische Eigenschaften wurden nicht gründlich untersucht. Die folgenden Informationen sind für die einzelnen Inhaltsstoffe verfügbar."

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u> wie vor, dort S. 8

Auch deshalb ist es völlig unzumutbar, dass der Staat Bürger unter Androhung und Anwendung massiver Zwangsmittel dazu nötigt, sich solche Impfstoffe, noch dazu beliebig oft (§ 20a IV BIfSG n.F.), verabreichen zu lassen.

Der guten Ordnung halber wird noch mitgeteilt, dass der letzte Satz auf Seite 8 im Schriftsatz vom 19.01.2022 korrekterweise lauten muss:

"*Der Genesenenstatus wurde von **PEI** und RKI vor wenigen Tagen vollkommen willkürlich …*"

Der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache ist daher offensichtlich stattzugeben.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 159 – B 198

24. Januar 2022

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

bitten wir höflich darum, das Rubrum wie folgt zu ergänzen:

“In dem Verfassungsbeschwerde nebst Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung:

1.
[…]
33. - 35: Beschwerdeführer durch Abtrennungsbeschluss aus dem hiesigen Verfahren ausgeschieden und fortan Beschwerdeführer des familiengerichtlichen Verfahrens Az. 1 BvR 84/22
[…]
43. neu!
44. neu!

Verfahrensbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Dr. Uwe Lipinski, Bahnhofstr. 55 – 57, 69115 Heidelberg“

Begründung:

Gemäß Mitteilung vom 19.01.2022 im Verfahren 1 BvR 84/22, hier am 21.01.2022 am sehr späten Nachmittag eingegangen, wurden die bisherigen Beschwerdeführer 33 - 35 einem anderen Verfahren, nämlich dem schwerpunktmäßig familienrechtlichen Verfahren 1 BvR 84/22, zugeordnet. Die Nummerierung der bisherigen Beschwerdeführer Nr. 36ff regen wir höflich an beizubehalten und die o.g. Formulierung zu übernehmen, da sich andernfalls rückwirkend nicht nur die Nummern dieser Beschwerdeführer ändern würde, sondern sich auch der jeweilige bisherige Vortrag zu den bisherigen Beschwerdeführer-Nummern rückwirkend “verschieben“ würde.

Der weitere Beschwerdeführer Nr. 43 ist Ergotherapeut. Er arbeitet als Angestellter in einer Ergotherapiepraxis. Aufgrund seines Berufes ist er durchgehend mit vielen Menschen in Kontakt und hat auch dementsprechend häufig gravierende Impftreaktionen beobachten müssen. Seine Kolleginnen und er sind erschüttert, wie häufig Komplikationen und Schädigungen im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung auftreten und auch wie oft solche Schädigungen, bei denen schon aufgrund deren Schwere und aufgrund der zeitlichen Zusammenhänge zumindest ein klarer Verdacht einer Kausalität besteht, gerade nicht an das PEI gemeldet werden. Bei den mehrfach und regelmäßig vom

Beschwerdeführer Nr. 43 und dessen Kolleginnen beobachteten Impfschäden handelt es sich u.a. um deutliche Einschränkungen in der Beweglichkeit, starker Verlust des Augenlichts, deutliches Schwinden der mentalen Funktionen mit Schwierigkeiten in der Merkfähigkeit und Verwirrungszuständen sowie in sehr vielen Fällen das eindeutige Nachlassen von Kraft und Ausdauer. Auch sind er und seine Kolleginnen mehrfach mit Todesfällen konfrontiert worden, die kurz nach der Impfung auftraten.

Aufgrund dieser Erfahrungen, die für ihn und auch für seine Kolleginnen äußerst belastend sind, will auch er und wollen auch seine Kolleginnen sich auf keinen Fall impfen lassen. Allerdings würde diese Entscheidung die Existenz seines Berufes gefährden. Er und auch seine Kolleginnen wollen nicht “vom guten Willen“ des Gesundheitsamts, das nach § 20a V 3 BIfSG n.F. eine Ermessensentscheidung – nach völlig offenen Kriterien – wird treffen müssen, abhängen, und schon gar nicht auf Dauer. Auch seine “Impfverweigerung“ (die man viel treffender als “Impfrealismus“ bezeichnen sollte) wird von seinem Arbeitgeber sicher an die Behörde gemeldet werden.

Der Beschwerdeführer Nr. 43 ist am 07.01.2022 positiv auf das Corona-Virus mittels PCR-Testung getestet worden. Dies geschah somit noch vor der Änderung der Internet-seiten von RKI und PEI. Er hatte nur geringe Symptome.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Labornachweis vom 07.01.2022 **- als Anlage B 199 -**

Er hatte zumindest darauf vertraut, dass sein Genesenenstatus bis Mitte/Ende Juli gelten würde, muss sich jetzt aber schon im April impfen lassen, um sicher weiter seine Arbeitstätigkeit ausüben zu dürfen. Er hätte den Zeitraum von 6 Monaten dringend benötigt, um sich beruflich ggf. neu zu orientieren, falls das Bundesverfassungsgericht wider Erwarten den hiesigen Eilantrag im Februar oder Anfang März 2022 ablehnen sollte. Diese von § 20a I, IV BIfSG n.F. zugelassene, massive Verschärfung der Impf-pflicht allein durch Änderung von Internetseiten, die in keinem amtlichen Bekanntmachungs- oder Verkündungsblatt veröffentlicht werden, ist weiterhin evident mit dem Parlamentsvorbehalt und auch mit dem Rechtsstaatsprinzip unvereinbar und nichtig und kann daher keine Eingriffe in die Freiheitsgrundrechte, noch dazu in die elementarsten, materiell rechtfertigen. Diese Nichtigkeit betrifft vor allem auch die formelle Gesetzesnorm selbst – und nicht nur die jüngste Änderungsverordnung der Bundesausnahmenschutzverordnung. Die Beschwerdeführer sind bereits dadurch, dass die Norm diese Umgehung der Gesetzesvorbehalte (vgl. namentlich Art. 2 II 3, 12 I GG) zulässt und auf diese ausgerichtet ist, in ihren Grundrechten, auch i. V. m. Art. 38 I GG, verletzt.

Der Beschwerdeführer Nr. 44 arbeitet als Facharzt für Klinische Pharmakologie am Klinikum und kennt die Daten- und Studienlage zu der COVID-Impfung fachbezogen nur zu allzu gut. Er ist keineswegs ein genereller “Impfkritiker“, aber im Hinblick auf die Covid-Impfungen ein “Impfrealist“ geworden. Auch er hält eine pauschale Impfpflicht, losgelöst von der individuellen Risikobewertung für medizinisch gänzlich unvertretbar. Auch er hat zu viele Impfschäden miterlebt als dass er sich guten Gewissens impfen lassen wollte. “Vom guten Willen“ des Gesundheitsamts, das nach § 20a V 3 BIfSG n.F. eine Ermessensentscheidung

wird treffen müssen, will auch er seine berufliche Existenz nicht abhängig sehen, und schon gar nicht auf Dauer. Auch seine “Impfverweigerung“ bzw. sein “Impfrealismus“ wird von seinem Arbeitgeber sicher an die Behörde gemeldet werden. Wie alle anderen Beschwerdeführer lehnt auch er eine Dauerimpfpflicht nach § 20a IV BIfSG n.F., die Impfstoffe betrifft, die derzeit noch nicht einmal zugelassen worden sind, entschieden ab.

Auch der Beschwerdeführer Nr. 4 ist zwischenzeitlich von einer leichten Covid-Erkrankung genesen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Bescheinigung der Stadt Xxxxx vom 19.01.2022 **- als Anlage B 200 -**

Die Beschwerdeführer Nr. 42 und Nr. 4 sehen ihre Covid-Erkrankung als weiteren Beleg ihrer bisherigen Auffassung, dass eine Corona-Infektion in aller Regel keinesfalls schwerwiegend oder gar lebensbedrohlich sind und dass auch aus diesem Grunde eine pauschale Impfpflicht, egal, ob bereichsbezogen oder gar für alle (zur geplanten (Dauer-)Impfpflicht für alle vgl. z.B.

https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/ampel-abgeordnete-kuendigen-entwurf-fuer-corona-impfpflicht-an,SvAMOHv **- als Anlage B 201 -**

losgelöst von jeder individuellen Risikoprüfung (letzteres sowohl bezogen auf einen etwaigen schwere(ren) Corona-Verlauf als auch, vor allem, bezogen auf eine mögliche schwere Impfnebenwirkung) klar unverhältnismäßig.

Die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache wird weiter wie folgt begründet:

X. Weitere schwerpunktmäßig medizinische Gründe, warum die staatliche bereichsbezogene Impfpflicht, die mit massiven staatlichen Zwangsmitteln durchgesetzt wird, völlig unverhältnismäßig ist.

1. Bestätigung der WHO, dass die Booster-Impfungen gegen die derzeitigen besorgnis-erregenden Varianten wenig bis gar nichts bringen

Auch die WHO bestätigt, dass die derzeitigen Impfstoffe keine allzu große Wirkung ge-gen die Omikron-Variante hat.

Vgl.

2. Weitere Virologen widersprechen sehr deutlich der Verkürzung des Genesenenstatus von 6 auf 3 Monate und der Abschaffung des bisherigen Vollimmunisiertenstatus der bislang mit dem Janssen-Impfstoff einmal geimpften Personen, die infolge einer Ände-rung der Homepage von PEI und RKI den Kreis der Impfpflichtigen enorm erweitert hat.

Der renommierte Virologe Streek, der auch Mitglied im Expertenrat der Bundesregierung ist, findet deutliche Worte. Auch gibt es konkrete Indizien, dass der Bundesrat über die Folgen seiner Zustimmung der Änderungsverordnung – und damit über die massiven inhaltlichen Änderungen auch der § 20 I, IV BIfSG n.F. –, getäuscht worden ist! Auch die Medien kritisieren zumindest sinngemäß die völlige Entparlamentarisierung, auf die § 20a I, IV BIfSG n.F. als dynamische Verweisungsnorm ausgerichtet ist, deutlich. Beispielhaft sei auf den folgenden Bericht verwiesen:

Vgl.
"***Wie kam es zum plötzlichen Verlust des Genesenenstatus?***

Stand: 19.01.2022 | Lesedauer: 7 Minuten
Von Tim Röhn, Benjamin Stibi

Der Bundesrat verabschiedete am Freitag neue Corona-Regeln – unter anderem diese: Der Genesenenstatus wurde verkürzt. Dem Gremium war anderes angekündigt worden als die nun geltenden drei Monate. Das ruft scharfe Kritik hervor. Virologe Streeck spricht von Willkür.

Eigentlich ließ die Aussage, die noch kurz vor dem Sitzungsstart am vergangenen Freitag auf der Internetseite des Bundesrats stand, keinen Interpretationsspielraum zu. Dort hieß es zum 1015. Zusammentreffen des Gremiums: "Änderungen gibt es auch beim Genesenennachweis. (…) Die Geltungsdauer soll im Zuge einer europäischen Vereinheitlichung geringfügig kürzer werden und statt sechs Monaten 180 Tage betragen."

Geplant war demnach also eine winzige Anpassung jener Regel, die besagt, wie lange mit Covid-19 Infizierte in Deutschland als genesen gelten und somit etwa ihr 2G-Zertifikat nutzbar ist.

Nun aber kam es anders: Der Genesenenstatus gilt seit dem Wochenende nur noch für drei Monate – und das sorgt für Verärgerung und Kopfschütteln in Teilen der Wissenschaft und Politik.

Die Frage, die im Raum steht, lautet: Hat Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) in Eigenregie und mithilfe einer seiner wichtigsten Behörden, dem Robert-Koch-Institut, ehemals Covid-Infizierten den Genesenenstatus aberkennen lassen, von heute auf morgen?

Lauterbach kündigte Vereinfachungen an

Aber von Anfang an: In jener Sitzung des Bundesrats hielt Reiner Haseloff (CDU), Ministerpräsident von Sachsen-Anhalt und 1. Vizepräsident des Bundesrats, eine Rede zur beabsichtigten Änderung der Covid-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung, die das Bundeskabinett drei Tage zuvor beschlossen hatte.

Lauterbach erklärte als Vertreter des Kabinetts: Künftig solle nicht mehr das Parlament über die Gültigkeitsdauer des Genesenenstatus und die Frage entscheiden, wie lange und mit welchen Impfungen Bürger als vollständig geimpft gelten – sondern das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) sowie das Robert-Koch-Institut (RKI).

Konkret solle dies künftig über Hinweise auf der Internetseiten der Behörden geschehen. "Veränderungen finden nur statt ohne politischen Einfluss ausschließlich auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse, also ohne eine Beeinflussung durch den Minister zum Beispiel", sagte Lauterbach.

Und weiter: "Wir informieren Sie, sodass Sie sich nicht regelmäßig diese Verweisseiten anschauen und prüfen müssen, ob sich da etwas verändert hat. Selbstverständlich bekommen Sie dann von uns entsprechende Nachricht, und wenn von Ihnen Einwände vorgetragen werden, dann werden die natürlich berücksichtigt."

Diese Lösung sei "eine gute Lösung, denn sie ist flexibel. Wir können schnell reagieren, wir können immer den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand abbilden, wir haben aber gleichzeitig auch eine rechtlich sichere Grundlage." Dass die Dauer des Genesenenstatus verkürzt werden könnte, erwähnte der Minister mit keinem Wort. Der Bundesrat stimmte dem Gesetzesvorhaben einstimmig zu.

Eine Twitter-Userin wurde aufmerksam

Am Freitagabend um 22.15 Uhr, etwa zwölf Stunden nach Sitzungsende, verfasste eine Twitter-Userin einen Tweet, gerichtet an das RKI: "Mit welcher Begründung gilt man ab 14.01.22 nur noch für 90 Tage als Genesen? Wo ist die Evidenz für diese Festlegung?"

Kurz danach fiel auch anderen Bürgern die entsprechende Anpassung durch das RKI auf der im Bundesgesetzblatt veröffentlichten RKI-Homepage auf. Und auch die angegebene PEI-Seite beinhaltete nun eine Änderung: Mit dem Einmalimpfstoff von Johnson & Johnson Geimpfte gelten nunmehr nicht mehr als vollständig geimpft.

Auf die Frage, wie es zu der deutlichen Verkürzung des Genesenenstatus kam, teilte das Gesundheitsministerium am Dienstag mit, diese sei aufgrund "aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse" erfolgt. Der Bundesrat habe der notwendigen Verordnung zugestimmt. Diese ermögliche es, "Anpassungen zeitnah durchzuführen und sicherzustellen, dass auch künftigen Veränderungen im wissenschaftlichen Bereich stets Rechnung getragen werden kann."

Von der Internetseite des Bundesrats verschwand mittlerweile der Hinweis auf den Plan, den Genesenenstatus auf 180 Tage zu begrenzen. Auf der RKI-Seite ist bloß diese Erklärung zu finden: "Die Dauer des Genesenenstatus wurde von 6 Monate auf 90 Tage reduziert, da die

bisherige wissenschaftliche Evidenz darauf hindeutet, dass Ungeimpfte nach einer durchgemachten Infektion einen im Vergleich zur Deltavariante herabgesetzten und zeitlich noch stärker begrenzten Schutz vor einer erneuten Infektion mit der Omikronvariante haben.“

Unter die Erklärung waren am Montagnachmittag zwei Links gestellt: einer zu einer Studie des britischen Epidemiologen Neil Ferguson, einer zu einem “technischen Briefing“ der britischen Gesundheitsbehörde UKHSA. Die Inhalte belegen die Notwendigkeit der Herabsetzung des Genesenenstatus nicht.

Änderungen mit großer Wirkung

Interessant ist, dass Sabine Dittmar, SPD-Bundestagsabgeordnete und parlamentarische Staatssekretärin im Gesundheitsministerium, schon bei einer Rede im Bundestag am Donnerstag von einer Verkürzung des Genesenenstatus gesprochen hatte. Sie bezog sich auf “wissenschaftliche Erkenntnisse”. Die Anfrage von WELT von Montagabend, wann sie von der bevorstehenden Änderung erfahren und welche wissenschaftliche Evidenz gemeint gewesen sei, beantwortete sie bis Dienstagnachmittag nicht.

Die Anpassung des RKI und PEI haben drastische Auswirkungen. Mehrere Bundesländer (u.a. Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz) beziehen sich bei der Anerkennung von 2G-Zertifikaten direkt auf die Corona-Schutzverordnung des Bundes. Vor mehr als drei Monaten Genesene oder JJ-Geimpfte wird damit von jetzt auf gleich der Zugang zu vielen Teilen des gesellschaftlichen Lebens verwehrt.

Und bundesweit ist es so, dass vor Kurzem mit Covid infiziertes medizinisches Personal nun rechtzeitig vor Inkrafttreten der Impfpflicht in Gesundheitsberufen am 15. März doch noch geimpft werden muss, um den Arbeitsplatz zu erhalten.

Das Vorgehen sorgt in Wissenschaftler- und Politiker-Kreisen für erhitzte Diskussionen – WELT-Informationen zufolge auch unter den Mitgliedern des Bundesrats. Ein Bundesratsmitglied, das namentlich nicht genannt werden wollte, schrieb WELT: “Zum Genesennachweis haben wir uns darauf verlassen, dass beide Institute sich strikt an wissenschaftlichen Kriterien orientieren.“ Nun gebe es Zweifel.

Ein Sprecher von Bundesrats-Vize Haseloff verwies gegenüber WELT auf dessen Rede am Freitag, als er gesagt hatte: “Wichtig ist, dass bei aller Delegation der Zuständigkeit bezüglich der Detailfestlegung aus Ihrem Ministerium und damit aus der Bundes-regierung auf diese beiden Institute (RKI und PEI, d. Red.) klar ist, dass das Ganze nicht politisch übersteuert wird.“ Wenn solche Behörden politische Anweisungen bekämen, “dann verlieren wir das Vertrauen, dass es auch zukünftig Politikberatung aus der Wissenschaft heraus gibt und dass man uns, wenn wir uns darauf stützen, abnimmt, welche staatlichen Maßnahmen wir zum Beispiel auf dem Verordnungswege damit verbinden“. Und weiter: “Wir brauchen Vertrauen in die Maßnahmen. Wir schränken schließlich Grundrechte ein.“

Tino Sorge, Gesundheitsexperte der CDU-Bundestagsfraktion, sagte WELT: “Entscheidungen wie diese müssen den Bürgern viel besser erklärt werden. Das Aufklären und Erklären sind kontinuierliche Aufgaben des RKI und des

Bundesgesundheitsministeriums. Das ist eine Frage der Kommunikation, vor allem auch eine Frage der Akzeptanz.“ Bei Neuregelungen sei “eine transparente Kommunikation, die keine Fragen offen lässt“, unerlässlich.

Virologe Hendrik Streeck, der auch Mitglied des Expertenrats der Bundesregierung ist, geht einen Schritt weiter. Er sagte WELT am Dienstagvormittag: “Es obliegt natürlich dem Robert-Koch-Institut, festzulegen, wie lange der Genesenenstatus gültig sein soll. Aber wir müssen wirklich aufpassen, dass die Entscheidungen auf fundiertem Wissen basieren und nicht willkürlich getroffen werden.“

Es gebe wenige Gründe, Genesene nicht Geimpften gleichzustellen, so Streeck weiter. “Vor allem, da sie in den meisten Fällen eine viel breitere Immunantwort“ hätten: “In der Schweiz wurde der Genesenenstatus jüngst aus guten Gründen auf zwölf Monate verlängert. Dass eben jener Status in Deutschland auf drei Monate verkürzt wird, ist aus meiner wissenschaftlichen Erkenntnis nicht erklärbar.“

Juristisch heikles Vorgehen

Das gesamte Vorgehen ist womöglich auch juristisch problematisch: Zum einen besagt die Wesentlichkeitstheorie, dass alle Fragen, die für die Ausübung der Grundrechte wesentlich sind, vom Parlament getroffen werden müssen. Der Bundestag hat zwar die Bundesregierung ermächtigt, per Verordnung Ausnahmen und Erleichterungen für “Immunisierte“ von den Corona-Maßnahmen zu regeln.

Das Gesundheitsministerium hat nun aber wiederum die Verantwortung dafür an zwei Bundesoberbehörden übertragen. Die Definition von “geimpft“ und “genesen“ hängt damit nun ausschließlich von einer Internetseite ab, die sich unbemerkt und blitzschnell ohne klar benannten Verantwortlichen ändern kann – so wie am vergangenen Wochenende geschehen.

Der Verfassungsrechtler Niko Härting sagte WELT, zu Wochenbeginn hätten sich angesichts der veränderten Regelungen bereits mehrere Bürger mit der Bitte um Rechtsbeistand bei ihm gemeldet. “Mir erscheint das Vorgehen nicht nachvollziehbar“, sagte er: “Das werden sich die Gerichte anschauen müssen.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.welt.de/politik/deutschland/plus236317603/Genesenennachweis-Wie-kam-es-zur-ploetzlichen-Verkuerzung-des-Genesenenstatus.html **- als Anlage B 202 -**

Dem vorgenannten Bericht ist wenig hinzuzufügen. Er belegt, dass die Entparlamentarisierung gewollt ist und künftig nur sog. und selbsternannte “Experten“ im RKI und im PEI über das “Ob“ und das “Wann“ und “Wie“ der massivsten Grundrechtseingriffe seit der Staatsgründung (die DDR außen vorgelassen) entscheiden sollen. Diese Behörden sind an Übergangsfristen oder an parlamentarische Zustimmungen nicht gebunden und können sich auch offenbar problemlos und politisch gewollt gegen die deutlich h.M. in der Virologie wenden. Daher ist nicht nur die Verkürzung von 6 auf 3 Monate

an sich verfassungswidrig, sondern auch die dynamische Verweisungsnorm des § 20a I, II BIfSG n.F. an sich.

3. Keine wirksamen Omikron-Impfstoffe vorhanden – Sinnlosigkeit und eklatante Unan-gemessenheit einer Impfpflicht

Der renommierte Virologe Prof. Kekulé hat in seinem Corona Kompass 264

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Transkript vom 13.01.2022 **- als Anlage B 203 -**

2. https://www.mdr.de/nachrichten/podcast/kekule-corona/index.html
- als Anlage B 204 (dort nach unten scrollen) -

bestätigt, dass die Impfstoffe gegen die Omikron-Mutante gar nicht helfen und sich ohnehin jeder mit Omikron infizieren wird (Seite 13 oben links). Gleichzeitig bezieht er sich auf die neuen Daten aus den USA, die zeigen, dass Omikron viel, viel weniger gefährlich ist. Auch diesen Worten ist wenig hinzuzufügen. Sie entziehen bereits jedem Gedanken an eine Impfpflicht jede verfassungsrechtliche Grundlage, erst recht aber einer tatsächlich bestehenden Impfpflicht.

4. Katastrophale Auswirkungen durch das Impfpflichtgesetz für den Bereich der Pflege zeichnen sich immer mehr ab – Patientenschützer und Caritas warnen sehr deutlich

Die Frage der Verhältnismäßigkeit eines Gesetzes kann nicht losgelöst beantwortet werden von den negativen Folgen, deren Eintritt - losgelöst von etwaigen subjektiven Erwartungen von Abgeordneten im Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes, dass diese doch schon nicht eintreten werden - objektiv zu befürchten ist. Die Alarmmeldungen im Bereich der Altenpflege häufen sich immer mehr und können nicht mehr als selten oder übertrieben abgewertet werden. Der Begriff “Pflegxit“ ist im Kommen. Die von der Politik beabsichtigte Ausgrenzung der Impfrealisten scheitert schon jetzt absehbar an deren Unersetzbarkeit – denn wo sollen denn auch binnen kürzester Zeit so viele Pflegekräfte, noch dazu zu so schlechten Bedingungen, plötzlich herkommen?! Die nachfolgenden Berichte sind selbsterklärend und zeigen, dass die staatliche Schutzpflicht aus Art. 2 II 1 GG für schwer pflegebedürftige Menschen **insoweit** offenbar außer Kraft getreten ist … . **Es droht in Teilen akute Lebensgefahr für die Patienten** – und nein, nicht durch die Omikron-Corona-Mutante, sondern infolge des COVID-Impfpflichtgesetzes, welches die ohnehin schon seit Jahren völlig ungenügende Pflege-situation dramatisch verschärft.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.

“***Caritas-Altenhilfe fordert Aussetzen der Impfpflicht***

Stand: 09:17 Uhr | Lesedauer: 3 Minuten
Von Anette Dowideit, Kristian Frigelj, Anne Kunz, Philipp Vetter

Die einrichtungsbezogene Impfpflicht gilt ab Mitte März. Im sächsischen Freiberg droht einem Intensiv-Pflegeheim deshalb nun die Katastrophe. Die Hälfte der Angestellten hat gekündigt. Leiter Christian Ludwig sieht seine Patienten in akuter Lebensgefahr.

Die Zahl der infizierten Pflegekräfte steigt. Weil in der Branche ohnehin Personalknappheit herrscht, sehen soziale Dienste die Versorgung gefährdet. Sollten im Zuge der Impfpflicht weitere Mitarbeiter kündigen, droht ein Notstand. Manche Pflegeheime verhängen Aufnahmestopps.

Eine sich beschleunigende Personalnot bei Pflegekräften gefährdet vielerorts die Versorgung. “Ohne zusätzliche Kräfte – ob von der Bundeswehr oder aus dem Katastrophenschutz – drohen erhebliche Gefahren für die Versorgung“, sagte Bernd Meurer, Präsident des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste, dieser Zeitung. Der Verband vertritt 12.000 Pflegeheime und soziale Dienste.

Wichtigster Grund für den Engpass ist die aktuelle Corona-Erkrankungs- und Quarantänewelle. Die Belastungsgrenzen seien erreicht und weitere Personalausfälle nicht mehr verkraftbar, sagte Meurer. Hinzu kommen Befürchtungen, dass wegen der ab März im Gesundheitswesen geltenden Impfpflicht Mitarbeiter den Beruf ganz aufgeben könnten.

Flächendeckende Aufnahmestopps drohen

Manche Pflegeheime haben bereits Aufnahmestopps verhängt. Das droht flächen-deckend. “Aufnahmestopps oder eine Verlegung von Bewohnern in andere Einrichtungen können wir zum aktuellen Zeitpunkt nicht ausschließen“, teilte auf Anfrage ein Sprecher von Korian mit, die mit 250 Einrichtungen größte deutschen Heimkette.

Zwar hat das Unternehmen seinen Angaben zufolge einen eigenen internen Springer-Pool aufgebaut und seine Anwerbeversuche für Pfleger im Ausland verstärkt, um die Versorgung in den Einrichtungen sicherzustellen – man könne derzeit aber nicht absehen, ob dies ausreiche.

Der Grund für die befürchteten Versorgungsengpässe sei neben einer voraussichtlich hohen Zahl an Covid-19-Infektionen beim Pflegepersonal auch, dass ein signifikanter Anteil der Beschäftigten nicht gegen das Virus geimpft sei, hieß es bei Korian. Derzeit sind dort rund 15 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht immunisiert.

Der Betreiber sprach von “großen Herausforderungen“ für das eigene Unternehmen und die gesamte Branche. “Wir hoffen, dass sich die Zahl der Kündigungen aufgrund der Impfpflicht in einem moderaten Rahmen bewegen wird“, so das Unternehmen.

Auch die drittgrößte Pflegekette im Land, die Victor’s-Gruppe mit bundesweit rund 120 Heimen, geht von deutlichen Personalengpässen aus. Dort hält man zum Ausgleich eine

“mobile Mitarbeiterreserve“ vor. Derzeit seien, so Victor’s, in den Einrichtungen 87 Prozent der Pflegerinnen und Pfleger geimpft.

Bei der Caritas Altenhilfe, die 72 Senioreneinrichtungen in drei Bundesländern betreibt, fordert man sogar eine Aussetzung der vom Bundestag beschlossenen Impfpflicht für das Pflegepersonal. “Angesichts der relativ milden Verläufe durch die Omikron-Variante und der aktuellen Personalverknappung ist eine Impfpflicht für Beschäftigte in Pflegeeinrichtungen nicht mehr vertretbar und muss ausgesetzt werden, bis es eine Entscheidung zur allgemeinen Impfpflicht gibt“, sagte eine Sprecherin WELT AM SONNTAG.

“Wir haben keinen Personalpuffer“

Zwar liege die Impfquote in den meisten Einrichtungen bei etwa 90 Prozent. Doch selbst das bedeute, dass jeder zehnte Mitarbeiter ab Mitte März nicht mehr eingesetzt werden könnte. “Wir haben definitiv keinen zehnprozentigen Personalpuffer, der das noch ausgleichen könnte“, sagte die Caritas-Sprecherin. “Unser Personal ist deutlich über vertretbare Belastungsgrenzen hinaus gefordert und kann keine weiteren Personalausfälle mehr auffangen.“

Es sei zudem völlig unklar, so die Caritas-Sprecherin weiter, wie scharf die zuständigen Behörden auf Verstöße gegen die Regelung reagieren würden. Die Gesundheitsämter legten sich derzeit nicht fest, ob sie womöglich direkt Beschäftigungsverbote für ungeimpftes Personal aussprechen werden. “Wir brauchen eine einheitliche, verlässliche Regelung, weil wir in den nächsten Tagen unsere Dienstpläne für den März machen müssen“, forderte die Caritas-Sprecherin.

Die Engpässe könnten durch die vor einer Woche überraschend vorgenommene Verkürzung des Genesenen-Status auf drei Monate noch verschärft werden. Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) verteidigte die Entscheidung grundsätzlich: “Die Politik sollte sich hüten, darüber zu entscheiden, wer nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen als geimpft oder genesen gilt.“

Das könnten nur Wissenschaft und Forschung. Insofern sei es richtig, dass das Robert-Koch-Institut und das Paul-Ehrlich-Institut in diesem Bereich die zentralen Instanzen seien. Der Bund hätte aber die breite Öffentlichkeit vorab besser informieren müssen.

Laumann: “Das ist einfach schlecht gelaufen.“

https://www.welt.de/wirtschaft/article236397727/Caritas-Altenhilfe-fordert-Aussetzen-der-Impflicht.html **- als Anlage B 205 -**

2.
“*Pflexit“ geht weiter – 40 Prozent der Pflegekräfte erwägen, ihren Job aufzugeben*

Veröffentlicht am 13.01.2022 | Lesedauer: 2 Minuten

Der Personalmangel bei Pflegefachkräften hat sich im Corona-Jahr 2021 zugespitzt. Auch, weil viele ihre Jobs wegen der hohen Arbeitsbelastung kündigten. Nun gibt es Streit um die Auszahlung der geplanten Corona-Boni.

Viele Pflegekräfte in Deutschland wollen einer neuen Studie zufolge den Beruf aufgeben. 40 Prozent der Befragten erwägen, aus der Altenpflege auszusteigen.

Das erläuterte Bernadette Klapper, Geschäftsführerin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, bei der Vorstellung einer von dem Altenpflege-Fachverlag Vincentz Network initiierten Studie. "Das ist alarmierend. Wir brauchen eine Trendwende in der Altenpflege."

Unter dem Titel "Altenpflege im Fokus" hatten der Berufsverband und das Vincentz Network rund 700 Pflegekräfte befragt. Laut Geschäftsführerin Klapper gaben 96 Prozent der Antwortenden an, sie glauben nicht, dass die Verantwortlichen aus der Politik ihre Lage verstanden hätten. "Das muss uns sorgenvoll stimmen", sagte sie. Eine Trendwende sei nötig.

Experte sieht Privatisierungen als Fehler

Der Pflegewissenschaftler Hermann Brandenburg betonte, höhere Gehälter reichten für die Attraktivität des Berufes nicht aus. Menschen stiegen aus der Pflege aus, "weil sie ein Dilemma erleben zwischen dem, was sie als gute Pflege verstehen und dem, wie fremdreguliert sie im Alltag arbeiten müssen", erläuterte der Professor für gerontologische Pflege von der Hochschule Vallendar bei Koblenz.

Mehr als die Hälfte der Befragten habe zudem erklärt, "die Situation im Pflegealltag habe auch Auswirkungen auf ihr Privatleben", so Vincentz-Chefredakteurin Miriam von Bardeleben bei der Vorstellung der Studienergebnisse.

Brandenburg forderte derweil die Kommunen auf, die Heime nicht allein zu lassen. Es sei ein Fehler gewesen, den Bereich in den 90er Jahren vermehrt dem privaten Markt zu öffnen. "Das muss politisch rückgängig gemacht werden", forderte Brandenburg. Dabei gehe es weniger um kleine Betreiber privater Pflegeheime. Mittlerweile gebe es aber internationale Ketten auf dem deutschen Markt, die allein profitorientiert handelten.

Immer neue Anwerbungen aus dem Ausland keine Lösung

Es sei zudem ein "Armutszeugnis", das Fachkräfteproblem durch die Anwerbung immer weiterer Pflegekräfte aus dem Ausland lösen zu wollen, sagte der Pflegewissenschaftler. "Es regt mich richtig auf, dass wir nicht in der Lage sind, in Deutschland die Sorge für die Hochbetagten, für die Alten und für die Sterbenden, auf deren Schulter wir ja stehen, adäquat, fachlich und professionell sicherzustellen." Nötig sei eine "Vision für ein gutes Leben im Heim", die der Politik fehle.

In der Umfrage gaben 59 Prozent der Befragten an, eine höhere Bezahlung steigere die Attraktivität des Berufes und helfe dabei, Fachkräfte zu halten. Deutlich mehr sehen aber eine bessere Personalausstattung, eine gute Ausbildung und eine Erweiterung ihrer Kompetenzen als wichtiger an.

Nach Angaben des Verlags haben Experten errechnet, dass bis zum Jahr 2030 rund 500.000 Pflegekräfte in Deutschland fehlen werden.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/politik/deutschland/article236219718/Pflexit-40-Prozent-der-Pflegekraefte-erwaegen-ihren-Job-aufzugeben.html **- als Anlage B 206 -**

3.
“*19. Jan 2022 | Corona*

VdPB: einrichtungsbezogene Impfpflicht aussetzen

Die Vereinigung der Pflegenden in Bayern (VdPB) bezieht in einem aktuellen Positionspapier Stellung zur ab dem 15. März greifenden einrichtungsbezogenen Impfpflicht – und fordert die Aussetzung der entsprechenden Regelungen im Infektionsschutzgesetz

“Wir haben schon im November die einrichtungsbezogene Impfpflicht für ein falsches Signal gehalten, unter anderem weil sie überhaupt keinen Beitrag zur nachhaltigen Bewältigung der Covid-19-Pandemie leisten kann", sagt Georg Sigl-Lehner, Präsident der VdPB.

Bereits im November hat die VdPB sich gegen eine einrichtungs- oder berufsbezogene Impfpflicht ausgesprochen und stattdessen in einem Positionspapier eine allgemeine Impfpflicht als notwendige Maßnahme zur Bewältigung der Pandemie gefordert. Jetzt bezieht die VdPB mit einem erneuten Positionspapier auch explizit Stellung zu der inzwischen beschlossenen De-facto-Impfpflicht in Form des vom 15.03.2022 an verpflichtend zu erbringenden Immunitätsnachweis für Mitarbeitende in Einrichtungen des Gesundheitswesens und der Pflege sowie der Behindertenhilfe. Die VdPB fordert die Aussetzung der entsprechenden Regelungen im Infektionsschutzgesetz.

“Wir haben schon im November die einrichtungsbezogene Impfpflicht für ein falsches Signal gehalten, unter anderem weil sie überhaupt keinen Beitrag zur nachhaltigen Bewältigung der Covid-19-Pandemie leisten kann. Die Rückmeldungen aus der Berufsgruppe haben uns in dieser Haltung bestätigt, denn auch bei der großen Mehrheit der Beschäftigten, die geimpft und meist auch schon geboostert ist, kommt diese Art der Impfpflicht nicht gut an, weil sie als Ausdruck eines grundsätzlichen Misstrauens verstanden wird“, erläutert Georg Sigl-Lehner, Präsident der VdPB, und ergänzt: “Gerade die Gesundheitsberufe zeigen doch seit vielen Jahren, dass sie über Expertise im Infektionsschutz verfügen – die strengen Hygieneregime in Kliniken und Pflegeeinrichtungen machen nicht erst seit Covid-19 vor, wie es geht. Sie sind maßgeblich daran beteiligt, dass sich aggressive Erreger wie beispielsweise MRSA oder Tuberkulose eben nicht unkontrolliert verbreiten.“ Daher halte man es auch nicht für verhältnismäßig, ausgerechnet jene mit einer Impfpflicht zu belegen, die ohnehin schon einen wesentlichen Beitrag leisten, der zudem durch den sehr hohen Aufwand der Tests im gesamten Einrichtungsumfeld um einen wichtigen Baustein ergänzt wird.

“Auch wenn wir davon absehen, was durch die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes auf die Gesundheitsämter an zusätzlicher Arbeit und bürokratischem Aufwand zukommt, ist fraglich, wie die Einrichtungen selbst den erneuten Mehraufwand durch die Nachweispflicht verkraften sollen. Zumal wir davon ausgehen, dass die Dynamik der Omikronwelle, an deren Anfang wir ja jetzt erst stehen, in die ohnehin dünne Personaldecke noch einmal weitere Löcher reißen wird“, befürchtet Sigl-Lehner. Die brisante Personalnot in den Gesundheitsberufen und speziell in der Pflege bliebe in dem gesamten Konzept des einrichtungsbezogenen Immunitätsnachweises vollkom-men unberücksichtigt.

Beweis und Glaubhaftmachung:
1. https://www.altenheim.net/artikel/2022/01/19_vdbp_aussetzung_impfpflicht

- als Anlage B 207 -

Noch weitere Kündigungen im Altenpflegebereich infolge des Impflichtgesetzes wäre eine krasse Missachtung der Schutzpflicht aus Art. 2 II 1 GG! Auch deshalb ist die Impfpflicht verfassungswidrig und muss dringend und sofort außer Vollzug gesetzt werden. Die hiesige Beschwerdeführerin Nr. 38 kann das Vorgenannten nur bestätigen!

Mindestens genauso fundiert und mindestens genauso dramatisch ist die Einschätzung des Vorstands der Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch:

“Stiftung Patientenschutz - Brysch kritisiert Impfpflicht in der Pflege
15.01.2022 06:13 Uhr

Der Vorstand der Stiftung Patientenschutz, Eugen Brysch, warnt vor einer Impfpflicht für Pflegekräfte. Die Regierung riskiere damit eine Verschärfung des Fachkräftemangels.

Eugen Brysch, Vorsitzender der Deutschen Stiftung Patientenschutz, sieht eine einrichtungsbezogene Impfpflicht kritisch.

Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz, weist auf die aus seiner Sicht möglicherweise schwerwiegenden Folgen einer Impfpflicht für Pflegekräfte hin.

"Mit dem Beschluss einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht für Mitarbeiter in Pflegeheimen und Krankenhäusern riskiert die Bundesregierung eine Verschärfung des Fachkräftemangels", sagte Brysch der "Passauer Neuen Presse". "Damit gerät die professionelle Versorgung schwer kranker und pflegebedürftiger Menschen in Gefahr."

Brysch: Unwürdige Zustände drohen

Brysch warnte: "Verlassen nur zehn Prozent der schon heute hochbelasteten Beschäftigten ihren Beruf, können allein 200.000 Pflegebedürftige nicht mehr ihrer Würde entsprechend betreut werden." Im Gegensatz zu den Beschäftigten in der Pflege sei es den Hilfebedürftigen nicht möglich, ihrem Schicksal zu entkommen.

Der Bundestag hat die Impfpflicht für das Personal in Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Pflege beschlossen. Kritiker der Impfpflicht befürchten, dass viele Pflegekräfte nun ihren Job kündigen - Andreas Weise dem in einem Pflegeheim …

10.12.2021

Brysch kritisiert, dass die die Bundesregierung zur Bewertung der Corona-Lage "seit zwei Jahren nur auf die Situation in den Krankenhäusern geschaut" habe. "Der Maßstab für die Bewertung der Corona-Lage muss endlich das Infektionsgeschehen in der ambulanten und stationären Altenpflege werden. Denn vor allem hier nehmen die Impfdurchbrüche zu."

Chaos bei der täglichen Testpflicht?

Impfen und Testen müssten zusammen gedacht werden. "Die beschlossene tägliche Testpflicht für jedermann in Pflegeheimen und Krankenhäusern ist zwar gut. Doch wie das vor Ort organisiert werden soll, bleibt offen", erklärte der Patientenschützer."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-impfpflicht-patientenschutz-brysch-100.html
- als Anlage B 208 -

Es kann verfassungsrechtlich nicht ernsthaft zweifelhaft sein, dass solche unwürdigen Zustände dringend verhindert und abgewehrt werden müssen. Dies kann nur durch Erlass einer effektiven gerichtlichen einstweiligen Anordnung geschehen. Insbesondere kann es auch keine Lösung sein, nur die Impfpflicht für den Bereich der Altenpflege (§ 20a I 1 Nr. 3 BIfSG n.F.) außer Vollzug zu setzen, weil hierdurch nur neue, ihrerseits verfassungs- und insbesondere gleichheitswidrige, Zustände geschaffen würden. Auch deshalb ist der - politisch sowie chancenlose - Vorschlag von Ministerpräsident Söder, der verklausuliert genau dies gefordert hat, verfassungsrechtlich wie verfassungsprozessual nicht möglich.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/vermischtes/article236398291/Corona-Soeder-fuer-Ueberpruefung-der-Impfpflicht-im-Pflegebereich.html
- als Anlage B 209 -

5. Unverhältnismäßigkeit des Impfpflichtgesetzes wegen grob unwissenschaftlichen Verstoßes gegen die STIKO-Empfehlung und gegen die Empfehlung des RKI

RKI und STIKO sprechen sich "*(…) explizit dagegen aus, dass der Zugang von Kindern und Jugendlichen zur Teilhabe an Bildung, Kultur und anderen Aktivitäten des sozialen Lebens vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht wird.*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/03_22.pdf?__blob=publicationFile , dort s. 8, 3. Absatz links **- als Anlage B 210 -**

Auch deshalb ist es völlig unverhältnismäßig allen Minderjährigen pauschal die (weitere) Ausbildung, erstmalige oder weitere Praktika etc. in allen Alters- und Pflegeheimen, Zahnarztpraxen, Arztpraxen etc. der Republik zu verbieten, Ihnen Bußgeldern und Tätigkeits- sowie Zutrittsverbote anzudrohen. Eine Heilung dieses Verfassungsverstoßes im Wege einer verfassungskonformen Auslegung ist ausgeschlossen, weil der Wortlaut und die Entstehungsgeschichte klar gegen eine solche Möglichkeit sprechen und auch dazu führen würde, dass Minderjährige, die ihren 18. Geburtstag während ihres Praktikums haben, ihr Praktikum abbrechen müssten (vgl. die hiesige Beschwerdeführerin Nr. 33).

7. Ergänzung des Schriftsatzes vom 21.01.2022

7.1.: Der Staat will von einer echten Evaluierung nichts wissen

Zu den Ausführungen zur **Anlage B 169** sei der guten Ordnung halber noch ergänzt, dass diese sich auf Abb.2 (Fig. 2) und den ersten Abschnitt auf S. 12 des Nature-Artikels bezieht, da die Information des höheren Risikos durch Impfung als durch Infektion bei den U-40 Patienten nicht so leicht auffindbar ist. Im Rest des Artikels geht es nämlich primär darum, dass das Risiko durch Infektion höher ist als durch Impfung…

Schließlich ist auch die (wie dargelegt bereits aus mehreren Gründen grob rechtswidrig erteilte) bedingte Zulassung an **Auflagen** gebunden.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/marketing-authorisation/conditional-marketing-authorisation (dort den Abschnitt “Criteria and conditions“) **- als Anlage B 211 -**

In der Anlage heißt es, dass die jeweiligen Auflagen im EPAR, im European public assessment report, genannt werden. Dort heißt es dann an den einschlägigen Fundstel-len zu den verschiedenen Impfstoffen:

a) Im EPAR für Comirnaty

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty **- als Anlage B 212 -**

unter dem Punkt: “*What information is still awaited for Comirnaty?*“ steht unter anderem:

“*As Comirnaty received a conditional marketing authorisation, the company that markets Comirnaty will continue to provide results from the main trial in adults, which is ongoing for 2 years, as well as from the trials in children. This trial and additional studies will provide information on how long protection lasts, how well the vaccine prevents severe COVID-19,*

how well it protects immunocompromised people, pregnant women, and whether it prevents asymptomatic cases.“

b) Auch im EPAR für Spikevax

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spikevax **- als Anlage B 213 -**

findet sich eine ganz ähnliche Formulierung:

“*Since Spikevax has been given conditional marketing authorisation, the company that markets Spikevax will provide final results from the two clinical trials, which will continue until the end of 2022. These trials and additional studies will provide information on how long protection lasts, how well the vaccine prevents severe COVID-19, how well it protects immunocompromised people, pregnant women, and whether it prevents asymptomatic cases. In addition, independent studies of COVID-19 vaccines coordinated by EU authorities will also give more information on the vaccine’s long-term safety and benefit in the general population.*“

c) Auch im EPAR für den Impfstoff Janssen des Weltkonzerns Johnson & Johnson

Beweis und Glaubhaftmachung:

(https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/covid-19-vaccine-janssen)
- als Anlage B 214 -

findet man ähnliche Informationen.

Hier kommt nun einer der großen Knackpunkte: Die Zulassungsstudien laufen zwar offiziell noch, sie wurde aber **bereits kurz nach Zulassung der Impfstoffe** in erheblichem Maße entblindet und die Placebogruppen aufgelöst! Moderna gibt z.B. ex-plizit an, dass 98% der Placebo-Gruppe inzwischen geimpft sind.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.bmj.com/content/373/bmj.n1244 **- als Anlage B 215 -**

2. https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4956 **- als Anlage B 216 -**

Der nachfolgende Artikel

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2033538 **- als Anlage B 217 -**

betont aber zu Recht die Bedeutung randomisierter, verblindeter Placebo-kontrollierter Studien, im Hinblick auf Wirksamkeit aber auch auf langfristige Sicherheit, auch bei den Covid-19 Impfungen und erklärt, dass Beobachtungsstudien diese nicht ersetzen können. Dafür taugen die Zulassungsstudien nun nicht mehr, aus ihnen lassen sich eben nicht mehr die dringend benötigten Daten eines verblindeten Vergleichs einer Impf- und Placebogruppe generieren, insbesondere auf in Bezug auf die langfristige Sicherheit der Impfungen. Soweit die Gesetzesbegründung zum Teilimpfpflichtgesetz daher von einer Evaluierung (nach pflichtiger Verabreichung der Impfstoffe) spricht, kann dies, mit Verlaub, nur als schlechter Witz bezeichnet werden, wobei zu Gunsten der meisten Abgeordneten unterstellt werden kann, dass Ihnen die vorbezeichneten Zusammenhänge schlicht nicht bekannt gewesen sein dürften. Eine echte Evaluierung, die diese Bezeichnung noch verdient, ist durch das Zunichtemachen der ursprünglich ungeimpften Kontrollgruppe der Zulassungsstudie und durch die Entblindung ausgeschlossen. Wie soll man denn in fünf oder 8 Monaten noch nachweisen können, dass z.B. das Krebsrisiko, das Risiko von Autoimmunerkrankungen, von Zyklusstörungen u.Ä. in der ungeimpften Kontrollgruppe deutlich geringer gewesen ist, wenn diese ursprüngliche Kontrollgruppe bereits seit gut einem Jahr ebenfalls geimpft worden ist?! Da der Staat auch nicht die geringste Absicht zeigt, echte, wissenschaftlich fundierte Placebo-kontrollierte andere Studien in Auftrag zu geben und deren Teilnehmer zudem wirklich auf alle in Betracht kommenden Impfrisiken zu untersuchen

– das Krebsrisiko, das Risiko von Autoimmunerkrankungen und das Risiko von Zyklusstörungen bei Frauen u.v.a.m. wurde während der Zulassungsstudien “vorsichtshalber“ erst gar nicht von den Teilnehmern abgefragt –

ist der Verweis auf das noch laufende Haupt-Zulassungsverfahren absurd. Eine mit massiven Zwangsmitteln durchzusetzende Impfpflicht unter gleichzeitiger staatlicher Zulassung des Umstandes, dass es noch nicht einmal im Nachgang eine echte, gründliche, wissenschaftliche fundierte und hinreichend umfangreiche Nachprüfung gibt ist verfassungsrechtlich ein Unding und verstößt gegen jedes Minium staatlicher Sorgfalt und eklatant gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Ein deutlicherer Beleg dafür, dass die staatliche Seite nicht im Geringsten daran interessiert ist, sämtliche für die Impfung relevanten Tatsachen (hier: das Risiko überdurchschnittlich zahlreicher wie schwerwiegender Nebenwirkungen und Schäden) in Erfahrung zu bringen, ist kaum vorstellbar. Die in den beiden Beschlüssen des Bundesverfassungsgerichts vom 19.11.2020 dargelegten Mindestvoraussetzungen für massive Grundrechtseingriffe (wobei die hiesigen noch zahlreicher und noch intensiver waren als die dort beschiedenen) sind daher verletzt.

7.2.: Weitere Ergänzungen

7. Ergänzend zur **Anlage B 191** und zum Vortrag auf S. 23 im Schriftsatz vom 21.01.2022

In diesem Zusammenhang ist auf die aktuellen sehr sorgfältig ausgearbeiteten Daten aus Schottland zu verweisen, die am 19.01.2022 in einem Bericht veröffentlicht worden sind.

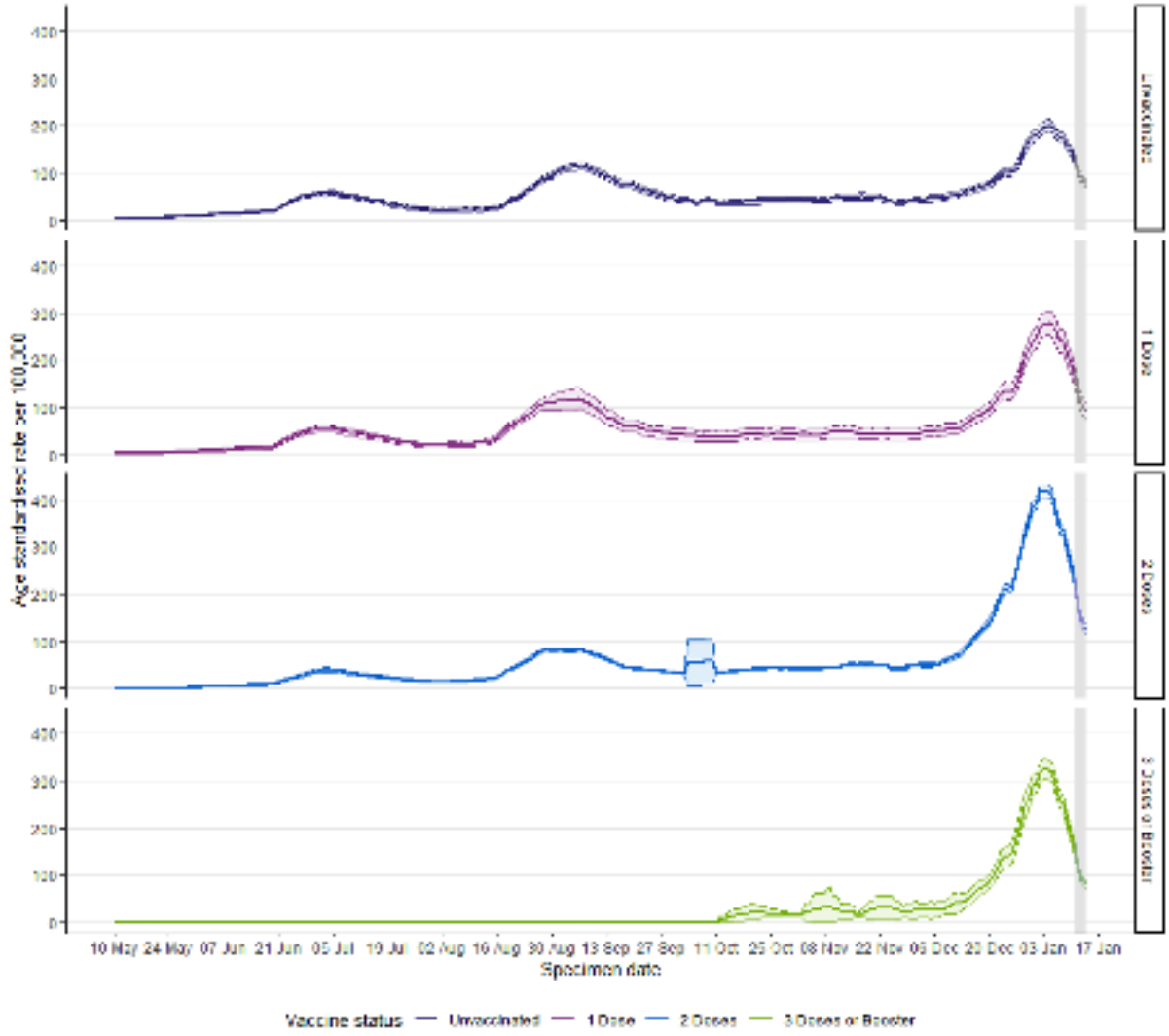
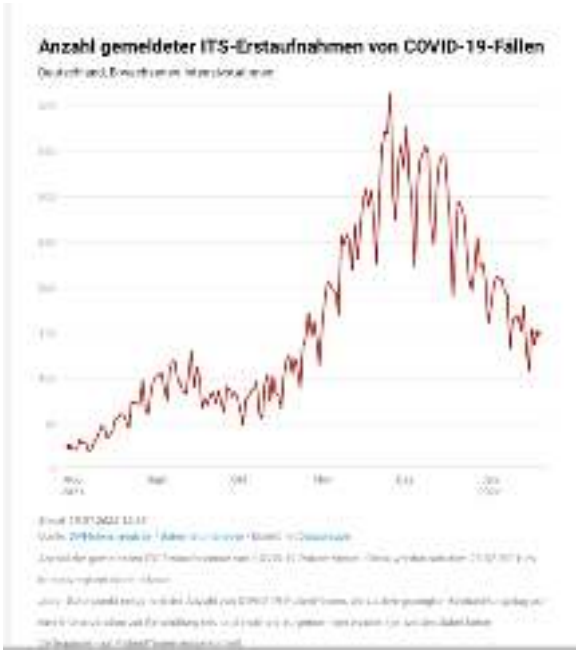


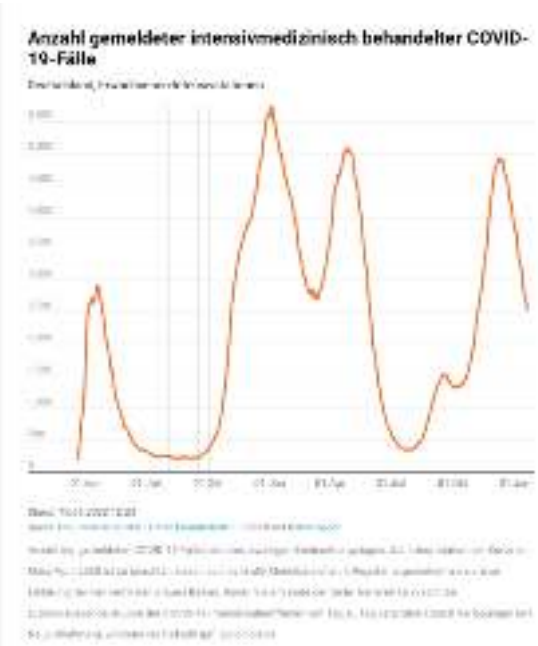
Abbildung 11: Bericht aus Schottland. Wirkung der Impfung gegen Infektion. Die Infektionsrate pro 100 Tsd ist selbst bei 3x Geimpften höher als bei Ungeimpften. Es ist bewiesen, dass es keinen Fremdschutz gibt durch die Impfung. Im Gegenteil hier bestätigt sich die Problematik, dass man Geimpfte von der Testpflicht befreit.

https://publichealthscotland.scot/media/11223/22-01-19-covid19-winter_publication_report.pdf **- als Anlage B 218 -**

Bei einem Blick auf die schottischen Zahlen kann man davon ausgehen, dass die eine reale Immunität besteht und die Impfungen hierzu nichts bis sehr wenig beigetragen haben bzw. eher die Ausbreitung gefördert haben, da die Impfungen keinen Fremdschutz verschaffen und keine Testpflicht für Dreifachgeimpfte besteht.

Die ITS-Neuaufnahmen fallen und die ITS-COVID-19 Fälle gleichermaßen.





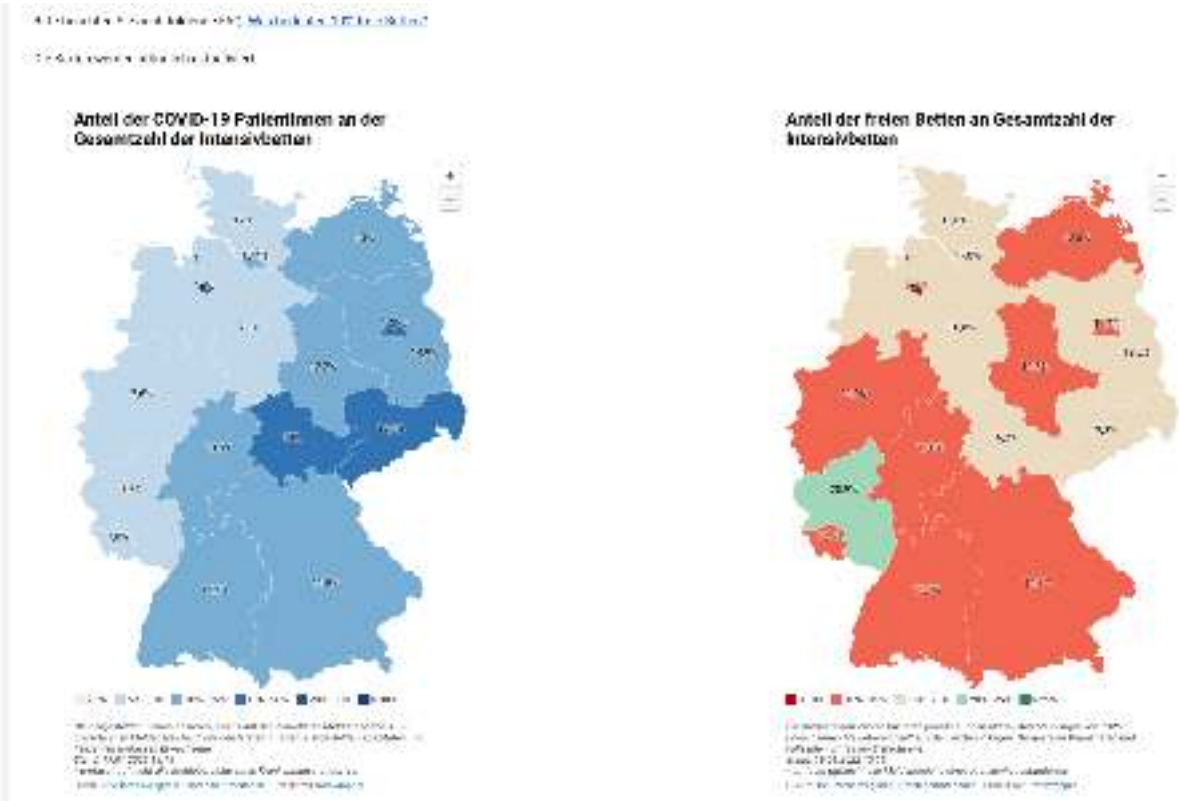


Abbildung 14: ITS Auslastung und ITS Neuaufnahmen. Stand 20.1.2022. Die steigenden Infektionszahlen durch Omikron spiegeln sich in den ITS Neuaufnahmen und Fällen nicht wieder.

https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen **- als Anlage B 219 -**

https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/kartenansichten **- als Anlage B 220 -**

8. Nochmals: Konkrete Gefahren von Langzeitschäden; hier: Nicht geprüfte mögliche Langzeitschäden durch ein kanzerogenes Potenzial der Inhaltsstoffe der bedingt zugelassenen Impfstoffe

Eine wesentliche Säule der vorklinischen Prüfung der Sicherheit von neuen Wirkstoffen und auch neuen Hilfsstoffen ist die mögliche unerwünschte Wirkung Krebs zu induzieren oder bestehende Krebserkrankungen zu verstärken. Für alle bedingt zugelassenen Impfstoffe wurde auf diese Prüfung verzichtet mit dem Verweis in den EPARs, dass diese Produkte keine diesbezügliche unerwünschte Wirkung aufweisen würden.

Diese Aussage ist falsch.

Beweis: Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens

Es ist grundsätzlich voranzustellen, dass die verabreichte Menge zwar gering ist. Doch die Verteilung im Organismus nach Injektion in den Muskel führt zu hohen begrenzten lokalen Konzentrationen. Hinzu kommt noch, dass der Gesetzgeber in § 20a IV BIfSG n.F. eine Dauer-Impfpflicht vorsieht, was zu einer Vervierfachung, Verfünffachung etc. der verabreichten Mengen führt. In diesem Zusammenhang ist vorab darlegen, dass es bei Katzen das sogenannte Impf-induzierte Sarkom gibt. Man vermutet hier allein die Entzündungsreaktion als Auslöser für die Entstehung dieses bösartigen Krebs. Man nimmt eine Häufigkeit von 1:1000 bis 1:10000 an. Dies basiert auf unterschiedlicher Datenerhebung weltweit.

Abbildung 16: Impfsarkom der Katze ausgelöst allein durch die lokale Entzündungsreaktion der Impfung.

https://todaysveterinarypractice.com/feline-injection-site-sarcomas/ **- als Anlage B 221 -**

Viele Katzen werden eingeschläfert und gehen daher nicht in Datenerhebungen ein.

Bei der Bewertung eines möglichen Krebsrisikos durch Fremdsubstanzen, die in den Körper eingebracht werden oder auf den menschlichen Organismus einwirken können, erwartet man bei Sicherheitsprüfungen am Tier einen Sicherheitsabstand von mind. 10000. Also man berechnet die Menge, der ein Mensch in einem Jahr oder im Laufe seines Lebens ausgesetzt wird. So muss man am Tier die 10000-fache Menge prüfen über einen Zeitraum von 2 Jahren und es darf kein Krebs entstehen. Dies als sehr grobe Darstellung von sehr ausgearbeiteten Methoden zur Prüfung am Tier und der sich daraus ergebenden maximal erlaubten Menge der Einwirkung auf dem Mensch, die nach international harmonisierten Richtlinien zu erfolgen hat.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-guideline-m7r1-assessment-control-dna-reactive-mutagenic-impurities-pharmaceuticals-limit_en.pdf

- als Anlage B 222 -

Diese Prüfungen und Berechnungen muss man durchführen für neue Wirkstoffe, wenn es allein nur den wissenschaftlichen Verdacht gibt, dass diese Substanzklasse Krebs erzeugen könnten oder bestehende Krebserkrankungen verstärken können. Die Behörden müssen diese Prüfung verlangen.

Wenn es den Verdacht gibt, auch anhand wissenschaftlicher Veröffentlichungen, dass diese Substanzklassen das Erbgut oder die Zellreplikation in einer Art und Weise beeinflussen können, die ein Hinweis auf ein Krebsrisiko geben, dann ist als erste Stufe zur Überprüfung des Risiko vor der ersten Anwendung am Menschen eine sog. Genotox-Batterie durchzuführen. Das sind Tests, die in wenigen Monaten mit moderatem Kostenaufwand durchgeführt werden können.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/s-2-b-note-guidance-genotoxicity-standard-battery-genotoxicity-testing-pharmaceuticals_en.pdf **- als Anlage B 223 -**

Langfristig ist eine Prüfung der Karzinogenität erforderlich, was die Pharmakonzerne jedoch im vorliegenden Fall treuwidrig zumindest mit Duldung der staatlichen Behörden vereitelt haben, indem sie die Zulassungsstudien torpediert und nutzlos gemacht haben, indem sie die Kontrollgruppen entblindet und haben impfen lassen. Das Vorgehen der Prüfung der Karzinogenität ist in international harmonisierten Richtlinien festgelegt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/note-guidance-carcinogenic-potential_en.pdf **- als Anlage B 224 -**

Die entscheidende Frage lautet mithin: Gibt es nun Hinweise, dass die in den zugelassenen Impfstoffen ein Risiko zur Krebsinduktion oder bestehende Krebserkrankungen verstärken können? - Ja, die gibt es und es erscheint äußerst unglaubwürdig, dass Unternehmen wie BioNTech, die seit 15 Jahren in dem Bereich Entwicklungsarbeit tätig sind, diese Risiken nicht allzu gut kennen. Doch aus den EPARs ersichtlich ist, dass das CHMP der EMA immer der Ansicht der Zulassungsinhaber gefolgt ist, dass die Genotox-Batterie nicht erforderlich sei.

Allein Moderna hat einen sog. Mikrokern-Test durchgeführt. Dieser war auch positiv.(!), d.h. er zeigte sehr wohl einen Hinweis auf ein mögliches Krebsrisiko! Doch dies wurde lapidar damit abgetan, dass es ein unspezifischer Effekt sei, der diese Ergebnis hervorgebracht habe. Doch genau das war und ist schon seit jeher auch das Problem des Impf-Sarkoms bei Katzen: Es ist doch gerade die unspezifische Entzündung, die diese Krebsentstehung verursacht. So können einfache Fettsäuren wie Stearinsäure durch diesen unspezifischen Effekt Krebs erzeugen am Tier. Lokaler Bindegewebs-zellkrebs (Sarkom) und Lymphknotenkrebs (Lymphom), wenn dieser unter die Haut injiziert wird.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://journals.sagepub.com/doi/10.3109/10915818709098563 **- als Anlage B 225 -**

Die Hilfsstoffe in dem Produkt Comirnaty sind keine einfachen Lipide. Es sind sog. Transfektionsagentien. So werden sie auch in dem Comirnaty EPAR ausdrücklich benannt. Dieser Aspekt der “Funktion“ wird zudem dadurch erläutert, dass in dem EPAR beschrieben wird, dass es sich bei diesen Hilfsstoffen um sog. Transfektionsagentien handelt.

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf **- als Anlage B 226 -**

Dort heißt es:

About the product

BNT162b is a mRNA vaccine for prevention of COVID-19. The vaccine is made of a mRNA encoding for the full-length SARS-CoV-2 spike glycoprotein (S) encapsulated in lipid nanoparticles (LNPs). The sequence of the S protein was chosen based on the sequence for the “SARS-CoV-2 isolate Wuhan-Hu- 1”, which was available when the program was initiated: GenBank: MN908947.3 (complete genome) and GenBank: QHD43416.1 (spike surface glycoprotein).

The active substance consists of a single-stranded, 5'-capped mRNA that is translated into a codon-optimized sequence encoding the spike antigen of SARS-CoV-2. The RNA contains common structural elements optimized for mediating high RNA stability and translational efficiency (see section 2.2). The LNPs protect the RNA from degradation by RNAses and enable transfection of host cells after intramuscular (IM) delivery.

Das Prinzip der Transfektion ist eine Verschmelzung der Lipidhülle der Nanocarrier des Comirnaty mit Zellmembranen von Zielzellen, um den Genwirkstoff einzuschleusen. Dies ist erforderlich, da die gewünschten Zielzellen, die dann das Gen ablesen und das Spike-Antigen produzieren sollen, diese Nanocarrier und die mRNA nicht aufnehmen würden. Dabei sei erwähnt, dass die Zielzellen nicht definiert wurden und der Wirkmechanismus nachweislich eben gerade nicht am “Muskel“ entsteht, sondern vielfältige Zellen im menschlichen Körper in Anspruch nimmt (befällt), die eben gerade nicht alle mit der gleichen Reaktion antworten. Benannt sei dabei als Beispiel die Leber, die über verschiedene Zellen verfügt. Alles dies blieb ungeprüft.

Diese komplexen Tenside, also umgangssprachlich Seifen, haben ein hohe Potenzial sog. DNA-Strangbrüche zu erzeugen, was ein Hinweis auf ein Krebsrisiko sein kann.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25168934/ **- als Anlage B 227 -**

Generell bewirken diese Lipid-Nanocarrier eine Verstärkung des Wachstums von bestehenden Tumoren.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25200609/ **- als Anlage B 228 -**

Auch Adeno-Virale Vektoren sind dafür bekannt, dass diese nach Aufnahme in Zellen eine Entartung der Zellen bewirken können, was ein bekanntes Problem aus der Erforschung derartiger Produkte für die Krebstherapie darstellt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27803388/ **- als Anlage B 229 -**

Allein der Titel und die Zusammenfassung der **Anlage B 229** ist hier bezeichnend:

“***Viral Vectors: The Road to Reducing Genotoxicity***

Viral vector use in gene therapy has highlighted several safety concerns, including genotoxic events. Generally, vector-mediated genotoxicity results from upregulation of cellular proto-oncogenes via promoter insertion, promoter activation, or gene transcript truncation, with enhancer-mediated activation of nearby genes the primary mechanism reported in gene therapy trials.“

So erklärt sich dieser Fall der Verstärkung des Tumorwachstums nach der Auffrischung mit BioNTech Comirnaty, wobei die Autoren die Frage stellen, ob die Grundimmunisierung bereits die Manifestation ausgelöst hat (oder eben erst die Auffrischungsimpfung)

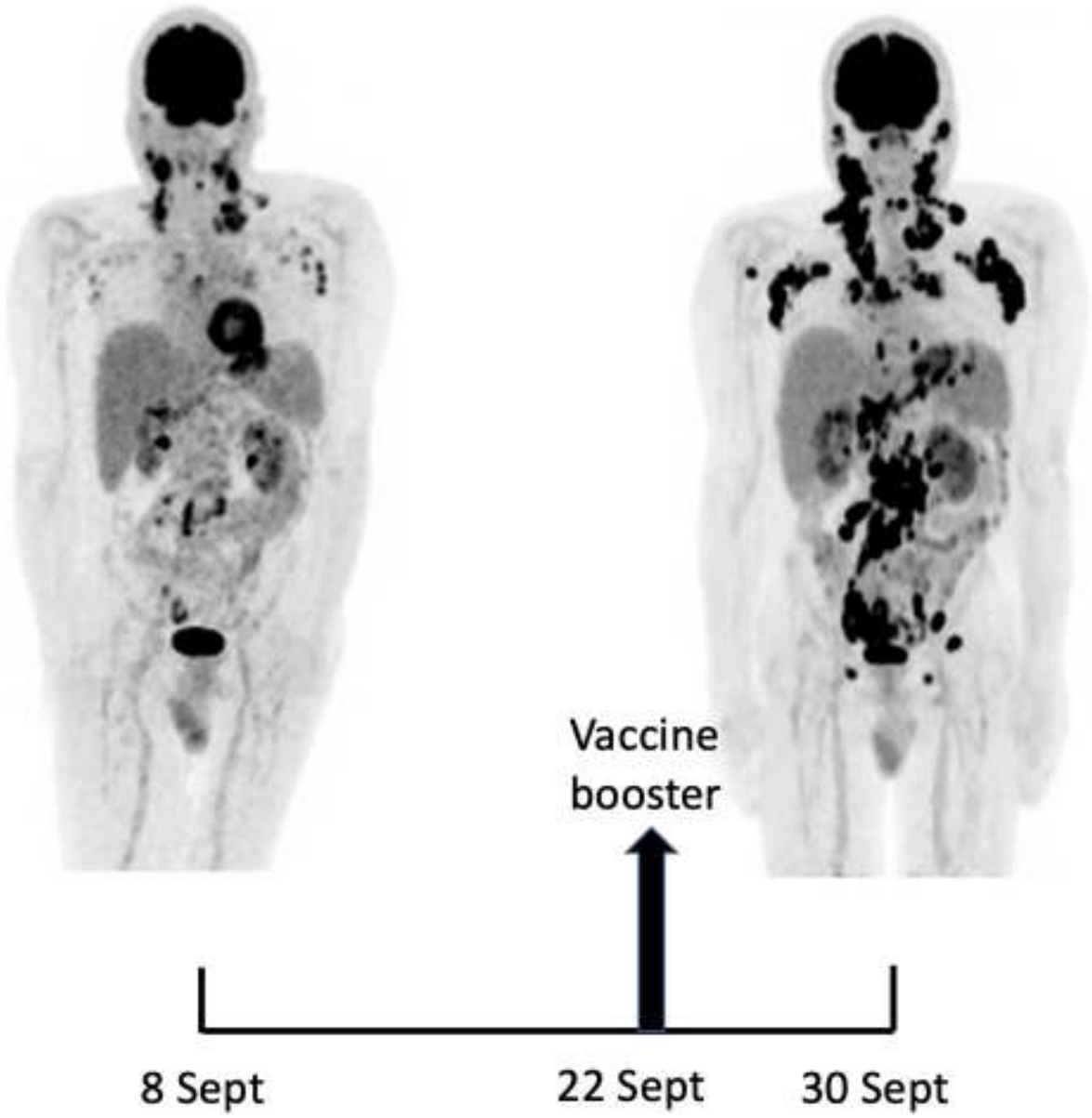


Abbildung 17: Verstärktes Tumorwachstum durch Comirnaty. Untersuchung mittels sogenannter ^{18}FDG-PET/CT. Die sehr hohe Stoffwechselaktivität der bösartigen Tumorzellen bewirkt eine hohe Aufnahme des Markers radioaktive Fluor-Deoxy-Glukose. Dies wird mit der Positronen-Emissions-Tomographie erfasst und mit einer gleichzeitig durchgeführten Computertomographie anatomisch zugeordnet. Die schwarzen Knoten zeigen die befallenen Lymphknoten und die starke Zunahme nach der Booster-Impfung, die in diesem Fall nicht einmal wirkte.

Rapid Progression of Angioimmunoblastic T Cell Lymphoma Following BNT162b2 mRNA Vaccine Booster Shot: A Case Report

Front. Med., 25 November 2021 https://doi.org/10.3389/fmed.2021.798095 = https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.798095/full **- als Anlage B 230 -**

Es ist als sittenwidrig einzustufen, wenn- die Unternehmen dem CHMP der EMA in den Antragsunterlagen impliziert haben, dass diese Art von Produkten doch gar kein Krebsrisiko bergen würde. Die Folgefrage lautet daher. Warum wurde all dies von den Prüfern der EMA nicht erkannt?! Weil die sogenannten Rapporteure – also der Projektleiter der Prüfung der Zulassung – keine Fachkenntnis für diese medizinische Spezialmaterie hatten!

Wenn ein Antrag auf Zulassung bei der EMA im zentralisierten Verfahren eingeht, dann wählt das CHMP aus seiner Mitte einen sog. Rapporteur mit der bestmöglichen Fachkenntnis aus. Das CHMP setzt sich aus Vertretern jeder nationaler Behörde zusammen.

Vgl. https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/chmp-rules-procedure_en.pdf
- als Anlage B 231 -

Rapporteur, Co-Rapporteur and Assessment Team

Article 6

1. For any scientific evaluation in respect of a procedure a rapporteur shall be appointed from amongst the members of the Committee or alternates. The appointment of the rapporteur shall be made on the basis of objective criteria, which will allow the use of the best available expertise in the EU on the relevant scientific area.

2. The role of the rapporteur is to perform the scientific evaluation and to prepare an assessment report to the Committee according to the timetable agreed for the evaluation procedure, taking into account the timeframe laid down in the relevant legislation.

Alle Rapporteure, die die Impfstoffe primär geprüft haben, waren **ausschließlich aus dem Bereich der klinischen Prüfung**! – Und genau dies kann man im hiesigen Zusammenhang nur als tragisch bezeichnen.

a) Comirnaty – Rapporteur Filip Josephson

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf **- als Anlage B 232 -**

https://www.ema.europa.eu/sites/default/files/ContactsAndExperts_CVs_and_DOIs/josephsonf_CV_en.pdf **- als Anlage B 233 -**

Arzt - Clinical Assessor – keine Expertise in präklinischen Sicherheitsprüfungen

b) Spikevax – Rapporteur Jan Mueller Berghaus

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-public-assessment-report_en.pdf **- als Anlage B 234 -**

https://www.ema.europa.eu/sites/default/files/ContactsAndExperts_CVs_and_DOIs/jmuellerb_CV_en.pdf **- als Anlage B 235 -**

Kinderarzt – keine Expertise in präklinischen Sicherheitsprüfungen

c) Vaxzevria – Rapporteur Sol Ruiz

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca-epar-public-assessment-report_en.pdf **- als Anlage B 236 -**

https://www.ema.europa.eu/sites/default/files/ContactsAndExperts_CVs_and_DOIs/mruiz_CV_en.pdf **- als Anlage B 237 -**

Biologin – keine Expertise in präklinischen Sicherheitsprüfungen

d) Nuvaxovid – Rapporteur Johann Lodewijk Hillege

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/nuvaxovid-epar-public-assessment-report_en.pdf **- als Anlage B 238 -**

Sportlehrer (Teacher in Physical Education) - keine Expertise in präklinischen Sicherheitsprüfungen

e) Janssen COVID-19 vaccine – Rapporteur Christophe Focke

https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/covid-19-vaccine-janssen-epar-public-assessment-report_en.pdf **- als Anlage B 239 -**

https://www.ema.europa.eu/sites/default/files/ContactsAndExperts_CVs_and_DOIs/cfocke_CV_en.pdf **- als Anlage B 240 -**

Apotheker - keine Expertise in präklinischen Sicherheitsprüfungen

Es ist derzeit zudem nicht ersichtlich, ob im Rahmen der bedingten Zulassung eine sog. Expert Report eingeholt wurde gemäß Anhang 1 der Richtlinie 2001/83/EG.

https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003L0063&from=EN **- als Anlage B 241 -**

Vermutlich nicht … .

Angaben zu den Sachverständigen

Gemäß Artikel 12 II der Richtlinie müssen die Sachverständigen ihre Anmerkungen zu den Angaben und Unterlagen, aus denen der Antrag besteht, insbesondere zu den Modulen 3, 4 und 5 (chemische, pharmazeutische und biologische Dokumentation, präklinische Dokumentation bzw. klinische Dokumentation) in ausführlichen Berichten vorlegen. Dabei wird von den Sachverständigen verlangt, dass sie sich mit den kritischen Fragen hinsichtlich der Qualität des Impfstoffs und der an Tieren und Menschen durchgeführten Untersuchungen befassen und alle Daten aufzeigen, die für die Bewer-tung sachdienlich sind.

Um diesen Auflagen gerecht zu werden, sind eine Zusammenfassung der pharmazeutischen Qualität, ein präklinischer Überblick (Daten aus Untersuchungen an Tieren) und ein klinischer Überblick vorzulegen, die in Modul 2 des Antrags enthalten sein müssen. Modul 1 muss eine von den Sachverständigen unterzeichnete Erklärung ent-halten, in der ihr Ausbildungsprofil und ihre Berufserfahrung knapp beschrieben sind. Die Sachverständigen müssen über die geeignete fachliche oder berufliche Befähigung verfügen. Es ist anzugeben, welches berufliche Verhältnis zwischen dem Sachverstän-digen und dem Antragsteller besteht.

Es ist im Ansatz nachvollziehbar, dass in einer Notsituation eine bedingte Zulassung erteilt wurde, dass aber derart krass und objektiv eindeutig gegen Verordnungen und Richtlinien verstoßen wurde, die dem Schutz der Gesundheit des Menschen dienen sol-len, ist erschreckend.

Dabei spielt es keine Rolle, welches Ergebnis z.B. die Genotoxizitäts-Studien erbringen würden, wenn man sie denn endlich nach mehr als 1 Jahr des vorsätzlichen Nichtstuns endlich erbringen würde. Es ist grob rechtswidrig, dass diese Prüfungen bislang nicht erbracht wurden und hier kann, was Kosten und Zeit solcher Sicherheitsprüfungen anbelangt, nicht auf die Notsitutation verwiesen werden. Letzteres schon gar nicht im Hinblick auf die zwangsweise Anwendung an jungen gesunden Menschen, die ein vernachlässigbares Risiko haben, an der Lungenkrankheit COVID-19 zu erkranken. Die vorsätzliche wie gesetzeswidrige Nichtdurchführung dieser Genotoxizitäts-Studien kann auch nicht damit entschuldigt werden, dass die Impfungen Fremdschutz gewährleisten. Denn es ist mittlerweile bewiesen, dass der Fremdschutz vor allem gegen die Omikron-Variante nicht gewährleistet ist. Auch in diesem Zusammenhang sei nochmals auf den allgemeinen Rechtsgedanken des § 5 AMG verwiesen. Wie dargelegt besteht der erhebliche Verdacht, dass diese bedingt zugelassenen Produkte bei nicht vorhandenem Fremdschutz gegen die Varianten Delta und Omikron mit einem erheblichen nicht sicher ausgeschlossenen und teilweise bewiesenem Risiko für einen irreversiblen Schaden an Leib und Leben behaftet sind.

Die bedingte Zulassung wurde durch eine schon fast als betrügerisch einzustufende Verhaltensweise der Unternehmen erwirkt.

Sicherheitsstudien, die sowohl zeitlich als auch finanzielle machbar gewesen wären, wurden von dem CHMP der EMA nicht verlangt mangels Fachkenntnis.

Jeder, auch der medizinische Laie mit gesundem Menschenverstand, kann erkennen, dass dies ein sittenwidriges Verhalten der beteiligten Unternehmen ist, die zudem von jeder Haftung freigesprochen wurden. Um weiteren Schaden von der Bevölkerung und den von der Impfpflicht betroffenen Gruppen fernzuhalten, muss die einrichtungsbezogene Impfpflicht sofort aufgehoben werden.

9. Die gemeinsame aktuelle Presseerklärung des RKI und des DIVI – weiterhin kein stichhaltiger Beleg für eine “Pandemie der Ungeimpften“ und weiterhin viele Fragen in tatsächlicher Hinsicht, woran auch der aktuelle RKI-Wochenbericht vom 20.01.2022 rein gar nichts geändert hat

Die gemeinsame Presseerklärung des RKI und des DIVI vom 13.01.2022 ist abrufbar unter

https://www.divi.de/presse/pressemeldungen/presseinformation-daten-aus-dem-intensivregister-ungeimpfte-machen-mehrheit-aller-covid-19-faelle-auf-intensivstationen-aus

- als Anlage B 242 -

und lautet:

“***Gemeinsame Presseinformation des RKI und der DIVI***

Daten aus dem Intensivregister: Ungeimpfte machen Mehrheit aller COVID-19-Fälle auf Intensivstationen aus

Ungeimpfte machen aktuell den überwiegenden Anteil aller COVID-19-Aufnahmen auf Intensivstationen aus. Dies zeigen Auswertungen aus dem Intensivregister von RKI und DIVI, in dem seit Mitte Dezember 2021 zusätzlich der Impfstatus erfasst wird. Hierzu melden alle Intensivstationen in Deutschland mit Akutversorgung täglich bis 12:00 Uhr den Impfstatus der zum Vortag neu aufgenommenen COVID-19-Patientinnen und -Patienten. Die Daten werden nicht personenbezogen erhoben, sondern vollständig anonymisiert erfasst.

Zwischen dem 14. Dezember 2021 und dem 12. Januar 2022 lag der Impfstatus für 8.912 COVID-19-Aufnahmen vor, das entspricht etwa 90 Prozent der in diesem Zeitraum übermittelten Fälle (9.946). Fast zwei Drittel (62 Prozent, 5.521 Fälle) aller COVID-19-Neuaufnahmen mit bekanntem Impfstatus waren ungeimpft. Rund 9,6 Prozent (856 Fälle) wiesen einen unvollständigen Immunschutz auf (Genesen ohne Impfung bzw. Teil-Immunisierung). Über ein Viertel der Covid-19-ITS-Aufnahmen (28,4 Prozent, 2.535 Fälle) hatte einen vollständigen Impfschutz (Grundimmunisierung oder Booster), der Anteil mit Boosterimpfung lag dabei bei ca. 5,8 Prozent (520 Fälle).

Die Ergebnisse werden im COVID-19-Wochenbericht des RKI zukünftig ab dem 21.01.2022 veröffentlicht werden.

Impfstatus der ITS-Aufnahmen deckt sich mit bisher veröffentlichten Zahlen des RKI

*Die Ergebnisse der neuen täglichen Abfrage im Intensivregister bestätigen damit die Erkenntnisse zum Anteil ungeimpfter und geimpfter COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen, die im Wochenbericht des Robert Koch-Instituts basierend auf den IfSG-Meldedaten veröffentlicht werden (siehe www.rki.de/covid-19-wochenbericht, Tabellen zu Impfdurchbrüchen). Bei einem Vergleich der IfSG-Meldedaten im Wochenbericht mit den Erhebungen im DIVI-Intensivregister ist zu beachten, dass es sich um zwei verschiedene Arten der Datenerfassung handelt, denen leicht unterschiedliche Definitionen des Impfstatus*

zugrunde liegen (siehe Definitionen des Intensivregisters). Ebenso können sich die Zeiträume der erhobenen Daten und übermittelten Fälle unterscheiden.

Einschätzung der Impfeffektivität

RKI und DIVI weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Intensivregister-Daten in dieser Form nicht geeignet sind, um die Wirksamkeit der Impfung einzuschätzen.

Zur Beurteilung des Effektes der Impfung müssen die oben genannten Daten u.a. in ein Verhältnis mit der Entwicklung der allgemeinen Impfquote der Bevölkerung gesetzt werden.

Zur Schätzung der Impfeffektivität wird auf folgende Dokumente verwiesen:

• RKI-Wochenbericht (http://www.rki.de/covid-19-wochenbericht), Abschnitt Wirksamkeit der COVID-19-Impfung;

• FAQ des RKI zur COVID-19-Impfung (www.rki.de/covid-19-faq-impfen > Wie lässt sich erklären, dass es mit steigender Impfquote zu immer mehr Impfdurchbrüchen kommt?)

• RKI-Flyer "Warum steigende Zahlen von Impfdurchbrüchen kein Zeichen für fehlenden Impfschutz sind" (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Flyer_Wirksamkeit_Impfung.html)."

Der neue RKI-Wochenbericht vom 20.01.2022 ist abrufbar unter

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-01-20.pdf?__blob=publicationFile **- als Anlage B 243 -**

Wer erhofft haben mag, dass nunmehr stichhhaltige Belege für eine "Pandemie der Ungeimpften" enthalten sein mögen und ein stichhaltiger, nicht nur auf groben Schätzungen beruhender Nachweis erfolgen könnte, dass die Impfstoffe tatsächlich – wie nicht zuletzt in der hiesigen Gesetzesbegründung postuliert – hoch wirksam seien, der wurde erwartungsgemäß schwer enttäuscht.

Im Einzelnen:

Aus der gemeinsamen Presseerklärung folgt bereits eingangs, dass bei immerhin gut 10% der Intensivpatienten ist der Impfstatuts nicht bekannt ist. Warum, bleibt völlig unklar. Der wohl entscheidende Satz in dieser Presseerklärung lautet aber ohnehin:

"*RKI und DIVI weisen ausdrücklich darauf hin, dass die Intensivregister-Daten in dieser Form nicht geeignet sind, um die Wirksamkeit der Impfung einzuschätzen.*

Zur Beurteilung des Effektes der Impfung müssen die oben genannten Daten u.a. in ein Verhältnis mit der Entwicklung der allgemeinen Impfquote der Bevölkerung gesetzt werden."

RKI und DIVI sind also auch rund 22 Monate nach Ausrufung der Pandemie und nach Verhängung des ersten Lockdowns weder willens noch fähig das Vorgenannte umzusetzen. Es gibt bei den Behörden also weiterhin keinen messbaren Willen, zentrale Fragen statistisch korrekt zu klären und zu beantworten! Dies genügt den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen ersichtlich noch nicht einmal ansatzweise. Sachliche Gründe für diese bereits mindestens 12 Monate lang andauernde Untätigkeit des Staates sind nicht ersichtlich und wären, sollten diese entgegen allen Wahrscheinlichkeiten doch vorliegen, substanziiert von der Bundesregierung und / oder dem Bundestag im Rahmen von deren Anhörung vorzutragen.

Der erste Link ganz unten in der gemeinsamen Presseerklärung verweist auf den aktuellen RKI-Wochenbericht vom 20.01.2022, wo es auf S. 30 heißt. ort S. 23, wo es heißt:

"*Die Wirksamkeit der Impfung (Impfeffektivität) lässt sich mit der o.g. Screening-Methode nach Farrington grob schätzen.*"

Es gibt mithin weiterhin nur eine grobe Schätzung, wobei unklar ist, ob diese wie auch immer geartete grobe Schätzung zu 45%, zu 55% oder zu 70% oder vielleicht auch zu 80% die Wahrheit trifft. Das RKI unternimmt weiterhin noch nicht einmal den Anschein eines Versuchs, präzise und nicht nur grobe Schätzungen durchzuführen.

Der zweite Link in der gemeinsamen Presseerklärung zu "Wie lässt es sich erklären …" beantwortet nicht die entscheidende Frage, nämlich bei wem sich der durchschnittlich hospitalisierte, symptomfreie oder symptomatische Positiv-Getestete denn (ggf. auch überproportional) ansteckt. Auch das immer wieder kursierende "100%-Beispiel" (= was wäre, wenn 100% der Population geimpft wären, dann wären auch 100% der Infektionen auf Geimpfte zurückzuführen), ist weiterhin ein rein mathematisches, lebensfremdes Konstrukt (Stichwort: Impffreiheit und eine gewisse Zahl an Impfunfähigen sowie das absolute Verbot für den Staat, unmittelbaren Zwang auszuüben, um zu impfen, stehen einer 100%-Quote zwingend entgegen). Auch dieses kann nicht erklären, weshalb denn bei steigender Impfquote "*… auch anteilsmäßig immer mehr Geimpfte zu erwarten sind*" (so das RKI).

Vgl.
"***Wie lässt sich erklären, dass es mit steigender Impfquote zu immer mehr Impfdurchbrüchen kommt?***

Dass es mit steigender Impfquote zu immer mehr Impfdurchbrüchen kommt, ist zu erwarten. Mit steigender Impfquote sind unter den Erkrankten auch anteilsmäßig immer mehr Geimpfte zu erwarten. Der Zusammenhang zwischen den Impfdurchbrüchen und der Impfquote wird in dem Diagramm unten grafisch dargestellt. Dies ist kein Hinweis darauf, dass die Impfstoffe nicht wirksam sind, sondern erklärt sich anhand folgender Aspekte:

(1) Die Wirksamkeit der COVID-19 Impfungen ist sehr gut, aber beträgt nicht 100%.

Das bedeutet: Obwohl die Impfstoffe sehr wirksam sind, können sie nicht alle Infektionen bei Geimpften verhindern. Sie sorgen aber dafür, dass Infektionen deutlich weniger häufig vorkommen (siehe FAQ Können Personen, die vollständig geimpft sind, das Virus weiterhin

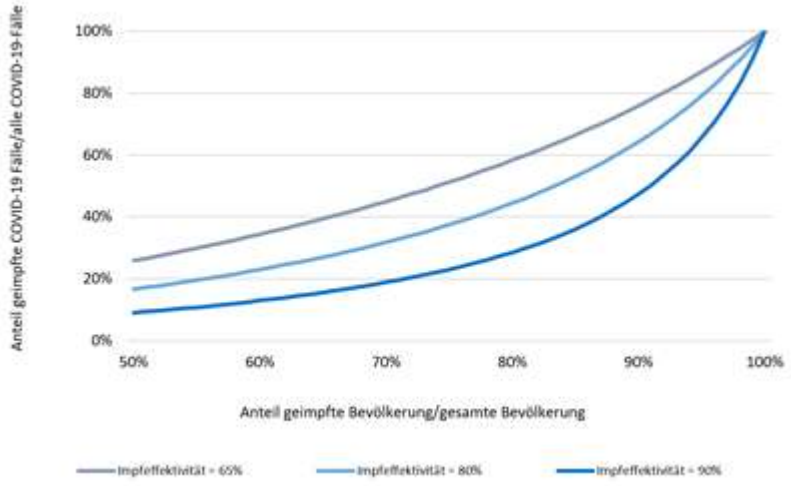
übertragen?) und dass schwere COVID-19-Krankheitsverläufe bei Geimpften sehr selten werden.

(2) Wenn die Impfquote steigt, dann steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass in dem geimpften Bevölkerungsanteil auch ein:e Infizierte:r ist.

Das bedeutet: wenn der Anteil der Geimpften in der Population steigt, dann steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass unter allen Personen, die sich infizieren bzw. erkranken mitunter Geimpfte betroffen sein können. Vereinfacht gesagt: wenn alle Personen einer Population geimpft sind (Impfquote 100%), beträgt der Anteil der Impfdurchbrüche an den Erkrankten 100%, (wenn ein Impfstoff nicht zu 100% wirksam ist).

(3) Die Anzahl der Impfdurchbrüche ist darüber hinaus auch von der Anzahl aktiver Fälle abhängig. Je mehr aktive Fälle es gibt, desto höher die Wahrscheinlichkeit sich als Geimpfter zu infizieren.

Das bedeutet: wenn es keine oder nur eine geringe Zirkulation des Erregers in der Bevölkerung gibt, sinkt die Wahrscheinlichkeit für eine Infektion, und damit auch die Zahl der Impfdurchbrüche. Vereinfacht gesagt: wenn der Erreger gar nicht zirkuliert, gibt es auch keine Impfdurchbrüche.



Anteil von erwarteten COVID-19-Fällen bei vollständig geimpften Personen (Impfdurchbrüche) an COVID-19-Fällen in der gesamten Bevölkerung im Verhältnis zum Anteil der geimpften Bevölkerung zur gesamten Bevölkerung (Impfquote) für 3 unterschiedliche Impfeffektivitäten (Wirksamkeiten)

Eine hohe Anzahl aktiver Fälle und eine relativ hohe Impfquote können also dazu führen, dass die Zahl der Impfdurchbrüche steigt. Dann nimmt auch die Wahrscheinlichkeit zu, dass unter den Personen, die mit einer SARS-CoV-2-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert werden, auch geimpfte Personen sind. Aber auch ein steigender Anteil Geimpfter an hospitalisierten Fällen bedeutet nicht, dass die Impfung nicht wirksam ist. Vielmehr ist es so, dass bei einer hohen Impfquote die Gesamtzahl hospitalisierter Fälle geringer ist als bei einer niedrigen Impfquote. Diese Infografik verdeutlicht die Zusammenhänge.

Stand: 02.12.2021"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html **- als Anlage B 244 -**

Beispiel:

20% Impfquote = 20% Anteil der Geimpften an den symptomatischen, asymptomatischen und hospitalisierten und ITS-Fällen.

40% Impfquote = 45% Anteil der Geimpften an den symptomatischen, asymptomatischen und hospitalisierten und ITS-Fällen.

Dies ist zumindest ein Indiz dafür, dass die Impfeffektivität bestenfalls gering ist und nicht ansatzweise mit herkömmlichen Impfstoffen wie den Masern Kombi-Impfstoffen oder dem Tetanus-Impfstoff zu vergleichen ist.

Und auch der dritte Link in der oben zitierten gemeinsamen Presseerklärung ist nicht verständlich. Dort heißt es: "Bei einer niedrigen Impfquote ist die absolute Zahl an Covid-19-Patienten im Krankenhaus hoch". Wir haben doch heute, rund 13 Monate nach Beginn der Impfkampagne mit einem Booster-Anteil von mehr als 50% und einem Anteil der Doppel-Geimpften von mehr als 70% deutlich mehr Covid-19-Patienten im Krankenhaus als noch vor einem Jahr oder vor 15 Monaten?! Allein die Todeszahlen pro Tag legen dies sehr nahe. Zu Höchstzeiten wurden 1000 Todesfälle pro Tag gemeldet, von denen die allermeisten im Krankenhaus gestorben sein dürften. Heute sterben pro Tag nach offiziellen Angaben um die 170 Personen. Aber selbst wenn die Ausgangsthese stimmen würde. Wenn dann gesagt wird, dass das an den neuen Mutanten liege, dann ist das doch der erneute Beweis, dass jedenfalls die derzeitigen Impfungen gegen die derzeitige Omikron-Variante fast gar nichts bringt.

Teilweise immerhin sehr ehrlich, aber in Sachen Sachverhaltsaufklärung weiterhin gänzlich unbefriedigend, sind die folgenden Darlegungen des RKI:

"*Einen Teil der Fälle fehlen zudem Angaben zu Symptomen, Hospitalisierung und Betreuung auf Intensivstation, ebenso wird nicht nach dem Grund für eine Hospitalisierung und den Tod differenziert.*

Die hier aufgeführten Werte müssen aus den oben genannten Gründen mit Vorsicht interpretiert werden und dienen vor allem der Einordnung der Impfdurchbrüche und einer ersten Abschätzung der Impfeffektivität."

RKI-Wochenbericht, bereits vorgelegt als **Anlage B 244**, dort s. 31

22 Monate nach der Ausrufung der Pandemie und der Durchführung des ersten Lock-Downs gibt das RKI zu, dass es nicht willens ist, nach den Gründen für eine Hospitalisierung und nach den Gründen für den eingetretenen Tod zu differenzieren!!! Da fehlen einem die Worte! Eine noch **brüchigere und unsubstanziierte Tatsachengrundlage** als Basis für die

gravierendsten Grundrechtseingriffe seit der Staatsgründung ist kaum vorstellbar. Das RKI will die Zahl der Fake-Covid-Patienten (hierzu wurde bereits umfangreich vorgetragen) noch nicht einmal ansatzweise in Erfahrung bringen. Immerhin aber räumt auch das RKI ein, dass seine eigenen Zahlen und damit seine eigenen Aussagen "*(…) mit Vorsicht interpretiert werden (…)*" müssen. Letzteres ist immerhin ansatzweise ehrlich, kann aber ebenfalls weder direkt noch indirekt eine verfassungsrechtlich taugliche Basis für die gravierendsten Grundrechtsrechtseingriffe des Staates seit 1949 (die DDR ausgenommen) sein. Der Bundestag verfügt daher weiterhin über keinerlei klare, transparente und wissenschaftlich fundierten Grundlage für eine mit enormen staatlichen Zwangsmitteln durchzusetzende Impfpflicht.

Zudem: Das RKI betrachtet ausschließlich die Schätzung hinsichtlich symptomatischer Fälle. Hierzu beruft sich das das RKI auf die Daten der Tabellen 3 und 4 aus seinem Bericht. Absolut betrachtet anhand der Tabelle 3, 4 und 5 sind aber die Geimpften die Pandemie-Treiber! Insbesondere was Omikron anbelangt, wobei diese Mutante gemäß Tabelle 8 des RKI-Wochenberichts vom 20.01.2022 (dort S. 39) klar dominiert (vgl. u.a. Tabelle 5 = S. 28 des RKI-Wochenberichts vom 20.01.2022 = bereits vorgelegt **Anlage B 243**). Von den 42491 symptomatischen Omikron Fällen sind nur 8088 nicht geimpft bei den 18-59 jährigen. Das sind in dieser Altersgruppe 19% Nicht-Geimpfte (was im-mer noch weit unter dem Bevölkerungsdurchschnitt der Ungeimpften liegt). Die Impfquote der Doppelt-Geimpften liegt in dieser Altersgruppe bei 81% und die der Dreifach-Geimpften bei 51%! Zum Vergleich: Als der Wochenbericht entstand betrug der Booster-Bevölkerungsanteil unter 50%, nämlich 48,9%!

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jan_2022/2022-01-20-de.pdf?__blob=publicationFile (dort S. 1) **- als Anlage B 244.1. -**

Die Impfwirkung in dieser Altersgruppe gegen Omikron beträgt somit Null gegen symptomatische Verläufe bei Doppelt-Geimpften und ist auch bei den "Geboosterten" verglichen mit deren Bevölkerungsanteil, zwar nur leicht, aber dennoch auch dort überdurchschnittlich! Es ist daher leider keine Übertreibung, wenn man festhält: Die derzeit vorhandenen Impfstoffe, deren Zulassung sich nicht auf die Omikron-Variante bezog helfen im Durchschnitt rein gar nichts, um symptomatische Erkrankungen zu verhindern!

Aber alle diese Zahlen beziehen sich nur auf den Eigenschutz. Die alleinige Betrachtung der symptomatischen Fälle führt aber zu keiner Aussage des Fremdschutzes der Impfung. Denn hierfür müsste man alle Infektionsfälle betrachten. Dazu gibt es aber keine Daten – ein weiterer Beleg für die Pandemie der Unwissenheit und des politisch gewollten Unwissens!

Gerade auch asymptomatische Geimpfte können hoch infektiös sein! Möglicherweise in Einzelfällen sogar noch stärker Superspreader sein als Ungeimpfte, weil gerade die dreifach Geimpften aus der Testpflicht entlassen werden. Das Vorgenannte wird durch eine ganze Reihe an Fallberichten belegt:

Vgl. zu Beginn der Impfungen in Halle nachgewiesen:

https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_89759980/coronavirus-alarm-aus-halle-virus-trickst-uns-aus-.html : “Doppelt geimpft, negativer Schnelltest – und trotzdem hochinfektiös:“ **- als Anlage B 245 -**

Oder das Super-Spreader-Event bei der Hochzeit unter Highly Ranked Medical Experts.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.dailymail.co.uk/news/article-10299553/Wisconsin-wedding-leads-Omicron-super-spread-Oakland-exposing-medical-professionals.html **- als Anlage B 246 -**

Ebenso in Malaga, die Mitarbeiter einer Intensivstation, die seit rund 1,5 Jahren permanent mit allen Varianten des ursprünglichen Wuhan-Sars-Covid-2-Virus in Kontakt kamen:
Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bmj.com/content/375/bmj.n3085 **- als Anlage B 247 -**

Später mussten auch sieben geimpfte und geboosterte Handballer bei der EM eine böse Überraschung.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.focus.de/sport/handball/handball-em-corona-schock-bei-der-deutschen-handball-nationalmannschaft-sieben-spieler-positiv-getestet_id_39930741.html :
“Schon zwölf deutsche Handballspieler mit Corona infiziert“ **- als Anlage B 248 -**

Bei keinem dieser Events wurde der Spreader identifiziert. Alle Geimpft - teilweise mit Auffrischung. Asymptomatische Super-Spreader Events unter Geimpften! Das RKI setzt sich mit diesem Sachverhalt noch nicht einmal ansatzweise auseinander und leistet auch hierdurch einen weiteren Beitrag für die Pandemie der Unwissenheit!

Summa summarum: Der behauptete Fremdschutz durch die Impfungen, selbst mit Auffrischungsimpfung, ist rein gar nicht bewiesen. Es gibt hier keine belastbaren Zahlen, die derart massive Grundrechtseingriffe legitimieren könnten. Bei dem Infektionsgeschehen in Deutschland muss aber davon ausgegangen werden, dass gerade auch Geimpfte hochinfektiös sind, auch wenn in der Mehrzahl der Fälle wohl symptomatisch. Daher auch die o.g. Darlegungen zu Schottland.

Wir bitten sehr höflich um zeitnahe Mitteilung des Berichterstatters bzw. der Berichterstatter. Ferner regen wir nochmals sehr höflich an, die hiesige Sache dem Senat vorzulegen und Bundestag und Bundesregierung aufgrund der Dringlichkeit und Eilbedürftigkeit der Angelegenheit nur eine verhältnismäßig kurze Frist zur Stellungnahme zu setzen. Bundestag und Bundesregierung sollten insbesondere aufgefordert werden, zu den fehlenden Daten und der fehlenden Datenerhebung Stellung zu beziehen.

Der guten Ordnung halber wird noch richtiggestellt, dass es im Schriftsatz vom 21.07.2021, dort auf S. 7, korrekterweise natürlich “Unment Clinical Need“ (anstatt “Unment Clinical Need“) heißen muss.

Die noch ausstehende Eilantragsbegründung wird voraussichtlich bis spätestens Mittwoch vorab per Fax versendet werden.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 199 – B 248

27. Januar 2022

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird das Hauptsacheverfahren der Verfassungsbeschwerde wie folgt begründet. Die Eilantragsbegründung wird vermutlich noch heute vorab per Fax eingereicht werden.

XI. Weitere schwerpunktmäßig juristische Argumente für die Annahme der Verfassungswidrigkeit des Impfplicht-Gesetzes

1.) Klarer und evidenter Verstoß gegen Art. 3 I GG durch Diskriminierung der in Pflege-heimen tätigen Pflegekräften gegenüber Pflegekräften, die in privaten Häusern Pflege-arbeit verrichten.

Die hiesige Beschwerdeführerin Nr. 38 arbeitet als Pflegekraft in einem Pflegeheim. Sie unterliegt dem neuen Impfpflichtgesetz. Sie wird hierdurch durch den Gesetzgeber ohne hinreichend sachlichen Differenzierungsgrund ungleich behandelt verglichen mit der Gruppe derjenigen Pflegekräfte, die pflegebedürftige Personen (z.B. solche, die aufgrund fehlender finanzieller Mittel und / oder aufgrund fehlender Pflegeheimplätze) in deren Wohnungen pflegen. Die gleiche Pflegearbeit der gleichen Berufsgruppe wird hier im Hinblick auf die Verpflichtung, sich (dauer-)impfen zu lassen, völlig unterschiedlich behandelt. Der nachfolgende NDR-Bericht bringt die Thematik gut auf den Punkt:

“***Kritik an fehlender Impfpflicht für private Pflegekräfte***

Stand: 21.01.2022 21:01 Uhr

Am 15. März tritt für das Gesundheits- und Pflegepersonal eine Corona-Impfpflicht in Kraft. Sie gilt aber nicht für Pflegekräfte mit privatrechtlichen Verträgen. Experten sehen Regelungsbedarf.

Bei den privaten Pflegekräften handelt es sich meist um osteuropäische Frauen, die von den Pflegebedürftigen selbst oder deren Familien organisiert und bezahlt werden. Die Haushalte schließen privatrechtliche Verträge mit Firmen im Ausland und über Vermittlerdienste in Deutschland. Die im Fachterminus Betreuungskräfte genannten Pflegerinnen seien von der Impfpflicht juristisch nicht erfasst, teilte das niedersächsische Gesundheitsministerium am Donnerstag auf Anfrage des NDR in Niedersachsen mit.

1 Min
Weil: Impfpflicht für Pflegekräfte kommt

Um verletzliche Gruppen zu schützen, haben sich die Ministerpräsidenten auf eine Impfpflicht für Pflegekräfte geeinigt. (18.11.2021)

Ärzte kritisieren die Impflücke

Konkret bedeutet dies: Die Betreuungskräfte müssen sich nicht impfen lassen. Der niedersächsische Hausärzteverband hält die fehlende Impfpflicht für fragwürdig. Die Hausärzte und -ärztinnen wünschten sich, dass ihre Patientinnen und Patienten sicher von geimpftem Personal gepflegt und betreut würden, so ein Sprecher. Die Ärztekammer Niedersachsen nennt die fehlende Impfpflicht in diesem Bereich "nicht konsequent". Sprecher Thomas Spieker appellierte an den Gesetzgeber, in diesem Punkt nachzubessern. So auch der Bremer Pflegewissenschaftler Stefan Görres: "Da muss eine Lücke geschlossen werden, da ist der Gesetzgeber gefragt", sagte er. Im Umgang mit den Patientinnen und Patienten sei ein Impfschutz wichtig.

Patientenschutzbeauftragte sieht moralische Pflicht

Die Landespatientenschutzbeauftragte bedauert die Ausnahmeregelung. "Unter dem derzeitigen Rechtsrahmen sehe ich jedoch eine moralische Verpflichtung, sich gegen das Coronavirus impfen zu lassen. Jeder Mensch hat die moralische Pflicht, seine Mitmenschen vor Krankheit zu schützen und das Gemeinwohl zu unterstützen, insbesondere dann, wenn man sich beruflich um alte oder kranke Menschen kümmert", sagte Nicole Sambruno Spannhoff.

Kritik auch auf Bundesebene

Der gesundheitspolitische Sprecher der CDU im Bundestag, Tino Sorge, forderte die Bundesregierung auf, sich des Problems anzunehmen. Privat organisierte Pflegekräfte dürften bei der Impfpflicht nicht übersehen werden - zumal sie oft in enger häuslicher Gemeinschaft mit den Betreuten lebten. Ähnlich äußerte sich der pflegepolitische Sprecher der Linken, Ates Gürpinar. Er findet aber, private Pflegekräfte sollten dann auch beim Arbeitsschutz gleichgestellt werden und Anspruch auf Corona-Boni haben. Laut einem Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums ist man sich des Problems in Berlin bewusst. Ob und wie die Impfpflicht auf private Pflege- und Betreuungskräfte ausgedehnt werden könnte, werde in den Fachgremien diskutiert, hieß es.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/Kritik-an-fehlender-Impfpflicht-fuer-private-Pflegekraefte,impfpflicht218.html **- als Anlage B 249 -**

Es handelt sich um eine Ungleichbehandlung, die sich massiv auf grundgesetzliche garantierte Freiheiten auswirkt, nämlich vor allem auf die Freiheit der körperlichen Unversehrtheit, auf das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf Berufsfreiheit (Art. 2 II 1, 12 I GG). Daher steht dem Gesetzgeber insoweit allenfalls ein sehr enger Beurteilungsspielraum zu. Es ist aber kein sachlich-infektionsmedizinischer Grund ersichtlich anzunehmen, dass von ungeimpften Pflegekräfte, die in Pflegeheimen arbeiten und die wenig Zeit mit relativ vielen pflegebedürftigen Personen verbringen, per se eine viel größere Gefahr ausgeht als von ungeimpften Pflegekräften, die vielleicht zwei oder drei pflegebedürftige Personen je in Teilzeit pro Woche auf privatvertraglicher Basis in deren Privatwohnungen pflegen. Im Gegenteil, die Pflegekräfte, die in Pflegeheimen arbeiten, haben zwar pro Tag mit mehr Menschen Kontakt, dafür aber viel kürzer verglichen mit den Pflegern auf privatvertraglicher Basis. Das Infektionsrisiko ist daher wegen der geringeren Zeit, die ein Pfleger im Pflegeheim mit einer zu pflegenden Person verbringt, viel geringer als bei denjenigen Gruppen an Pflegekräften, die Verträge mit den zu pflegenden Personen selbst abschließen und diese in privaten Wohnungen und Häusern pflegen. Es lässt sich daher kein hinreichender sachlicher infektionsmedizinischer Differenzierungsgrund für die Total-Privilegierung der Pflegekräfte, die auf privatvertraglicher Basis tätig sind, finden. Ein solcher ergibt sich insbesondere auch nicht aus den Gesetzgebungsmaterialien und den parlamentarischen Diskussionen während des Gesetzgebungsverfahrens. Der Verstoß ist daher offensichtlich und er wiegt auch schon angesichts der verfassungsrechtlichen Bedeutung des allgemeinen Gleichheitsgrundsatzes schwer. Eine bloße Unwirksamkeitserklärung, die sowie die absolute Ausnahme darstellt, ist ausgeschlossen, da diese nur dann in Betracht kommt, wenn nur und ausschließlich ein Verstoß gegen Art. 3 I GG vorliegt. Vorliegend wird jedoch noch in eine große Vielzahl anderer Grundrechte eingegriffen.

2.) Die dynamische Verweisung in § 20a I, VI BIfSG n.F. verstößt gegen die Judikatur des VGH München und des Bundesverwaltungsgerichts.

Vgl.

“*In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist geklärt, dass ein Normgeber unter engen Voraussetzungen nicht nur auf eigene, sondern auch auf Regelungen anderer Normgeber verweisen darf (BVerwG, U.v. 26.3.2015 – 5 C 9.14 – BVerwGE 151, 386 Rn. 25 und – 5 C 8.14 – juris Rn. 25). Selbst die Verweisung auf Regelwerke, die von nichtstaatlichen Normungsgremien geschaffen wurden, ist nicht generell ausgeschlossen, solange für den Rechtsunterworfenen klar erkennbar ist, welche Vorschriften für ihn im Einzelnen gelten sollen (BVerwG, U.v. 27.6.2013 – 3 C 21.12 – BVerwGE 147, 100 Rn. 39). Dies darf hingegen nicht in einer Weise geschehen, die dazu führt, dass der Bürger schrankenlos einer Normsetzungsgewalt ausgeliefert ist, die ihm gegenüber weder staatlich noch mitgliedschaftlich legitimiert ist. Das widerspräche sowohl dem Rechtsstaatsprinzip, wonach Einschränkungen der Freiheit des Bürgers, soweit sie überhaupt zulässig sind, nur durch oder aufgrund staatlicher Gesetze erfolgen dürfen, als auch dem Demokratieprinzip, wonach die Ordnung eines nach dem Grundgesetz staatlicher Regelung offenstehenden Lebensbereichs auf eine Willensentschließung der vom Volk bestellten Gesetzgebungsorgane zurückgeführt werden muss. Nur soweit der Inhalt der von einem anderen Normgeber erlassenen Regelungen im Wesentlichen feststeht, genügt die verweisende Norm den Anforderungen, die sich aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaats- und dem Demokratieprinzip ergeben. Für die Beantwortung der Frage, ob diese einer dynamischen Verweisung von Verfassungs wegen gezogenen rechtlichen Grenzen eingehalten wurden, kommt es neben dem Sachbereich und der damit verbundenen Grundrechtsrelevanz wesentlich auf den Umfang der Verweisung an (stRspr, vgl. BVerwG, U.v. 27.6.2013 – 3 C 21.12 – BVerwGE 147, 100 Rn. 42 f. m.w.N.). Dynamische Verweisungen sind daher grundsätzlich zulässig, wenn der Verweisungsumfang “eng bemessen“ ist. Bei einer begrenzten Bandbreite der zur Überprüfung stehenden Verweisung kann davon ausgegangen werden, dass der verweisende Verordnungsgeber die in Bezug genommenen Regelungen im Blick behält, so dass er auf den vorgegebenen Rahmen sprengende oder von ihm nicht gewünschte Änderungen umgehend reagieren kann (BVerwG, U.v. 27.6.2013 – 3 C 21.12 – BVerwGE 147, 100 Rn. 44 und vom 26.3.2015 – 5 C 9.14 – BVerwGE 151, 386 Rn. 25 sowie – 5 C 8.14 – juris Rn. 25).*“

VGH München, Beschluss vom 28.07.2020, Az. 20 NE.201609, Rn. 42 – juris

Das RKI und das PEI sind schon keine Normgeber im o.g. Sinne. Sie können auch nicht gleichgesetzt werden mit nichtstaatlichen Normungsgremien, die von Privaten erarbeitete technische Standards zu anwendbarem Recht erklären. Selbst wenn man aber all dieses anders sehen wollte, kann nicht im Ansatz die Rede davon sein, dass die Verweisung in § 20a I BIfSG auf die Ausnahmenschutzverordnung “eng bemessen” wäre. Diese könnte im Gegenteil kaum größer sein (“in der jeweiligen Fassung”). Die Verweisung kennt keinerlei Grenzen. Somit sind die Maßstäbe des VGH München und auch der ständigen Judikatur des Bundesverwaltungsgerichts, welche nicht im Widerspruch zur Judikatur des Bundesverfassungsgerichts stehen und die Art. 20 II, III GG korrekt auslegen, verletzt.

Schließlich ist wegen des engen Bezugs der beiden Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG zur Menschenwürdegarantie des Art. 1 I GG bereits anzunehmen, dass die Übernahme der Kontrolle über den individuellen Körper durch staatliches Gesetz bzw. durch staatliche Bundesverordnung bzw., noch genauer, durch die Änderung von Internetseiten des PEI und des RKI bereits keinen “*(…) nach dem Grundgesetz staatlicher Regelung offenstehenden*

Lebensbereich(s) (…)" darstellt. Soweit der neue Gesundheitsminister allen Ernstes verkündet, dass das Impfen keine private Entscheidung (mehr(?) – war es das aus seiner Sicht in der Vergangenheit(?)) sei, dass das Impfen (wieder einmal und immer) noch der Gamechanger sei, gleichzeitig Corona uns aber noch Jahre beschäftigen würde,

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/gesundheitsminister-lauterbach-werden-corona-in-meiner-amtszeit-nicht-besiegen-78503852.bild.html **- als Anlage B 250 -**

so ist das verfassungsrechtlich gänzlich unhaltbar.

In dem Interview gemäß Anlage B 250 ging Lauterbach noch davon aus, dass es eine Pandemie der Ungeimpften geben würde (was längst durch die neuen RKI-Zahlen – trotz seit Wochen zunehmender auch Booster-Impfungen – widerlegt ist), dass vor allem Ungeimpfte die Intensivstationen belasten würden (was zumindest nicht bewiesen ist, da, wie dargelegt, wesentliche Fakten staatlicherseits gar nicht erst ermittelt werden, insbesondere, was den Grund der Hospitalisierungen anbelangt) und dass man nicht wissen würde, ob die Omikron-Mutante gefährlicher sei als die Delta-Variante (heute ist es ganz klar, dass Omikron viel weniger gefährlich ist als die Delta-Variante). Aber unabhängig davon ist diese Aussage, die letztlich auch dem hiesigen Gesetz zu Grunde liegt, schockierend. Wo soll ein solcher Grundgedanke hinführen? Mit dem gleichen Argument könnte man auch Verpflichtungen zur (einmaligen) Nierenspende rechtfertigen, da Organtransplantationen im Gegensatz zu den Corona-Impfstoffen schon seit Jahrzehnten praktiziert werden und somit nach Herrn Lauterbach wohl auch "sicher" sein dürften, weil die meisten Nierenerkrankungen auch selbstverschuldet sind (z.B. durch jahrelange ungesunde Ernährung, selbst verschuldete Diabetes u.a.) und unstreitig das Gesundheitssystem belasten.

Es ist Aufgabe der Verfassungsrechtsprechung dieser Politik der staatlichen (Dauer-)Verfügbarkeit und -Verfügbarmachung über den individuellen Körper des Bürgers einen deutlichen und effizienten Riegel vorzuschieben. Insbesondere Vorrats-Impfanordnungen des Staates i. S. d. § 20a IV BIfSG n.F. müssen ausnahmslos gestoppt werden.

3.) Verstoß gegen Art. 11 I GG i. V. m. Art. 19 I 2 GG – keine verfassungskonforme Auslegung möglich bzw. eine solche würde zwingend zu einem Verstoß gegen Art. 3 I GG führen

Ein Zutrittsverbot und Tätigkeitsverbot jedenfalls für Bereitschaftsärzte, die sich nicht impfen lassen wollen und die auch nicht genesen sind, wäre eindeutig mit Art. 11 I GG unvereinbar.

Freizügigkeit i.S.d. Art. 11 I GG bedeutet die Möglichkeit, an jedem Ort innerhalb des Bundesgebietes Aufenthalt und Wohnsitz zu nehmen. Der Schutzbereich dieses Grundrechts ist weit.

BVerfGE 2, 266/273; 80, 137/150; Gratzy in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, GG, Kommentar, 14. Auflage 2018, Art. 11 Rn.15

Dabei bestimmt sich der Wohnsitz nach § 7 BGB, welcher grundsätzlich auch an mehreren Orten bestehen kann.

Die Definition des Aufenthaltes ist jedoch deutlich weiter. Ein Aufenthalt wird dann zugrunde gelegt, wenn jemand die Absicht hat, an einem bestimmten Ort eine bestimmte Weile zu verbleiben. Umstritten mag zwar sein, ab wann von einer Aufenthaltsnahme gesprochen werden kann. Zum Teil wird gar keine zeitliche Grenze vorausgesetzt. Teils wird wenigstens eine Übernachtung gefordert. Die vermutlich überwiegende Auffassung verlangt lediglich eine gewisse Bedeutung des Aufenthalts für den Betroffenen.

BVerwGE 3, 308, 312

Gratzy in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, a.a.O., Rn. 14; Anton in: Hömig/Wolff, GG, Handkommentar, 12. Auflage 2018, Art. 11 Rn 4: "Der Verweildauer und dem Zweck des Ortswechsels können dabei nur indizielle Wirkung zukommen."

Bei Bereitschaftsärzten, insbesondere solchen niedergelassenen Praxen und in Krankenhäusern, ist es durchaus üblich, dass ein Arzt deutlich mehr als 24h an einem Ort verbringt und ggf. auch eine ganze Nacht übernachtet. Somit ist jedenfalls für diese Berufsgruppe ein Eingriff in den Schutzbereich auch nach der strengsten Literaturauffassung gegeben. Dass ein solch langer Aufenthalt von erheblicher zeitlicher, finanziell-beruflicher und räumlicher Bedeutung ist, kann nicht ernsthaft in Abrede gestellt werden.

Die verfassungsrechtlichen Zutritts- und Tätigkeitsverbote für diese Berufsgruppe scheitert daher offensichtlich an Art. 19 I 2 GG.

Eine verfassungskonforme Auslegung ist nicht möglich bzw. wenn man dies anders sehe, läge eine eklatante Ungleichbehandlung vor. Warum sollte z.B. die Impfpflicht nur für die hiesigen Beschwerdeführer Nr. 4 und Nr. 44 gelten, die nicht übernachten, d.h. sich kürzere Zeit in der Klinik aufhalten, der länger am Stück anwesende und sogar übernachtende und nicht selten nach der Übernachtung am frühen Morgen weiter arbeitende Klinik-Bereitschaftsarzt, der aber darf weiterhin ungeimpft tätig sein??! Es liegt auf der Hand, dass eine solche verfassungskonforme Auslegung, die zu einem mindestens ebenso verfassungswidrigen Verstoß gegen Art. 3 I GG führen würde, wie der ebenfalls evidente Verstoß gegen Art. 19 I 2 GG nicht zulässig sein kann.

XII. Weitere medizinische Argumente für die Bejahung der Unverhältnismäßigkeit des Eingriffs

1. Nochmals: Strukturelle Mängel schon im Bereich der Impfschadensmeldungen (auch) in Deutschland – der praktische Fall, der leider kein atypisch-seltener Ausnahmefall ist

Herr Xxxx Xxxxxx wurde Opfer des Moderna-Impfstoffs und hat sich bereit erklärt, folgende Berichte an Eides statt zu versichern:

Er hat seinen Impfschaden bis heute nicht überwunden.

Im Einzelnen:

"*Zuerst etwas zu mir: Ich heiße Xxxx Xxxxxx, bin 1992 geboren. Seit vielen Jahren befasse ich mich sehr intensiv mit Naturwissenschaften und, nebenbei erwähnt, auch mit der japanischen Sprache. Wegen meines Impfschadens ist meine berufliche Situation derzeit unklar.*

Am 11.05.2021 erhielt ich damals meine erste Moderna-Impfung. Zu dieser Zeit wurde der Moderna-Impfstoff hoch gelobt. Am 02.06.2021 wachte ich nachts ohne bekannten Grund auf und hatte Herzrasen, leichte Atemnot und nasskalte Füße. Herzstolpern und Palpitationen kamen hinzu. Als Übelkeit und ein merkwürdiges Empfinden – wie eine Kälte, die sich wie eine Welle vom Gesicht zum Brustbein bewegt – hinzukamen, entschied ich mich, meine Freundin aufzuwecken und den Notruf anzurufen. Da ich weiß, wie viel die Leute dort zu tun haben, entschied ich mich, mit meiner Freundin selbst in die Notaufnahme zu fahren. Die Symptome waren wie Schübe und die Atemnot wurde teilweise unerträglich. In der Nacht zum 03.06.2021 wurden ein Herzinfarkt und eine Lungenembolie ausgeschlossen. Auffällige Werte waren jedoch T4 (dreifach erhöht, ein Wert mit der Schilddrüse zusammenhängt) und erhöhte Leukozytenwerte, die aufzeigen, dass das Immunsystem auf Hochtouren arbeitet. Nach heutigem Wissen bin ich davon überzeugt, dass hier ein Autoimmunprozess im Gang war. Denn die Schilddrüsenhormone regulieren extrem viele Prozesse im Organismus, dies wird jeder der im Studium in Endokrinologie aufgepasst hat bestätigen können.

Mit diesen Symptomen litt ich Nacht für Nacht. Es gab keine Hilfe, nur eine Empfehlung auf ein Langzeit-EKG, welches sich später als "alles ist in Ordnung" herausstellte. Die Symptome wurden am Tag teilweise so schlimm, dass ich nur noch drei Stunden pro Nacht schlafen konnte, und bereits weniger essen konnte. Es vergingen ein paar Wochen und auf einmal war vorerst Stille.

Gegen 01.07.2021 begann ein neuer Abschnitt. Auf einmal waren Kopfschmerzen, ein Druckgefühl im Kopf, Schwindel, Benommenheit, pulssynchroner Tinnitus und Kreislaufbeschwerden Teil meines Alltags. Es ist wohl überflüssig zu erwähnen, dass ich diese und die eingangs beschriebenen Symptome als junger Mensch noch nie hatte und dass es weder in meiner Familie noch bei mir je solche medizinischen Vorkommnisse gegeben hat.

Die Symptome wurden so stark, dass ich mich nicht einmal mehr in die Hocke begeben konnte, um im Garten etwas zu gießen. Im Liegen war der Schwindel so stark, dass mir übel wurde und ich nicht schlafen konnte. Der Druck im Kopf bereitete mir große Sorgen in Bezug auf eine Sinusvenenthrombose. Zu dieser Zeit konnte ich wieder nur eine Mahlzeit pro Tag essen. Am 26.07.2021 begab ich mich mit meiner Freundin "freiwillig" in die Notaufnahme der Kopfklinik. Jeder, der mich kennt weiß, dass ich keiner der wenigen bin, der so etwas freiwillig macht. Als Kleinkind hatte ich einmal einen anaphylaktischen Schock und blieb mit

Atemnot ruhig im Bett liegen, weil ich nicht in die Notaufnahme wollte. Dort angekommen wurde eine Routinemaßnahme durchgeführt. Ein MRT wollte man nicht machen, dies war scheinbar zu kostenintensiv. Stattdessen gab es auch hier wieder nur ein Blutbild. Hier waren die Leukozytenwerte noch stärker erhöht als normal. Ich wurde am selben Tag aber wieder entlassen.

Am 27.07.2021 begab ich mich mit einem meiner besten Freunde erneut in die Notaufnahme der Kopfklinik. Zuvor wurde mir zu Hause schwarz vor Augen und die Symptome erreichten für mich ein absolut lebensbedrohliches Stadium. Atmen Sie einmal tief durch, denn folgendes geschah in der Notfallaufnahme der Kopfklinik: Ich wartete drei Stunden und wurde mit – zitiert – "Was machen Sie denn wieder hier, Sie waren doch gestern schon da?" begrüßt. Ich beharrte auf ein MRT und Aufklärung, weil meine Symptome schlimmer geworden sind. Auch sagte ich, dass die Symptome definitiv von der Impfung kommen, weil ich noch nie so krank war wie nach der einmaligen Impfung. Dies wurde abgestritten und sogar behauptet, dass Vakzine wie Moderna und BioNtech gar keine Sinusvenenthrombose verursachen könne, was zum Zeitpunkt der 27.07.2021 bereits eine falsche Information war. Dass Mitarbeiter der Intensivstationen noch nicht einmal die vom Paul-Ehrlich-Institut anerkannten, angeblich ja nur stets sehr selten vorkommenden, ernsthaften Nebenwirkungen kennen, empfinde ich noch heute schockierend; insoweit wundere ich mich nicht (mehr), dass nur ein Bruchteil der Impfschäden überhaupt erkannt wird.

Voller Verzweiflung wendete ich mich an einen Heilpraktiker. Er hat mich begleitet, wenn ich nachts aufgewacht bin, mit Herzrasen, Atemnot, mit einem halbstündigen heftigen Zittern am ganzen Körper, wenn ich Angst hatte zu sterben. Mein Weltbild über Heilpraktiker hat sich zu diesem Zeitpunkt massiv verändert, denn dieser – inzwischen Freund – war der einzige mit medizinischen Kenntnissen, der mir Halt und Hilfe geben konnte. Später konnte ich durch einen Hausarzt ein MRT bekommen und eine Sinusvenenthrombose konnte zu diesem Zeitpunkt ausgeschlossen werden.

Es vergingen wieder ein paar Wochen, bis schließlich fast nur noch eine leichte Benommenheit blieb. Gegen Mitte bzw. Ende August ging es dann aber weiter. Schmerzen hinter dem Brustbein, die in den linken Arm ausgestrahlt haben, leichte Atemnot beim Hochgehen im Treppenhaus und Schwindel begleiteten erneut meinen Alltag als junger Mensch. Bei einem anderen Hausarzt wurde nur ein Blutbild gemacht. Es hieß dann: Sie sind gesund. Ein Blutbild zeigt jedoch eben bei weitem nicht alle Parameter an, und es ist absolut fahrlässig, allein deswegen auf "gesund" zu schließen. Wie will man etwas erkennen, wenn man dessen Ursache leugnet und nicht einmal die korrekten Parameter bestimmt? Ironischerweise hat genau so ein Arzt in seiner Praxis den hippokratischen Eid hängen. Ich kämpfte wieder für mich selbst und bekam durch einen Hausarzt in Xxxxx eine Überweisung für ein Belastungs-EKG und Echokardiografie. Zu diesem Zeitpunkt war das Herz nach dessen Betrachtung voll in Ordnung, wobei jedoch keine vollständige Beurteilung der Koronargefäße stattfand. Diese Zeit war für mich besonders intensiv, denn die Schmerzen hinter der Brust wurden unerträglich. Für drei Wochen hatte ich Todesangst, ging auf die Knie und betete – als eher nicht religiöser Mensch – mit Tränen, dass ich diesen Wahnsinn überlebe.

Seitdem habe ich viel Unterstützung durch Freunde und durch den Heilpraktiker erhalten. Nach wie vor habe ich leichte Symptome – mein linker Zeigefinger und Daumen sind teilweise taub – und ich arbeite daran, diese irgendwie in den Griff zu bekommen. Während diesem ganzen Ablauf war ich nur drei Tage im Unternehmen krank. Heute ist mir nicht klar, wie ich den Alltag überhaupt bewältigen konnte.

Eine Beschwerde / Meldung an das Paul-Ehrlich-Institut habe ich vor einigen Monaten schon getätigt. Hier kam natürlich nie eine Rückmeldung. Inzwischen habe ich einen Hausarzt gefunden, der mich ernst nimmt und mir eine Impfunfähigkeitsbescheinigung ausstellen wird. Die anderen Ärzte meinten nur, ich solle doch bei der nächsten Impfung einfach BioNTech nehmen – "Danke für nichts!", kann ich da nur sagen. Ein anderer Hausarzt sagte sogar zu mir – zitiert – "Ich habe in meinen jungen Jahren als Arzt noch viel vor, daher kann ich Ihnen keine Impfunfähigkeitsbescheinigung ausstellen". Er gab mir jedoch einen Namen von einem anderen Arzt, der mich letztlich zu meinem heutigen Hausarzt geführt hat. Selbst um eine Impfunfähigkeitsbescheinigung zu bekommen, musste ich enorm kämpfen, obwohl ich drei Mal nach einer Impfung notgedrungen "freiwillig" in die Notaufnahmen ging.
Inzwischen kenne ich sogar vier Todesfälle, die kurz nach der Impfung eintraten und mehrere Leute – auch durch BioNTech – mit ernsthaften Beschwerden nach der Impfung.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Eidesstattliche Versicherung Herr Xxxx Xxxxxx **- als Anlage B 251 -**

Der Bericht ist zwar so selbsterklärend wie erschütternd, dennoch soll auf Folgendes hingewiesen werden:

1. Mitarbeiter der Intensivstation sind keineswegs immer auf dem aktuellen Stand. Die Bereitschaft, ggf. auch eine (von ihrem subjektiven, nicht aktuellen Stand aus gesehen) neue Impfnebenwirkung ergebnisoffen zu prüfen, ist, sehr gelinde formuliert, extrem ausbaufähig. Vorliegend hatte sogar bereits **Mitte April 2021** die Nicht-Fachpresse über wissenschaftliche Studien berichtet, die sehr wohl auch ein Thrombose-Risiko bei den neuen MRNA-Methoden belegen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.berliner-kurier.de/panorama/neue-studie-thrombosen-auch-bei-biontech-und-moderna-li.153105 **- als Anlage B 251.1. -**

Auch wenn beim Zeugen Xxxxxx schlussendlich eine Sinusvenenthrombose ausgeschlossen werden konnte, ist es bezeichnend, dass ihm noch Ende Juli 2021 eine solche Fehlinformation erteilt worden ist – von Fachkräften, die das im Juli 2021 aber allemal hätten wissen müssen. Es wäre auch für diese Fachkräfte wohl zu viel Arbeit gewesen,

2. Auch Hausärzte können sich des Umstandes bewusst sein, dass die Meldung "zu vieler" Impfschäden nicht unbedingt karrierefördernd ist, weil die Pharmaindustrie natürlich Einfluss auf die Ärztekammern, zumindest indirekt auch auf die Gesundheitsämter und auch auf die Politik hat.

3. Wenn denn im seltenen Fall tatsächlich von einem Bürger ein Impfschaden geltend gemacht wird, dann ist in der Praxis des PEI die häufigste Reaktion: Wochen- und monatelanges Nichtstun! Der Beschwerdeführer Nr. 5 kann dies für die Mehrzahl seiner Meldungen nur bestätigen.

Der mögliche Einwand, den der Bundestag und die Bundesregierung pauschal erheben werden, dürfte die Ausrede sein, dass es sich bei diesem Fall angeblich um einen atypischen Einzelfall handeln würde. Dem ist nicht so! die Tatsache, dass gleich mehrere Ärzte den Impfschaden noch nicht einmal prüfen Schon wollten, spricht genauso dagegen wie der Umstand, dass auch die Mitarbeiter der Intensivstationen “keine Lust“ hatten, sich damit zu befassen, klar gegen eine solche Annahme. Hinzukommen natürlich noch andere Gründe (Entdeckungsrisiko für einen Arzt, der pflichtwidrig einen Impfschaden meldet = nahezu Null) sowie die bereits dargelegten anderen strukturellen Mängel (etwa: das PEI darf nicht eigenständig Obduktionen anordnen).

XII. Weiterer medizinischer, vorerst abschließender Vortrag, um die Unverhältnismäßigkeit der neuen gesetzlichen Impfpflicht zu belegen

1.) Weitere deutliche Indizien für zu viele ernsthafte Nebenwirkungen durch die neuen notfallzugelassenen Impfstoffe

Insoweit wird auf die wissenschaftliche Abhandlung von Buchhorn et al

“*Autoantibody Release in Children after Corona Virus mRNA Vaccination: A Risk Factor of Multisystem Inflammatory Syndrome?*“

verwiesen. Dieser Artikel passt sehr gut zur Symptomatik der obigen Schilderungen von Herrn Xxxxxx, vor allem, was die Störung der Schilddrüse anbelangt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Wissenschaftliche Abhandlung
“*Autoantibody Release in Children after Corona Virus mRNA Vaccination: A Risk Factor of Multisystem Inflammatory Syndrome?*“ **- als Anlage B 252 -**

Die COVID-19 Erkrankung betrifft nicht nur die Lunge. Neben einer Lungenentzündung oder in manchen Fällen sogar ohne Lungenentzündung kommt es zu einem Entzündungssyndrom im gesamten Körper in allen Organen. Bei diesem Entzündungssyndrom kann man diese Autoantikörper finden. Leider ist dies kaum bekannt und wird nicht untersucht nach Impfung. Ebenso wie bei der Infektion ist an diesen Fällen gezeigt, dass auch die Impfung zu diesem Entzündungssyndrom führt, und zwar mit messbaren Antikörpern. Das autoimmune Entzündungssyndrom ist somit bewiesen. Es ist eine Krankheit infolge der Impfung, die nicht nur einen Namen hat, sondern die man quantitativ messen kann. Das “Tückische“ daran ist, dass sich spürbare Folgen erst Wochen oder gar Monate später zeigen können und nicht immer direkt innerhalb von wenigen Tagen

oder maximal 2 Wochen nach den Impfungen. Deshalb wird diese gefährliche Impf-Nebenwirkungen derzeit nur in wenigen Fällen als solche erkannt.

In der vorgenannten Abhandlung wird aufgezeigt, dass infolge der Impfungen Autoimmunreaktionen ausgelöst werden können, die man anhand von Autoantikörpern bestimmen kann. Das MIS-C oder MIS-A Syndrom (= Multi-System-Inflammatory Syndorm C = children; A= adult). Nach der Impfung kann dies ebenfalls auftreten. Nach einer Impfung kann das ebenfalls eintreten, dann spricht man vom MIS-V Syndrom (V = vaccine), welches eine Krankheit ist und die man messen kann. Man muss nicht mal unbedingt zu Beginn Symptome spüren. Es ist möglich, dass das Entzündungssyndrom infolge der Impfung erst Monate später auftritt. Die als **Anlage B 252** beigefügte wissenschaftliche Abhandlung enthält 2 Fallberichte des MIS-V Syndroms:

1.) Ein junger Mann, der mit 18 Jahren geimpft wird. 10 Wochen nach der 2. Impfung begannen die Symptome. Fieber, Entzündungszustände, Herzprobleme traten auf. Aufgrund dieser Symptome hat man die Autoantikörper bestimmt. Es stellte sich heraus, dass Werte so stark erhöht waren wie bei einem schweren COVID-19-Verlauf! Doch das Vorliegen einer Corona-Infektion konnte sicher ausgeschlossen werden. Für den jungen Mann waren zahlreiche und auch teure medizinische Behandlungen erforderlich.

2.) Der zweite Fall betrifft ein junges Mädchen, 13 Jahre alt, mit einem bereits bestehenden Herzfehler und einem Herzschrittmacher seit dem 1. Lebensjahr. Vor der Impfung wurde dann noch ein erhöhter TSH-Wert, d.h. eine autoimmune Schilddrüsenerkrankung festgestellt. Die Eltern wollten die Impfung aus Sorge vor einer Corona-Infektion. Doch man hat sorgfältig diese Autoantikörper überprüft. Vor der Impfung und danach.

Das Mädchen hatte keine Symptome nach den Impfungen, aber der Herzschrittmacher zeigte eine starke Erhöhung der erforderlichen Schrittmacher-Signale: Vor der Impfung 8.7, nach der 1. auf 10,5% und nach der 2. Impfung auf 19.5% an (gemäß Definition ist die Percentage of Atrial Pacing grob der Anteil an Herzzyklen pro Minute, bei denen der Schrittmacher den Impuls geben muss). Somit hat sich ergeben, dass die herzeigene Schrittmacherfunktion des Herzens infolge der Impfung gestört wird. Es schlägt einfach nicht mehr und der Schrittmacher muss häufiger ein Signal geben. Bei dem Mädchen hat sich diese Thematik infolge der Impfung verstärkt, d.h. immerhin mehr als verdoppelt!

Nach der 2. Impfung hat die Fehlfunktion der Schilddrüse zugenommen (der TSH Wert stieg auch um das 3-fache an nach der 2. Impfung) und die Hormongabe musste erhöht werden.

Dieser Fall des jungen Mädchens ähnelt dem obigen Fall von Herrn Xxxx Xxxxxx. Ein erhöhter TSH Wert zeigt eine Fehlfunktion der Schilddrüse (Anmerkung: TSH bewirkt, dass die Schilddrüse T3 und T4 produziert). Wenn die Schilddrüse zu wenig Hormone produziert, dann schüttet die Hypophyse mehr TSH aus. Das belegt dann, dass zu wenig T3 und T4 im Blut ist.

Gerade das Beispiel des jungen Mädchens zeigt, wie komplex diese völligen neu-en Impfstoffe und völlig neuen Impfmethoden in die autonomen (also nicht durch unser Bewusstsein gesteuerten) Körperfunktionen eingreifen können und diese stören können.

Auch deshalb bedarf es dringender umfangreicher fachlicher, wissenschaftlich fundierter ergebnisoffener Studien, die all diese Phänomene ergebnisoffen abklären! Dass das PEI und das RKI hierauf überhaupt nicht reagieren und nur “business as usual“ betreiben, ist aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht bestenfalls unverständlich!

Das Vorgenannte belegt die zunehmenden “Plötzlich und unerwartet – Verstorben Fälle“. Nachfolgend weitere Beispiele, wobei man den Stil der nachfolgenden Berichte nicht unbedingt mögen muss, aber sie belegen doch, dass es bei Geimpften auffällige zeitliche Zusammenhänge mit einem viel zu frühen Tode gibt, egal, ob 13 oder 52 Jahre alt

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/sohrab-lutchmedial-cardiac-surgeon-obituary-1.6242359 **- als Anlage B 253 -**

2.
https://thecovidblog.com/2021/11/09/sohrab-lutchmedial-52-year-old-canadian-cardiologist-tells-the-non-vaxxed-i-wont-cry-at-your-funeral-dead-two-weeks-after-third-booster-mrna-injection/ **- als Anlage B 254 -**

Der kanadische Kardiologe Dr. Sohrab Lutchmedial, der dreifach-geimpft gewesen war, lag tot im Bett nach Erhalt seiner Auffrischungsimpfung - er hat seine Impfungen auf Twitter gepostet - daher öffentlich. Am 24.10.2021 erhielt er die Auffrischungsimpfung, und am 8. November lag er tot im Bett. Nur 52 Jahre alt, gemäß allen im Internet auffindbaren Bildern sehr schlank, d.h. nicht übergewichtig. Obduziert wurde auch dieser äußerst ungewöhnlich frühe Tod im nahen zeitlichen Zusammenhang mit der Booster-Impfung natürlich, wie fast immer, nicht. Aber schon der zeitliche Zusammenhang legt eine objektive Aufklärungsbedürftigkeit auch dieses Falles und eine Ursächlichkeit der Impfung zumindest nahe. Nicht rechtzeitig behandelt führen die Autoantikörper zu irreversiblen Schäden. Die Autoantikörper induziert durch die Impfung stören die Schrittmacherfuntion des Herzens. Zerstören diese Nervenzellbündel im Herz, die den Takt geben. Das spürt man nicht mal unbedingt, das Herz bleibt einfach stehen.

Weitere Fälle:

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.the-sun.com/news/3221929/teen-dies-days-pfizer-coronavirus-vaccine-michigan/ (13 Jahre alter, gesunder Junge stirbt drei Tage nach der Impfung im Bett)
- als Anlage B 255 -

2. https://www.mdr.de/brisant/kind-corona-impfung-tot-100.html

“***Herzerkrankung Corona-Impfung nicht alleinige Todesursache bei 12-Jährigem***
Stand: 16. November 2021, 17:17 Uhr

Der Fall hat für Aufsehen gesorgt: Ein 12-jähriger Junge verstarb nach seiner zweiten Corona-Impfung. Jetzt steht fest, dass die Impfung nicht der alleinige Auslöser für den Tod waren.

Ein 12-jähriger Junge aus dem Landkreis Cuxhaven ist zwei Tage nach seiner Zweitimpfung gestorben.

Die Impfung gegen das Corona-Virus ist nach dem abschließenden Obduktionsbericht nicht die alleinige Ursache für den Tod eines 12-jährigen Jungen im Kreis Cuxhaven. Laut einer Stellungnahme des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI) habe bei dem Kind "eine besonders schwere, impfunabhängige Vorerkrankung des Herzens" vorgelegen, teilte der Landkreis Cuxhaven mit. "Unter Berücksichtigung der umfangreichen medizinischen Befunde ist die Impfung nicht als alleiniger Auslöser des tödlichen Ausgangs zu sehen", heißt es in der Mitteilung.

Mitgefühl für die Eltern

Das Kind war zwei Tage nach der Zweitimpfung gestorben. "Auch wenn die endgültige Bewertung des Obduktionsergebnis des Kindes nun vorliegt, bleibt für die Familie und Angehörigen der tragische Verlust Ihres Kindes, der unendlich schmerzhaft ist und uns alle tief berührt. Ihnen gehört unser vollstes Mitgefühl", betonte Landrat Kai-Uwe Bielefeld.
Todesfälle extrem selten

Gemeldete Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit einer Corona-Impfung bei Kindern und Jugendlichen sind extrem selten. Das PEI führt bis 30. September fünf solcher Verdachtsfälle bei Menschen zwischen 12 und 17 Jahren auf, die sich auf eine Impfung mit dem Biontech-Mittel beziehen. Bei mindestens drei der Jugendlichen bestanden laut PEI schwere Vorerkrankungen. Bislang sind laut Robert Koch-Institut zwei Millionen Menschen zwischen 12 und 17 Jahren in Deutschland vollständig geimpft, das entspricht 43,9 Prozent (Stand 15.11.).“

- als Anlage B 256 -

Im letzten Fall wird zumindest eine Mitschuld durch die Impfung konzediert; sehr zutreffend auch die letzte Formulierung:

“Gemeldete Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit einer Corona-Impfung bei Kindern und Jugendlichen sind extrem selten.“

Es wird aber eben in der Praxis viel zu wenig gemeldet und viel zu wenig obduziert (zu den strukturellen Impfschadensmelde-Problemen wurde bereits umfassend vorgetragen). Die extrem geringe Meldebereitschaft betrifft aber alle Impfschäden und erheblichen Nebenwirkungen und bei weitem nicht nur Todesfälle.

Der vorzitierte Fall belegt immerhin auch gleich zwei Verdachtsfälle bei toten Kindern, die keine Vorerkrankungen hatten. Zu “normalen“ Zeiten wäre ein solcher Impfstoff weder (notfall)zugelassen worden noch wäre ein solcher Impfstoff, wenn er denn aus welchen Gründen auch immer doch zugelassen worden ist, weiter verimpft worden. Auch ist der

Hinweis auf die Vorerkrankungen natürlich hanebüchen, denn die Impfung soll ja angeblich vor allem auch die Personen mit Vorerkrankungen schützen! Das allermindeste wäre es daher, dass das Impfpflichtgesetz Personen mit Vorerkrankungen bis auf Weiteres ausnimmt. Da das nicht geschehen ist, ist das Gesetz unverhältnismäßig – und es kann niemand ernsthaft von der früheren hiesigen Beschwerdeführer Nr. 33 und deren Eltern und auch nicht von den neuen Beschwerdeführern Nr. 45 und 46, die eine Fürsorgepflicht haben, verlangen, dass das 13 Jahre alte Mädchen geimpft wird, noch dazu mehrfach (aktuell sind ja 3 Impfungen der "Standard", laut Herr Prof Dr. Lauterbach soll bald die 4. Impfung sehr wahrscheinlich kommen).

2.) Prof. Dr. Kuhbandner hat ein Gutachten erstellt, das einen Zusammenhang mit der – mittlerweile unstreitigen – extrem hohen Übersterblichkeit in Deutschland und in allen anderen "Impfländern" zumindest nahelegt. Er hat sich auch ausdrücklich damit befasst, ob diese Übersterblichkeit nicht ggf. auf Corona-Erkrankungen und / oder auf anderen Gründen beruhen könnte. Beides konnte mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Zusammenfassung des Gutachtens lautet:

"***Der Anstieg der Übersterblichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit den COVID-Impfungen***
(*Aktueller Stand der Analysen: 21.01.2022)*
Prof. Dr. Christof Kuhbandner

Kurzzusammenfassung

Seit vielen Wochen versterben in Deutschland und europaweit deutlich mehr Menschen als in den Vorjahren (Übersterblichkeit). Die Gründe dafür sind nach vor nicht zufriedenstellend geklärt. In den folgenden Analysen wird untersucht, inwiefern möglicherweise ein Zusammenhang zwischen der beobachteten Übersterblichkeit und der Anzahl der verabreichten COVID-Impfungen besteht. Dazu wird anhand der vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Sterbefallzahlen, der vom RKI veröffentlichten Zahlen zur Anzahl der COVID-Todesfälle (Sterbedatum) und der Anzahl der verabreichten Erst-, Zweit- und Booster-Impfungen, sowie der von Our World in Data veröffentlichten Daten zur Anzahl der Booster-Impfungen und der Übersterblichkeit in verschiedenen Ländern analysiert, inwiefern der Verlauf der Übersterblichkeit mit dem Verlauf der Impfungen zeitlich zusammenhängt.

Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl der Verlauf der Todesfälle im Jahr 2021 als auch der Verlauf der Übersterblichkeit mit einer leichten Zeitverzögerung nahezu exakt den Verlauf der Erst-, Zweit- und Booster-Impfungen widerspiegelt: Steigt die Anzahl der Impfungen, steigt kurz darauf auch die Anzahl der Todesfälle bzw. Übersterblichkeit, sinkt die Anzahl der Impfungen, sinkt kurz darauf auch die Anzahl der Todesfälle bzw. die Übersterblichkeit. Das empirische Bild, das sich bisher abzeichnet, ist folgendermaßen:

Der Zusammenhang ist sehr stark: *Das zeigt beispielsweise eine tagesgenaue Zusammenhangsanalyse (7-Tage-gleitende Mittelwerte) der deutschen Daten. Beispielsweise korreliert der Verlauf der Übersterblichkeit (Zunahme der Todesfälle im Jahr 2021 verglichen mit dem Durchschnitt der fünf Vorjahre) im Zeitraum von Anfang März bis Ende Mai mit den Erstimpfungen in einer Höhe von r = 0.95. Aktuell wird das*

Zusammenhangsmuster mit komplexeren statistischen Verfahren analysiert, die ersten Ergebnisse bestätigen die starken Zusammenhänge.

Der Zusammenhang wird beobachtet trotz unterschiedlicher Impfmuster: *Eine Analyse auf der Ebene der einzelnen Bundesländer zeigt, dass die Übersterblichkeit je nach Bundesland variiert, und zwar jeweils in Abhängigkeit vom spezifischen Impfmuster eines Bundeslandes.*

Der Zusammenhang zeigt sich über verschiedene Länder hinweg: *Ein solcher Zusammenhang zeigt sich in allen bisher genauer untersuchten weiteren Ländern. Eine länderübergreifende Analyse über 15 Länder mit verfügbaren Daten zur Booster-Impfung und zur Übersterblichkeit zeigt einen sehr hohen länderübergreifenden statistischen Zusammenhang zwischen der Übersterblichkeit und den Impfungen.*

Ausschluss möglicher Drittvariablen-Erklärungen: *Eine Analyse möglicher Drittvariablen zeigt, dass naheliegende Drittvariablen wie die Anzahl der COVID-Todesfälle oder die Anzahl der SARS-CoV-2- Infektionen den beobachteten Zusammenhang zwischen der Übersterblichkeit und den Impfungen nicht erklären können.*

Die existierenden Sicherheitsanalysen sind methodisch ungeeignet: *Eine genauere Betrachtung der vom Paul-Ehrlich-Institut (PEI) verwendeten Sicherheitsanalysen zeigt, dass damit mögliche Sicherheitsprobleme nicht detektiert werden können. Das PEI verwendet eine sogenannte Observed-versus-Expected-Analyse, bei der die Anzahl der gemeldeten Verdachts-Todesfälle mit der Anzahl der angesichts der Zusammensetzung der geimpften Personengruppe statistisch zu erwartenden Anzahl an Todesfällen verglichen wird. Allerdings macht eine solche Analyse nur dann Sinn, wenn alle im zeitlichen Zusammenhang mit den Impfungen auftretenden Todesfälle gemeldet werden würden, unabhängig davon, ob ein Zusammenhang mit der Impfung vermutet wird, was aber nicht der Fall ist.*

Weitere Hinweise aus existierenden Studien: *Weitere Hinweise darauf, dass womöglich mehr Menschen an den COVID-Impfungen versterben, als bisher vermutet, zeigen auch weitere Studien: Eine Studie aus England zeigt, dass sich im Zeitraum der Impfungen die Sterberate in der Gruppe der Ungeimpften in etwas verdreifacht hat, was offenbar darauf zurückzuführen ist, dass Personen im Zeitraum von zwei Wochen nach den Impfungen als "ungeimpft" fehlklassifiziert werden. Eine genauere Betrachtung der damaligen Zulassungsstudie zum Pfizer/BioNTech-Impfstoffs zeigt, dass dort im nachverfolgten Beobachtungszeitraum in der Impfgruppe insgesamt vier Personen mehr verstorben sind als in der Placebogruppe. Dieser Unterschied ist zwar nicht statistisch signifikant, was aber daran liegen kann, dass mit der verwendeten Stichprobengröße Nebenwirkungen dieser Größenordnung nicht mit statistischer Signifikanz nachgewiesen werden können. Die beschriebenen Befunde zeigen demnach, dass es sich – zumindest laut dem Stand der bisherigen Analysen – um einen universellen Effekt über verschiedene Regionen und Länder hinweg handelt, der je nach Impfmuster einer Region oder eines Landes spezifisch auftritt. Es handelt sich um korrelative Befunde, die hinsichtlich kausaler Schlussfolgerungen vorsichtig zu interpretieren sind. Allerdings legt das beobachtete Befundmuster einen kausalen Effekt nach den üblichen Kriterien der Ableitung kausaler Schlussfolgerungen aus beobachteten Korrelationen in der medizinischen Forschung nahe (siehe z.B.*

https://www.aerzteblatt.de/archiv/212420/Methoden-zur-Bewertung-der-Kausalität-in-Beobachtungsstudien).

(Datenquellen und ein Link zum Download der den Analysen zugrundeliegenden Datensätze finden sich am Ende des Manuskripts)"

Beweis und Glaubhaftmachung:
Gutachten Prof. Dr. Kuhbandner **- als Anlage B 257 -**

Selbst wenn man diese Analyse Prof. Kuhbandners noch nicht als eindeutigen Beleg akzeptieren wollte, so ist dieses Gutachten, das auf offiziellen Quellen beruht, jedoch **zumindest ein weiteres Indiz** dafür, dass ein solcher Zusammenhang zwischen den millionenfach verabreichten Impfungen und einer erhöhten Todesfallzahl jedenfalls nicht völlig aus der Luft gegriffen ist und keinesfalls mit dem Schüren von Ängsten o.Ä. abgetan werden kann. Kaum anzuzweifeln ist die Aussage Kuhbandners zu der Observed-versus-expected-Analyse des PEI (s.o.). Durchgreifende Bedenken gegen die Quellen, die Auswertung und und / oder die Schlussfolgerungen Kuhbandners bestehen ersichtlich nicht.

Es ist daher an der Bundesregierung, am Bundestag, am PEI, am RKI etc., andere, im mindestens gleichen Maße denkbare Ursachen substanziiert darzulegen. Da ein solcher Zusammenhang aufgrund dieses Gutachtens, aufgrund struktureller Meldeprobleme in Deutschland, aufgrund der vorgelegten Vielzahl an Berichten über Todesfälle und schwere Nebenwirkungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Impfung etc. jedenfalls nicht völlig unwahrscheinlich ist, ist jede Impfpflicht, die zudem mit massiven staatlichen Zwangsmitteln durchgesetzt werden soll, verfassungsrechtlich per se unangemessen. Der Bundesregierung und dem Bundestag ist es allemal zuzumuten, in deren abzuwartenden Stellungnahmen zu dieser Verfassungsbeschwerde substanziiert darzulegen, dass in Ländern, in denen gar nicht oder nur sehr wenig geimpft wird, eine ähnliche Erhöhung der Sterberate festzustellen wäre – das wäre dann in der Tat ein Beleg dafür, dass die Impfungen tatsächlich nur minimalste Todesfälle zur Folge haben. Man darf gespannt sein, ob der Bundesregierung, dem PEI, dem Bundestag etc. die Erschütterung der hier umfangreich vorgetragenen Indizien und Belege, welche einen Anscheinsbeweis begründen, gelingen wird.

Die obigen Fallberichte, die zweifelsohne die mögliche Auslösung einer Autoimmunerkrankung mit schwerer Störung der Körperfunktion und der Notwendigkeit einer Intensivmedizinischen Behandlung belegen – ohne Behandlung wäre der junge Mann (s.o.) wahrscheinlich an Herzversagen gestorben – im Zusammenhang mit Herrn Prof. Kuhbanders Aussagen sowie den strukturellen Mängeln im Bereich der Impfschadensmeldungen in Deutschland reichen aus, um den Tatbestand nach § 5 AMG, der einen allgemeinen Rechtsgedanken enthält, zu erfüllen. Der konkrete Verdacht reicht aus, um das Verbot zu triggern, und es liegt dann in der Beweispflicht des Zulassungsinhabers und der staatlichen Stellen, diesen Verdacht beweiskräftig auszuräumen und Risikogruppen zu identifizieren. Es liegt in der Beweispflicht der Bundesregierung und (vor allem) des PEI im Falle der Impfpflicht zu beweisen, dass auf jede Subpopulation nach Altersgruppe und Vorerkrankungen der Fremd- und Eigenschutz das mögliche Risiko überwiegt. Allein in Anbetracht des Risikos, Autoimmunerkrankungen auszulösen, die sich erst evtl. in 1 – 2 Jahren als spürbaren Organschaden manifestieren,

sind derartige Langzeitbeobachtungen erforderlich, die sich mindestens über diesen Zeitraum erstrecken. Letzteres gilt erst recht im Lichte der immer zahlreicher werdenden anderen schwerwiegenden Nebenwirkungen, die das PEI bereits anerkennen musste (z.B. Thrombosen, Thrombozytopenie, Lähmungserscheinungen, Verlust oder Einschränkung des Augenlichts etc. etc.).

3.) Ergänzung des bisherigen Vortrags

Zur Evaluierung der unterschiedlichen Verträglichkeit der neuen Impfstoffe bedarf es dringend wissenschaftlicher Studien, um **vor** einer Impfung eine Prognose über deren Nebenwirkungsprofil machen zu können und so die individualisierten Risiken benennen zu können. Für die Herzmuskelentzündung wurde hierzu bereits vorgetragen: Erst Infektion mit dem Virus, dann Impfung – schon steigt die Gefahr ernsthafter Nebenwirkungen sehr deutlich. Um das Ausmaß eines solchen Anstiegs des Risikos ernsthafter Nebenwirkungen abschätzen zu können, bedarf eines solcher Studien, ehe man die Menschen zum Impfen zwingt. Da es aber eine ganze Reihe an mittlerweile anerkannten Nebenwirkungen gibt, bräuchte es auch für jede einzelne ein Risikoprofil, insbesondere im Hinblick auf diverse Autoimmunerkrankungen als mögliche Impfnebenfolge. Die Beschwerdeführer stellen klar, dass sie solche Studien im Hinblick auf alle mittlerweile anerkannten Nebenwirkungen (vom PEI in aller Regel als “sehr selten“ klassifiziert; letzteres schon aufgrund der dargelegten strukturellen Meldeprobleme) verfassungsrechtlich verlangen, ehe an eine Impfpflicht überhaupt nur gedacht werden kann – und nicht nur im Hinblick auf die in den Schriftsätzen ausdrücklich thematisierten ernsthaften Nebenwirkungen und Impfschäden.

4.) Völlig ungenügende Abklärung von Risiken durch die Impfung für Schwangere

Eine gesetzeskonforme, präklinische Prüfung zur Embryo-Tox oder Feto-Tox muss am Kaninchen durchgeführt werden, da man Schäden auf das Ungeborene nur am Kaninchen erkennen kann. Das weiß man längst aus der Zeit des Contergan-Skandals. Nur am Kaninchen kann man dies erkennen, und zwar wegen der anantomischen Besonderheiten der Plazenta.

Beweis (im unwahrscheinlichen Falle des Bestreitens durch die anzuhörenden Beteiligten): Sachverständigengutachten

Nur der Impfstoffhersteller Moderna hat überhaupt im Vorfeld mögliche negative Auswirkungen auf den Embryo zumindest in Ansätzen untersucht. Allerdings, hinsichtlich der Embryo-Tox, am völlig falschen Tier, nämlich an der Ratte.

Vgl. **Beweis und Glaubhaftmachung:**

1. https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna-epar-public-assessment-report_en.pdf

(dort u.a. S. 50ff zum Thema “Reproduction Toxicity“; zu weiteren Risiken, die nicht speziell die ReproTox-Thematik betreffen, vgl. S. 44, 47, 49) **- als Anlage B 258 -**

2.
https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf (dort vor allem S. 50ff zum Thema Reproductive Toxicology; zu weiteren Risiken, die nicht speziell die ReproTox-Thematik betreffen, vgl. auch die S. 14, 43, 45, 46, 47, 50, 52, 54, 56, 68, 93, 109 (auf S. 109: “Thus, data on pregnancy are very limited at this stage“), 113, 114 (“ Long term safety data, interaction with other vaccines, data on use in pregnancy and other subgroups (e.g. frail subjects, or subjects with pre-existing autoimmune diseases) are missing at this stage.“), 113f., 115 – 117, 119 – 122, 124, 132, 134, 136)
- als Anlage B 259 -

Wenn man die wissenschaftlichen Daten betrachtet, wonach das Spike-Protein schadet und die Gefäßauskleidung (das Endothel) schädigen kann,

Beweis und Glaubhaftmachung:

Wissenschaftliche Untersuchung “The spike protein of SARS-CoV-2 induces endothelial inflammation through integrin α5β1 and NF-κB“, ab-rufbar unter https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.08.01.454605v1 **- als Anlage B 260 -**

dann kann dieses Spike-Protein sehr wohl auch die Plazenta schädigen!

Man weiß, dass nach der Impfung die Konzentration an Spike-Proteinen im Blut relativ hoch sein kann. Genaushoch wie nach einer Infektion und nach einem schwerem Corona-Verlauf.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34015087/ **- als Anlage B 261 -**

2. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32897389/ **- als Anlage B 262 -**

Daher muss man davon ausgehen, dass eine Impfung zu so viel Spike-Proteinen im Blut führen kann, dass dies eine Gefäßentzündung bewirken kann. Das kann auch an der Plazenta geschehen, d.h. dann liegt eine Gefäßentzündung in der Plazenta durch das impfungsinduzierte Spike-Protein vor. Ob dies dann dem Ungeborenen schadet oder zumindest in gewissen Fällen schaden kann, das kann man im Sinne der gesetzeskonformen Prüfung am Tier nur am Kaninchen erkennen - und sicher nicht an der Ratte, auch nicht an Affen oder an Hunden.

Beweis (im unwahrscheinlichen Falle des Bestreitens durch die Stellungnahmen anderer Verfahrensbeteiligter): Sachverständigengutachten

Nur das Kaninchen hat einen anatomischen Aufbau der Schichten der Plazenta wie der Mensch, daher müssen solche Prüfungen auch am Kaninchen erfolgen.

Beweis: wie vor

Das hat man erkannt zum Thema Contergan. Dies wurde anfänglich nur an Ratten und Hunden getestet und da sah man den Schaden nicht für das Ungeborene, weshalb das Schlafmittel zunächst lange Zeit als “problemlos“ verkauft und angewendet worden ist.

Beweis: wie vor

Man hat dann erst viel später erkannt, dass nur die Plazenta des Kaninchen einen Aufbau hat wie die Plazenta des Menschen und nur am Kaninchen konnte man den Schaden erkennen, den Contergan verursachen kann.

Beweis: wie vor

Daher dürfte man solche Impfstoffe an Schwangeren eigentlich nur verimpfen, wenn man am Kaninchen vorher sicher festgestellt hätte, dass es nicht schadet. Da dies unstreitig nicht geschehen ist, ist das Risiko einer Impfpflicht auch für Schwangere unzumutbar hoch. Dieses Risiko wird auch nicht durch § 20a S. 2 BIfSG n.F. auf ein verfassungsrechtlich zumutbares Risiko reduziert. Denn abgesehen davon, dass die Norm verfassungswidrigerweise noch nicht einmal ansatzweise selber die Ausnahmen von der Impfpflicht regelt und auch ein – gegen den Wortlaut und ohne hinreichenden Anhalt in der Entstehungsgeschichte – in das Gesetz hineininterpretierter pauschaler Verweis auf die – jeweiligen, dynamischen, sich schon oft geändert habenden und sich stetig ändernden – STIKO-Empfehlungen mit dem Bestimmtheits- und Wesentlichkeitsgrundsatz kollidieren würde, sieht die jedenfalls derzeitige STIKO-Empfehlung eine Ausnahme ohnehin nur für das erste Drittel der Schwangerschaft vor. Dies ist verfassungsrechtlich nicht ausreichend, da die oben beschriebenen Mängel im Bereich der Zulassungsstudien auch für das zweite und dritte Drittel einer Schwangerschaft bestehen.

Das Gesetz ist also auch wegen völlig ungenügenden Schutzes von nunmehr impfpflichtigen Schwangeren unverhältnismäßig und materiell verfassungswidrig. Eine verfassungskonforme Auslegung nur zum Schutz von Schwangeren scheitert am klaren Wortlaut und auch an der insoweit leider sehr klaren Absicht des Gesetzgebers (dieser hat fälschlicherweise auf die ausreichende Prüfung auch dieser Thematik im Notfallzulassungsverfahren “hoffnungslos gutgläubig“, aber gleichwohl objektiv unvertretbar vertraut). Auch aufgrund dieser materiellen Verfassungswidrigkeit können Grundrechte anderer Personen nicht verfassungskonform eingeschränkt werden.

Am Vorgenannten kann auch die zwischenzeitlich aufgetretene Medienberichterstattung, vgl. etwa

Beweis und Glaubhaftmachung:

1.
https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/ema-mrna-impfung-sorgt-bei-schwangeren-nicht-fuer-komplikationen,SutSQCZ **- als Anlage B 262.1. -**

2.
https://www.br.de/nachrichten/bayern/impfung-fuer-schwangere-viele-unbegruendete-vorurteile,Sr7UcVM **- als Anlage B 262.2. -**

und auch der Verweis auf eine angebliche Zusammenschau von nicht namentlich genannten Studien der EMA weder juristisch noch medizinisch etwas ändern. Diese Studien, weil anonym, sind schon deshalb nicht ausreichend, weil über die Auswahl der schwangeren Frauen bzw. deren Repräsentativität nichts bekannt geworden ist. Auch ist zu vermuten, dass Schwangere, die bereits eine Impfung hatten oder bei denen die zweite Impfung erst wenige Tage her ist, statistisch als ungeimpft galten. Letzteres war in Deutschland jedenfalls bis 30.09.2021 statistisch der Fall (hierüber wurde berichtet) und auch z.B. in Großbritannien wurde dieser Mangel erst vor kurzem “abgestellt.“ Aber selbst wenn man insoweit der EMA “blind“ vertrauen wollte: Juristisch ist auch die EMA an das Vorgenannte gebunden. Die dargelegten Fehler sind nicht durch solche nachträglichen Studien nicht zu heilen.

Zudem: Die obige Berichterstattung geht auf das Folgende zu Unrecht mit keinem Wort ein:

Ob und in welchen Maß sich eine Einwirkung und mögliche Schäden auf das Ungeborene einstellen können, wird derzeit allein durch grobe Endpunkte wie Fehlgeburten oder das Geburtsgewicht abgestellt, und dies anhand von bloßen Anwendungsbeobachtungen. Ein menschlicher Organismus ist dahingehend aber weitaus komplexer! Ob eine mögliche Gefäßentzündung an der Plazenta mit transienter Minderdurchblutung das giftige Impfung-induzierte Spike-Protein zu Schäden führt oder zumindest in einigen Fällen führen kann, die sich erst im späteren Leben durch z.B. Lernschwäche, neuromuskuläre Erkrankungen oder dezente Fehlentwicklungen an Herz, Niere, Gefäße usw. zeigen, das lässt sich gerade nicht sicher vorhersagen. Denn gerade all diese Punkte sind überwiegend gar nicht in Tierstudien geprüft worden und soweit überhaupt in Ansätzen eine solche Prüfung stattgefunden hatte, fand diese am aus wissenschaftlicher Sicht für diese Thematik gänzlich untauglichen Versuchstier statt!

Hier sei nochmal betont, dass es für solche aussagekräftigen Studien mindestens zweier Spezies bedarf. Ratten sind hinsichtlich zahlreicher embryo- und fetotoxischer Stoffe extrem unempfindlich und daher per se ungeeignet!

Beweis (im unwahrscheinlichen Falle des Bestreitens durch andere Verfahrensbeteiligte): Einholung eines Sachverständigengutachten

Zur Glaubhaftmachung sei auf eine aktuelle Publikation im Kontext der Betrachtung der Spezies-Unterschiede der Plazenta hinsichtlich der Prüfung von COVID Medikamenten verwiesen, die bei solchen Sicherheitsstudien zu berücksichtigen sind.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0143400421005907?via%3Dihub
- als Anlage B 262.3. -

Zudem ist die Anforderung an die Erfassung von Schäden während der Embryonalphase und der Fetalphase gerade für Oligonucleotide besonders streng und sollte immer an 2

Spezies durchgeführt werden, was die folgende EMA-Richtlinie zur Prüfung der Reproductionstoxikologie selber vorschreibt:

Beweis und Glaubhaftmachung:

"***4.2. Strategies to address embryo-fetal development (EFD)***

The aim of the EFD studies is to detect adverse effects on the pregnant female and development of the embryo and fetus following treatment (Stage C) of the pregnant female during organogenesis. EFD studies include evaluation of fetal development and survival (Stages C through D).

For most small molecules, effects on EFD are typically evaluated in two species (i.e., rodent and non- rodent (typically rabbit)). At least one of the test species should exhibit the desired pharmacodynamic response. If the pharmaceutical is not pharmacodynamically active in any routinely used species (Section 5.1) then non-routine species (Section 5.2), genetically modified animals, or use of a species- specific surrogate molecule (Section 5.3) (e.g., in the case of oligonucleotides) can be considered, provided there is sufficient characterization of the model to ensure pharmacologic relevance. Genetically modified animals and surrogate molecules are generally most useful for hazard identification, but have limitations when used for risk assessment. Even when there are no relevant models (e.g., the pharmacological target only exists in humans, either normally or in the diseased state), EFD studies should be conducted in two species to detect the adversity of off-target effects or secondary pharmacology."

https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-s5-r3-guideline-reproductive-toxicology-detection-toxicity-reproduction-human-pharmaceuticals_en.pdf , dort S. 10ff

- als Anlage B 262.4. -

Solange allein keine vollumfänglichen Sicherheitsdaten am Tier vorliegen, kann man nicht einfach behaupten, die Impfung von Schwangeren sei (absolut) sicher! Dergleichen hat man auch längere Zeit für Thalidomid gesagt, basierend auf Daten – wie kann es auch anders sein – an Ratten!
Selbst wenn man keine offensichtlichen schweren Entwicklungsstörungen in den derzeitigen bloßen Anwendungsbeobachtungen, kann man Schäden, die die spätere Lebensqualität der Ungeborenen einschränken, derzeit gar nicht sicher ausschließen. So muss es in der Freiheit der Entscheidung der Mütter liegen – mit vollumfänglicher, das Vorgenannte einschließender, entsprechender Aufklärung hinsichtlich der Risiko-Nutzen-Abschätzung. Da das Gesetz für Schwangere keinerlei Ausnahmen zulässt, ist das Gesetz daher auch aus diesem Grunde unverhältnismäßig und verfassungswidrig.

5.) Weiterhin: Es fehlen wesentliche Daten – die Bundesregierung will diese offenbar gar nicht wissen und der massiv in Grundrechte eingreifende Bundestag auch nicht

Der nachfolgende Bericht ist selbsterklärend:

“*Politik*

Streit um Hospitalisierungsrate Kliniken zeigen bei Datenlücken auf Lauterbach

24.01.2022, 01:36 Uhr

Corona-”Normalstation” im SRH Waldklinikum in Gera: Die Zahl der täglichen Belegung ist deutschlandweit nicht verfügbar.

Zwischen Bundesregierung und den Krankenhäusern läuft es nicht rund. Während der Expertenrat den Kliniken die Schuld gibt, dass Covid-Patienten-Daten nicht täglich verfügbar sind, erzählt der Chef der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine ganz andere Geschichte.

Auf die Forderung des Expertenrats nach überfälligen tagesaktuellen Meldungen zu Covid-Patienten auf Normalstationen hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit Befremden reagiert. Die DKG verwies gegenüber dem Redaktionsnetzwerk Deutschland (RND) darauf, dass sie dem Bund und dem Robert-Koch-Institut (RKI) schon im Herbst zugesagt habe, eben diese Daten zu liefern. "Die Krankenhausgesellschaft hat bereits im November der Bundesregierung in einem schriftlichen Konzept angeboten, die Daten von Patienten mit Covid-19 tagesaktuell zu übermitteln", sagte DKG-Vorstandschef Gerald Gaß dem RND.

“Damals wurde uns signalisiert, dass die Datenlage aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums und des RKI ausreichend ist", betonte Gaß. Er berichtet weiter, ihm sei erklärt worden, man arbeite an einer anderen Lösung, ohne dass dies näher dargestellt worden sei. Der Krankenhauschef zeigte sich erstaunt: “Diese Reaktion hat mich sehr irritiert und noch viel mehr, dass es bis heute weder vom BMG noch vom RKI eine erneute Kontaktaufnahme gab.” Zugleich signalisierte der DKG-Chef, man könne die erforderlichen Zahlen weiterhin liefern. "Wenn eine solche Datenübermittlung nun doch gewünscht ist, können wir das innerhalb von sechs Wochen für die Kliniken in Deutschland umsetzen”, sagte Gaß.

Grundsätzlich zeigte sich der DKG-Vorstandsvorsitzende verärgert, dass die Kliniken zu wenig gehört würden. “Ich halte es für dringend geboten, dass zentrale Akteure im Kampf gegen die Pandemie wie die Krankenhäuser besser in die Beratungen und Planungen der Bundesregierung einbezogen werden", forderte Gaß. “Wir müssen nicht alle im Expertenrat sitzen. Aber wenn die offiziellen Vertreter der Kliniken von Journalisten erfahren, über welche Maßnahmen der Expertenrat mit Blick auf die Krankenhäuser berät, ist das nicht nur ärgerlich, sondern schädlich mit Blick auf die Pandemiebekämpfung.” Hier sei Gesundheitsminister Karl Lauterbach gefordert, die Zusammenarbeit umgehend neu zu ordnen. Gaß resümierte: "Es muss in Zukunft einen regelmäßigen Austausch geben. Dann lassen sich manche Probleme wirklich schneller und effizienter lösen.”

Schlechte Datenlage zu Covid-Patienten auf Normalstationen

Der Corona-Expertenrat hatte zuvor die mangelhafte Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens beklagt, die für die schlechte Datenlage vor allem zu Covid-Patienten in Normalstationen in Krankenhäusern verantwortlich sei. Unter anderem die "Bild"-Zeitung zitiert aus einer "Stellungnahme Digitalisierung" der Experten für die die morgige Bund-Länder-Runde.

Obwohl die Pandemie nun schon seit fast zwei Jahren andauert, sei Deutschland für Prognosen auf Daten anderer Länder angewiesen, da die eigenen "Versorgungsdaten" im Gesundheitswesen "entweder gar nicht, unvollständig, oder nur mit erheblichem Zeitverzug für wissenschaftliche Auswertungen maschinenlesbar zur Verfügung" stünden, schreiben die Fachleute demnach. Gerügt wird auch, dass frühere Empfehlungen von Experten zur Verbesserung der Datenerhebung ignoriert worden seien.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.n-tv.de/politik/Kliniken-zeigen-bei-Datenluecken-auf-Lauterbach-article23078760.html **- als Anlage B 263 -**

Ähnlich wie bei fehlenden Zahlen zu den Fake-Covid-Patienten (hierzu wurde bereits umfassend vorgetragen) haben Bundestag und Bundesregierung ersichtlich auch keinerlei messbares Interesse an “(…) überfälligen tagesaktuellen Meldungen zu Covid-Patienten auf Normalstationen (…)“. Auch an einer Verbesserung der Datenerhebung haben Bundestag und Bundesrat keinerlei Interesse. Der Artikel ist ein weiterer Beleg für die politisch mindestens billigend in Kauf genommen Pandemie der Unwissenheit (letztere jedenfalls in Deutschland). Hierauf können aber die schlimmsten Grundrechtseingriffe seit 1949 verfassungsrechtlich nicht gestützt werden.

Zudem: Eine Aufschlüsselung nach Inzidenz + Impfstatus/Genesenenstatus ohne das Kriterium Symptome gibt es in Deutschland nicht. Dabei wäre genau das entscheidend, um die Fremdschutzwirkung zu beurteilen. Auf Anfrage verweist das RKI auf dessen Wochenberichte, die diese Aufschlüsselung aber gerade nicht enthalten! Mehr will man aber nicht liefern. Und mit der Abschaffung der PCR-Testung in der breiten Masse ist klar, dass es gar keine Daten mehr geben wird …, weil man die Daten politisch auch gar nicht ermitteln will! Selbst wenn man den fehlenden politischen Willen anders bewerten wollte, würde das aber nichts daran ändern, dass eine solche zentrale Aufschlüsselung weiterhin schlicht fehlt und dass auch deshalb es an notwendigen Fakten mangelt, um eine Impfpflicht auch nur ansatzweise verfassungsrechtlich legitimieren zu können.

6.) Weitere Untersuchung: Natürliche Immunität schlägt die durch Impfung ohnehin nur sehr vorübergehende verursachte Immunität deutlich

Die nachfolgende Untersuchung belegt einmal mehr, dass die natürliche Immunität robuster ist und robuster bleibt als die durch Impfung induzierte Immunität. Dies gilt gerade auch für neue Varianten! An diesem Naturgesetz kann kein Impfpflichtgesetz und keine Impfkampagne etwas ändern.

Beweis und Glaubhaftmachung: Wissenschaftliche Abhandlung

"*COVID-19 Cases and Hospitalizations by COVID-19 Vaccination Status and Previous COVID-19 Diagnosis — California and New York, May–November 2021*"

- als Anlage B 264 -

Auch dieser Untersuchung ist wenig hinzuzufügen. Sie liefert ein eindeutiges Ergebnis, das keine Impfpflicht rechtfertigen kann.

7.) Keine Zumutbarkeit der Impfpflicht durch Ausweichen auf einen angeblich zumutbaren Totimpfstoff

Dass auch der angekündigte Totimpfstoff von Valneva keine Lösung darstellt, liegt zum einen daran, dass es diesen Totimpfstoff bis 15.03.2022 sowieso nicht geben wird, erst recht nicht in ausreichendem Maße.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/valneva-totimpfstoff-omikron-wirksamkeit-zulassung-101.html

- als Anlage B 265 -

Sollte diese Annahme sich in den nächsten Tagen und Wochen wider Erwarten doch ändern, würden die hiesigen Beschwerdeführer auch darlegen, dass dieser Impfstoff gesundheitsschädlich ist (dies kann man bereits jetzt anhand der vorliegenden Daten sehr plausibel begründen) sowie dass auch in dessen Zulassungsverfahren so einiges "schiefgelaufen" ist. Aktuell nehmen die Beschwerdeführer mangels derzeitiger Erforderlichkeit von einem solchen Vortrag aus Zeitgründen jedoch Abstand, um die Einreichung dieses Schriftsatzes nicht weiter zu verzögern.

8.) Verfassungswidrigkeit der dynamischen Verweisung in § 20a I BIfSG n.F. – Genesenenthematik

Dass die Verkürzung des Genesenenstatus für den Durchschnittsbürger vom 6 auf 3 Monate wissenschaftlich gänzlich unhaltbar ist, wurde bereits dargelegt. Zusätzlich wird dies jedoch dadurch belegt, dass im Bundestag immer noch die bisherige 6-Monatsregel gilt. Hierdurch haben die Politiker klar zu verstehen gegeben, dass jedenfalls ein Zeitraum von 6 Monaten ausreichend ist. Ob diese 6-Monatsregelung nur für Bundestagsabgeordnete ggf. künftig wieder geändert wird, ist ohne Belang.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://www.tagesschau.de/inland/corona-genesenenstatus-bundestag-101.html

- als Anlage B 266 -

2.
https://www.tagesspiegel.de/politik/im-bundestag-weiter-sechs-monate-gueltig-aeltestenrat-will-ueber-ausnahme-beim-genesenen-status-beraten/28005558.html

- als Anlage B 267 -

3. https://www.tagesschau.de/inland/corona-genesenenstatus-bundestag-103.html

- als Anlage B 268 -

Daher sind jedenfalls die Beschwerdeführer Nr. 43 und Nr. 4 durch die Verkürzung des Genesenenstatus per Homepageänderung bei RKI und PEI von 6 auf nur noch 3 Monate – und dies ist Inhalt des (aktuellen) § 20a I BIfSG n.F. – in ihren Grundrechten aus u.a. Art. 2 II 1, 12 I GG verletzt.

9.) Neueste Zahlen aus Großbritannien – die Impfungen wirken nicht nur nicht gegen Omikron, sondern sie machen für die Omikron-Mutante augenscheinlich sogar anfälliger

Oben und in früheren Schriftsätzen wurde bereits dargelegt, dass in Deutschland viele Daten schlicht und einfach fehlen und dass sogar Bundesbehörden deshalb auf ausländische Daten zurückgreifen. Dies muss umso mehr gelten als dass Großbritannien bekanntlich viel früher mit den Impfungen als Deutschland begonnen hat und auch in Sachen Booster-Impfungen Deutschland schon im Dezember letzten Jahres weit voraus gewesen ist – weit voraus in dem Sinne, dass dort früher und mehr “geboostert“ worden ist. Wer nun glaubt, dass dies in Großbritannien zu einer niedrigen Inzidenz und / oder zu einem größeren Schutz der Geimpften und / oder doch wenigstens der Geboosterten geführt hat, der wird schwer enttäuscht. Die aktuellen Zahlen aus Großbritannien belegen einmal mehr, dass Treiber des Omikron-Pandemiegeschehens eben nicht die Ungeimpften sind, sondern die Geimpften, die Geboosterten und auch schon die nur einmal Geimpften! Die Ungeimpften mit ihrem in aller Regel widerstandsfähigeren natürlichen Immunsystem tragen nur weit unterdurchschnittlich zum Omikron-Pandemiegeschehen bei.

Table 14: Age-standardised case rate per 100,000 individuals by week and vaccination status, 18 December 2021 to 14 January 2022

	Unvaccinated			1 Dose		
Week	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals
18 December - 24 December 2021	5,594	1,006,025	**540.82** (518.55 - 563.08)	1,860	357,752	**780.31** (733.17 - 827.45)
25 December - 31 December 2021	9,496	998,045	**958.52** (926.37 - 990.68)	3,387	348,727	**1,409.70** (1,347.89 - 1,471.51)
01 January - 07 January 2022	9,105	988,033	**923.27** (893.85 - 952.70)	3,066	341,481	**1,393.46** (1,325.60 - 1,461.32)
08 January - 14 January 2022	3,601	979,617	**412.77** (390.36 - 435.18)	1,093	340,151	**543.98** (497.93 - 590.03)
	2 Doses			Booster or 3 doses		
Week	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals	No. tested positive by PCR	Population	Age-standardised case rate per 100,000 with 95% confidence intervals
18 December - 24 December 2021	32,628	1,866,426	**1,328.29** (1,310.47 - 1,346.10)	10,092	2,069,356	**750.86** (730.63 - 771.10)
25 December - 31 December 2021	50,622	1,522,561	**2,551.97** (2,522.57 - 2,581.37)	30,041	2,429,029	**1,526.42** (1,503.94 - 1,548.90)
01 January - 07 January 2022	34,327	1,121,214	**2,418.35** (2,383.69 - 2,453.01)	35,436	2,847,027	**1,361.04** (1,345.20 - 1,376.88)
08 January - 14 January 2022	9,383	995,855	**865.79** (839.92 - 891.67)	13,566	2,982,132	**481.49** (472.73 - 490.26)

Vaccination status is determined as at the date of PCR specimen date according to the definitions described in Appendix B. The data displayed within the greyed out section are considered preliminary and are subject to change as more data is updated. Age-standardised case rates are per 100,000 people per week, standardised to the 2013 European Standard Population (see Appendix G).

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

https://publichealthscotland.scot/media/11223/22-01-19-covid19-winter_publication_report.pdf, dort S. 38 **- als Anlage B 269 -**

Auch diese weit überdurchschnittliche Repräsentanz der “Halb-Geimpften“ (= einfach Geimpften), der Geimpften und der Geboosterten, klar belegt durch offizielle Zahlen, kann man nicht als “Zufall“, als “statistischen Ausreißer“ oder gar als “Fake-News“ o.Ä. abtun! Sie stimmen zudem zumindest im Grundsatz überein mit den bereits umfangreich dargelegten Zahlen des RKI, die ebenfalls für die Geimpften und Geboosterten einen überdurchschnittlichen Anteil an positiven Omikron-Testergebnissen belegen. Unter diesen Umständen kann es verfassungsrechtlich keinesfalls eine Impfpflicht geben.

10.) Weitere Nebenwirkungen offiziell anerkannt

Für zwei der offiziell vier in der EU zugelassenen Impfstoffe sind um gleich mehrere offiziell anerkannte schwere Nebenwirkungen “reicher“ geworden.

“***Kribbeln, Taubheit, Schmerzen“: EMA weist auf neue Impf-Nebenwirkungen bei Astrazeneca und J&J hin***

Erstellt: 21.01.2022, 10:27 Uhr
Von: Yasina Hipp

Experten und Wissenschaftler fordern im Kampf gegen das Virus immer wieder zur Impfung auf. Nun meldet die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) Nebenwirkungen bei zwei Impfstoffen.

Amsterdam - Impfen, impfen und nochmals impfen: Das ist gerade das Motto von Wissenschaftlern und der Politik, um die Ausbreitung des Coronavirus und vor allem auch der Virus-Variante Omikron abzubremsen. Zwischenzeitlich ist eine ganze Reihe an Impfstoffen von den verschiedensten Herstellern auf dem Markt, auch neue werden zugelassen. In Deutschland werden derzeit hauptsächlich die Impfstoffe von Biontech/Pfizer und Moderna verimpft. Bei einer Impfung ist zumindest mit leichten Reaktionen des Körpers zu rechnen, die von Schmerzen an der Einstichstelle bis hin zu Abgeschlagenheit und leichtem Fieber reichen können. Wesentlich deutlichere Nebenwirkungen hat nun die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) verkündet. Sie tritt bei zwei Impfstoffen auf.

Astrazeneca und Johnson & Johnson: Transverse Myelitis (TM) möglich

In ihrem aktuellsten Newsletter veröffentlicht die EMA einen Warnhinweis, bezogen auf die Impfstoffe Vaxzevria von AstraZeneca und dem Impfstoff von Johnson & Johnson. Nach der Impfung mit den beiden Vakzinen wurden der Behörde Fälle von transverser Myelitis (TM) gemeldet.

Transverse Myelitis (TM) ist eine seltene neurologische Erkrankung. Bei Betroffenen kommt es zu einer Entzündung einer oder beider Seiten des Rückenmarks. Laut EMA könne TM "Schwäche in den Armen oder Beinen, sensorische Symptome (wie Kribbeln, Taubheit, Schmerzen oder Verlust des Schmerzempfindens) oder Probleme mit der Blasen- oder Darmfunktion" verursachen.

EMA bezeichnet Kausalzusammenhang als "begründete Möglichkeit"

Die Experten sagen über einen "Kausalzusammenhang zwischen diesen beiden Impfstoffen und transverser Myelitis", dass dies eine "begründete Möglichkeit" sei. Die aufgetretenen Fälle seien zwar sehr selten, dennoch sollten Ärztinnen und Ärzte auf mögliche Anzeichen und Symptome von TM achten. So sei dann eine frühzeitige Diagnose und Behandlung möglich. Außerdem appelliert die EMA an Personen, die einen der beiden Impfstoffe erhalten haben und Symptome bemerken, einen Arzt aufzusuchen.

Impfstoffe trotz Nebenwirkungen sicher

Der verwendete Botenstoff in den Vektor-Impfstoffen Vaxzevria und Johnson&Johnson kann in äußerst seltenen Fällen auch Blutgerinnsel und unter anderem Hirnvenenthrombosen verursachen. Beide Impfstoffe gelten aber als sicher und werden auch weiterhin von Experten, beispielsweise der EMA oder des Paul-Ehrlich-Instituts, empfohlen."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.merkur.de/welt/astrazeneca-johnson-corona-nebenwirkungen-impfstoffe-symptom-ema-erkrankung-tm-91239390.html **- als Anlage B 270 -**

Man fragt sich, wie viele angeblich nur höchst seltene, deutlichere und nicht nur unerhebliche Nebenwirkungen es geben muss, bis EMA und PEI einen Impfstoff irgendwann nicht mehr empfehlen werden. Noch vor wenigen Wochen wäre eine solche Behauptung solcher weiteren Nebenwirkungen von den politisch Verantwortlichen scharf zurückgewiesen worden.

11.) Die (absehbare) 4. Impfung: Sie bringt rein gar nichts! – Die Unwahrheiten des u.a. Bundeskanzlers.

Weitere unverdächtige Quellen haben der in Israel bereits großflächig praktizierten 4. Impfung erwartungsgemäß das bescheinigt, was auch schon bei früheren Corona-Impfungen festzustellen war und ist: Sie bringt für den behaupteten Fremdschutz, der das zentrale Argument für eine Impfpflicht ist, schlicht und einfach nichts!

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. "In a clinical trial, 274 medical workers at Sheba Medical Center near Tel Aviv received a fourth vaccine dose in December -- 154 got the Pfizer vaccine and 120 got the Moderna vaccine -- after previously getting three Pfizer shots.

Both groups received a boost in antibodies that was "slightly higher" than after the third shot, Regev-Yochay said. But when compared to a control group that didn't receive the fourth dose, the extra boost didn't prevent the spread of Omikron."

https://www.webmd.com/vaccines/covid-19-vaccine/news/20220118/fourth-vaccine-shot-less-effective-Omikron-israeli-study **- als Anlage B 271 -**

2. "We see an increase in antibodies, higher than after the third dose," Regev-Yochay said. "However, we see many infected with Omikron who received the fourth dose. Granted, a bit less than in the control group, but still a lot of infections," she added.

"The bottom line is that the vaccine is excellent against the Alpha and Delta [variants], ***for Omikron it's not good enough," she said****.*

https://www.timesofisrael.com/israeli-trial-worlds-first-finds-4th-dose-not-good-enough-against-Omikron/ **- als Anlage B 272 -**

Auch die EU gibt mittlerweile zu, dass sie über die Wirksamkeit der Impfstoffe gegen die Omikron-Mutante rein gar nichts weiß!

Beweis und Glaubhaftmachung:

“*Die Europäische Kommission schreibt auf ihrer Website dazu: "Bislang gibt es noch keine Studien, die sich speziell mit der Wirksamkeit von Booster-Impfungen befassen. Daher ist es nicht möglich, einen Zeitraum für die Anerkennung von Booster-Impfungen festzulegen.*"
https://www.praxisvita.de/neue-gesetze-im-februar-2022-gesetzesaenderungen-das-aendert-sich-bei-impfzertifikaten-und-co-21008.html?src=cleverpush&utm_campaign=cleverpush-1643195581&utm_medium=webpush&utm_source=cleverpush **- als Anlage B 273 -**

Das Vorgenannte ist zwar falsch. Denn natürlich gibt es – für die (fehlende) medizinische Wirksamkeit, wie umfangreich (auch im hiesigen Schriftsatz) dargelegt, längst genügend Daten! Aber selbst dann, wenn man dies so sehen wollte wie die EU-Kommission: Auch Nichtwissen kann keine verfassungsrechtlich tragfähige Grundlage sein, Menschen zu Impfungen zu zwingen, deren Nutzen gegen die derzeit fast vollständig vorherrschende Impfung schlicht unbekannt ist - bzw. unbekannt wäre, wenn die These der EU-Kommission richtig wäre.

Auch aktuelle, dreist-unwahre Behauptungen des Bundeskanzlers, die dieser zumindest sinngemäß aufgestellt hat, Ungeimpfte seien schuld, wenn Hotels oder Gaststätten schließen müssten oder gar an einer (so sowieso nie dagewesenen, allenfalls lokal vorhandenen), können eine Impfpflicht nicht rechtfertigen, und zwar weder die hiesige bereichsbezogene noch eine etwaige künftige Impfpflicht.

“***Olaf Scholz sagt nicht die Wahrheit***

Stand: 13:41 Uhr | Lesedauer: 4 Minuten

Von Jörg Phil Friedrich
Autor

Öffentlich suggeriert Olaf Scholz, die Impfung könne wirkungsvoll Ansteckungen verhindern. Das ist längst durch Omikron widerlegt – wie nicht nur das Impf-Musterland Bremen zeigt. Verbreitet der Kanzler wissentlich Fehlinformationen, um die Impfpflicht voranzutreiben?

Zwei Sätze aus seinem jüngsten Interview mit der “Süddeutschen Zeitung“ sind Olaf Scholz besonders wichtig. Auf Twitter, wo der Bundeskanzler das Interview am Montag teilte, zitierte er aus dem Gespräch ausgerechnet folgendes Argument für eine Impfpflicht: “Wer sich entscheidet, sich nicht impfen zu lassen, trifft die Entscheidung nicht für sich allein. Er entscheidet mit über das Schicksal all derer, die sich deshalb infizieren.“

Einmal abgesehen davon, dass niemand, der eine andere Person mit einem Virus infiziert, deshalb schon über deren “Schicksal“ entscheidet, ist diese Behauptung des Bundeskanzlers Stand jetzt, Ende Januar 2022, eine freie Spekulation ohne jeden wissenschaftlichen Halt – ja, sie widerspricht allen vorliegenden internationalen Erkenntnissen über die Ausbreitung der inzwischen vorherrschenden Omikron-Variante des Coronavirus.

Scholz‘ Behauptung könnte überhaupt nur dann als zutreffende Beschreibung durchgehen, wenn die Impfung die Ausbreitung des Virus nachweislich und wirkungsvoll verhindern

würde, wenn also Geimpfte sich einerseits deutlich weniger infizieren würden als Ungeimpfte – und wenn Geimpfte das Virus weit weniger stark weitergeben würden als Ungeimpfte.

Bremen widerlegt Scholz

Allein die hohen Infektionszahlen in Bremen, wo die Impfquote fast hundert Prozent beträgt, und auf europäischer Ebene etwa in Portugal, wo die Inzidenzen trotz einer Impfquote von 89 Prozent weit über 3000 liegen, sprechen aber eine andere Sprache. Während Impfungen nach allem, was wir wissen, einen sehr wirksamen Selbstschutz gegen schwere Erkrankungen darstellen, verhindern sie die Ausbreitung des Virus und damit die Ansteckung anderer Menschen ganz offenkundig nicht.
Auch die bislang vorliegenden wissenschaftlichen Studien, die überhaupt die Omikron-Variante berücksichtigen, deuten nicht darauf hin, dass Impfungen verhindern können, dass sich eine geimpfte Person ansteckt oder dass sie, wenn sie einmal infiziert ist, das Virus an andere Menschen weitergibt. Das Robert-Koch-Institut schreibt denn auch: "Wie hoch das Transmissionsrisiko unter Omikron ist, kann derzeit noch nicht bestimmt werden. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen nach Kontakt mit Sars-CoV-2 trotz Impfung PCR-positiv werden und dabei auch Viren ausscheiden und infektiös sind."

Man muss annehmen, dass dem Bundeskanzler diese Einschätzungen der Wissenschaft bekannt sind. Warum behauptet er dann, Ungeimpfte seien für das Schicksal anderer verantwortlich, die sich "deshalb infizieren" – sich also angeblich nicht infizieren würden, wenn diese Personen geimpft wären? Gibt es noch einen Unterschied zwischen diesen Sätzen des Bundeskanzlers Olaf Scholz, die er ausdrücklich bei Twitter verbreitet, und dem, was gemeinhin als Desinformation, als Fake News bezeichnet wird?

Wie kann der Kanzler der Bundesrepublik Deutschland eine solche Behauptung nicht nur nebenbei in einer Pressekonferenz aufstellen, sondern in einem schriftlichen, sicherlich autorisierten Interview verbreiten – und dann auch noch gesondert in einem seiner wenigen Tweets herausstellen? Und wie kann er, der Jurist, ein so zweifelhaftes, längst von der Realität widerlegtes Argument als zentrale Begründung für sein Projekt einer allgemeinen Impfpflicht anführen – wenn diese doch einen schwerwiegenden Grundrechtseingriff darstellt, der nach sorgfältigster, gewissenhaftester Begründung verlangt?

Die Antwort bekommt man vielleicht, wenn man in dem Interview weiterliest. Denn Scholz gibt den Ungeimpften nicht nur die Schuld am Schicksal all jener Personen, die von ihnen infiziert werden, sondern auch daran, "dass Operationen verschoben werden müssen, weil sich das Gesundheitswesen für eine höhere Zahl an Covid-Patienten wappnet", außerdem an erheblichen "Auswirkungen auf Gaststätten, Hotels, Geschäfte, die ganze Wirtschaft" und das "Zusammenleben in unserer Gesellschaft".

Nicht die mangelnde Ausstattung der Krankenhäuser oder eine falsche Gesundheitspolitik sind laut Scholz also der Grund für Verschiebungen von Operationen, sondern die Ungeimpften. Nicht die unsinnigen und inzwischen von Gerichten reihenweise gekippten 2G-Regelungen machen dem Einzelhandel Probleme, sondern die Ungeimpften. Auch wenn Scholz nicht ausdrücklich von Schuld spricht, sondern verklausuliert sagt, die Ungeimpften würden "mit entscheiden", ist die Botschaft klar: verantwortlich für alle Probleme der

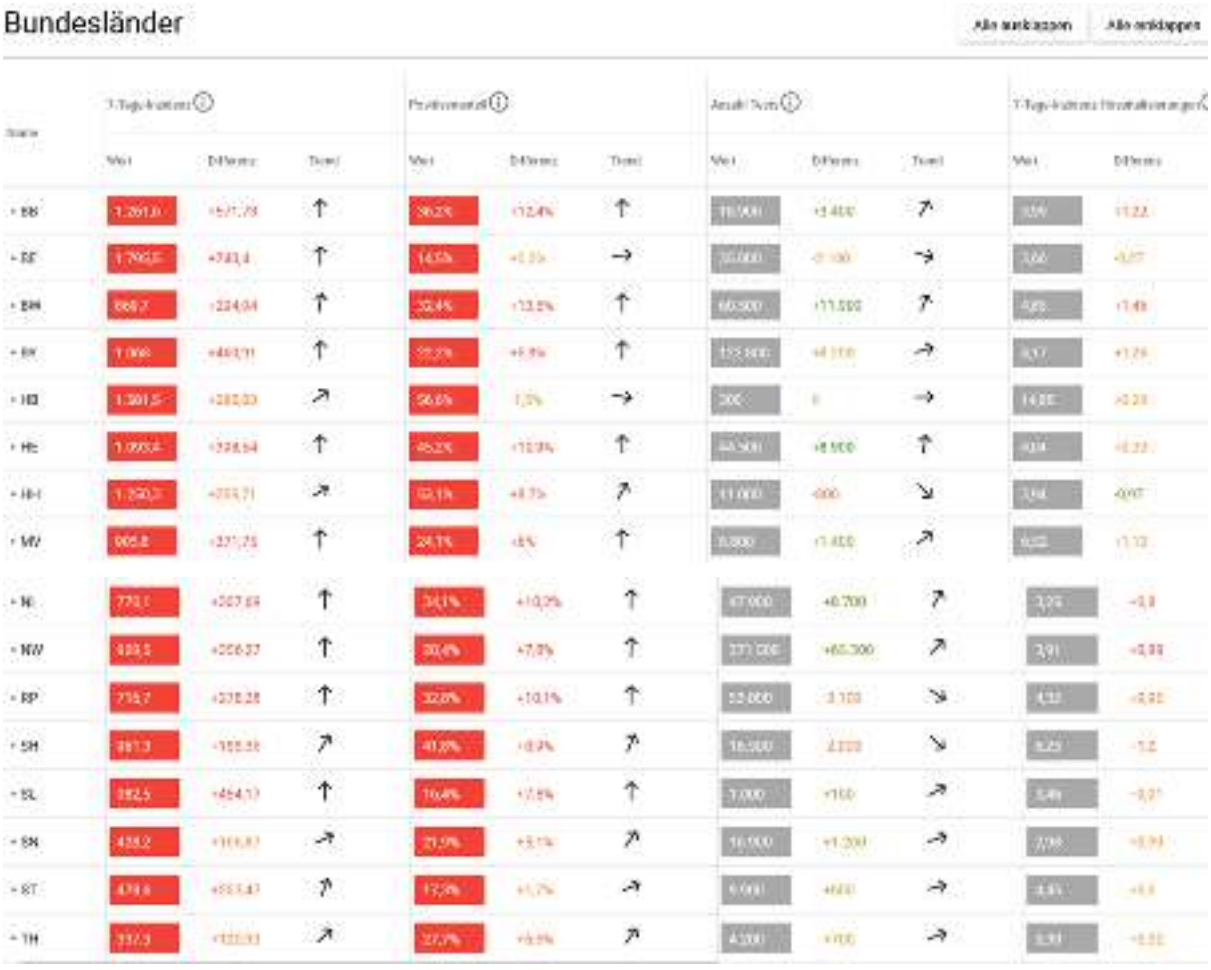
Corona-Krise sind nicht die lang- oder kurzfristigen Entscheidungen der Politik, sondern die "Entscheidungen" derer, die sich nicht impfen lassen.

Was Scholz da betreibt, ist nicht weniger als eine Spaltung der Gesellschaft – auf Kosten einer Gruppe, die sich aus welchen Gründen auch immer nicht so verhält, wie von der Politik gewünscht. Ziel dieser Spaltung ist es, die Verantwortung für das Geschehen der Pandemie und all ihre Folgen, die doch im Wesentlichen beeinflusst sind durch folgenreiche, aber fast nie alternativlose Entscheidungen der Bundes- und Landespolitiker, auf diese Gruppe abzuwälzen, um selbst mit weißer Weste dazustehen. Dass Scholz eine offensichtliche Fehlinformation für diese Zwecke benutzt, darf man einem Regierungschef hierzulande nicht durchgehen lassen."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/kultur/plus236479729/Impfpflicht-Olaf-Scholz-sagt-nicht-die-Wahrheit.html **- als Anlage B 274 -**

Auch der vorgenannte Bericht ist so selbsterklärend wie richtig. Die aktuelle Hospitalisierungsinzidenz des Impfmeisters Bremen liegt bei immerhin stolzen 14,85!!!



Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/COVID-19-Trends/COVID-19-Trends.html?__blob=publicationFile#/home **- als Anlage B 275 -**

Der Bremer Negativ-Rekord ist daher mitnichten ein statistischer Ausreißer, Zufall o.Ä., sondern bleibt trotz (bzw. gerade wegen) dort fortschreitender massiver Booster-Impfungen bestehen!

Verfassungsrechtlich relevant ist auch die Tatsache, dass die wahren Kosten für die (Dauer-)Impfungen ebenfalls verschleiert werden und noch nicht einmal ansatzweise von der Bundesregierung, vom Bundestag, vom RKI und / oder vom PEI ermittelt werden! Wie teuer die Dauer-Impfkampagne ist, wie teuer den Steuer- und Beitragszahler sämtliche durchgeführten Impfungen kommen, wie teuer die (dauerhafte) Behandlung von zumindest den offiziell anerkannten Impfschäden ist, wie teuer die Organisation und die Unterhaltung der (Dauer-)Impfzentren ist …, all dies und vieles mehr wird statistisch rein gar nicht erfasst! Es ist kaum vorstellbar, dass dies politischer Zufall sein könnte. Auch durch diese Pandemie(folgen) der Unwissenheit verunmöglicht der Staat eine ab-schließende verfassungsrechtliche Bewertung, zumindest aber wird diese hierdurch deutlich erschwert. Auch dies kann nicht länger zu Lasten der Grundrechtsträger, sondern muss zu Lasten des Staates und des Gesetzgebers gehen, der sich noch nicht einmal ansatzweise die Mühe gegeben hat, diese Zahlen zu ermitteln und zumindest zu schätzen.

Um antragsgemäße Entscheidung wird höflich gebeten.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 249 – B 275

31. Januar 2022

Eilantragsbegründung! Bitte sofort vorlegen!

In Sachen
XXXXXXX u.a. ./. BRD
Az. 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

werden die Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache und nunmehr auch der Eilantrag (vorerst abschließend) wie folgt begründet:

XIII: Vorerst abschließender juristischer Vortrag im Hauptsacheverfahren

1. Kein großer Beurteilungsspielraum zu Gunsten der Exekutive – noch nicht einmal besteht ein großer Beurteilungsspielraum des formellen Gesetzgebers im Hinblick auf die Angemessenheit eines (massiven) Grundrechtseingriffs

Die Literatur hat sich teilweise sehr kritisch mit dem Beschluss des hiesigen Ersten Senats vom 19.11.2021 in den Sachen 1 BvR 781/21,1 BvR 798/21 u.a. auseinandergesetzt. Lepsius betont in seinem Fachbeitrag vom 03.12.2021, dass es schlicht unrichtig sei, dem Gesetzgeber auch noch einen (zudem wohl nach Auffassung des Senats in der dortigen Entscheidung wohl großen) Beurteilungsspielraum hinsichtlich der Angemessenheitskontrolle zuzubilligen. Die Annahme,

"*(…) bei der (ja rein normativen) Angemessenheitsprüfung gelte ein Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum (der sich aber doch nur auf Tatsachen beziehen kann)*", sei, so Lepsius, schlicht unrichtig.

Vgl.
https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/bverfg-1bvr78121-1bvr97121-corona-bundes-notbremse-massnahmen-kontakt-ausgang-schule-kinder-grundrechte-kommentar-verfassung-rechtstaat/ (dort der vorletzte Absatz) **- als Anlage B 276 -**

In der Tat müsste man sich, wollte man das Vorgenannte grundsätzlich bejahen, fragen, was dann noch von einer effektiven verfassungsgerichtlichen Kontrolle übrig bleiben würde, würde man auch die Angemessenheitskontrolle weitgehend in das Ermessen des Gesetzgebers stellen. Jedenfalls aber kann diese Judikatur vom 19.11.2021 aber keinesfalls auf die hiesige Sachlage übertragen werden. Denn vorliegend sind vor allem die Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG, II 2 GG und Art. 1 I GG betroffen. Der Senat hat aber in seinem Beschluss Bundesnotbremse I vom 19.11.2021 konzediert, dass sich "*(…) der Spielraum wegen des betroffenen Grundrechts und der Intensität des Eingriffs verengen (vgl. BVerfGE 152, 68 <119 Rn. 134>) (…)*" könne.

BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021, Az. 1 BvR 781/21,1 BvR 798/21 u.a., Rn. 204 – juris

Vorliegend handelt es sich um Eingriffe in die ranghöchsten Grundrechte, die das Grundgesetz garantiert. Es handelt sich um einen Dauer-Eingriff (vgl. § 20a IV BIfSG n.F.), der die Bürger schon jetzt dazu verpflichtet, sich z.B. im Oktober 2022 gegen den dann vorliegenden Impfstoff gegen die dann vorliegende neue Mutante (welchen Namen diese dann auch immer haben mag) impfen zu lassen. Eine massive weitere Verengung des Spielraums ist vorliegend auch deshalb zu bejahen – sofern man, was, wie dargelegt klar zu verneinen ist, § 20a I, IV BIfSG n.F. überhaupt mit dem Wesentlichkeitsgrundsatz und der Parlamentsvorbehaltslehre im Einklang bringen wollte – weil die Verpflichtung zur Impfung zu 100% in das Ermessen der Exekutive, und zwar sogar nur noch in das Ermessen des RKI und des PEI gelegt worden ist. Der Minister Lauterbach als unmittelbar parlamentsverantwortlicher Minister war nach eigenen Angaben über die massive, europaweit singuläre Entscheidung, den Genesenenstatus von 6 auf nur noch 3 Monate zu verringern, noch nicht einmal informiert gewesen!

Vgl. https://www.youtube.com/watch?v=VNh6KskbVu8: Das RKI hat sich gegenüber der BILD-Zeitung selbst so geäußert, dass eigentlich für die Entscheidung (Verkürzung auf 3 Monate) keine ausreichende Datengrundlage vorhanden war. **- als Anlage B 277 -**

https://www.berliner-zeitung.de/news/verkuerzung-des-genesenen-status-wusste-lauterbach-nicht-bescheid-li.208667 **- als Anlage B 278 -**

https://www.news.de/politik/856103141/lothar-wieler-attackiert-wegen-verkuerzung-von-corona-genesenenstatus-karl-lauterbach-nicht-informiert-rki-chef-hat-es-wieder-verbockt/1/: "*Gegenüber der "FAZ" erklärte Lauterbach allerdings: "Dass der Genesenenstatus jenseits der Quarantäneregeln quasi über Nacht auf drei Monate verkürzt wurde – davon war ich nicht unterrichtet.*" **- als Anlage B 279 -**

Dass er diese Entscheidung im Nachgang gebilligt hat, ändert nichts am grundsätzlichen Demokratiedefizit des § 20a I, IV BIfSG n.F., der solche massiven Änderungen des Umfangs der bestehenden Impfpflicht zulässt und hierauf ausgerichtet ist. Eine Norm, die eine solche Umgehung des Parlaments in zentralsten Grundrechtsfragen zu-lässt, kann nicht verfassungskonform sein. Wollte man einen Verstoß gegen den Wesentlichkeits- und Parlamentsvorbehalt verneinen, scheitert die Norm deshalb, weil die massive Verkürzung des Genesenenstatus, wie umfangreich dargelegt, völlig unwissenschaftlich und nicht mehr haltbar ist, was zur Folge hätte bzw. hat, dass der Geltungsbereich der Impfpflicht viel zu umfassend und damit unverhältnismäßig ist.

2. Die "2G-Plus-Plus"-Regelung beim Bundesverfassungsgericht

Das Bundesverfassungsgericht hatte für eine mündliche Verhandlung im Dezember 2021 selber eine sog. "2G-Plus-Plus"-Regelung verhängt, d.h. selbst geimpfte und genesene mussten zusätzlich einen PCR-Test vorlegen. Damit hat das BVerfG selber – und insoweit völlig zutreffend – hinreichend verdeutlicht, dass es die Impfungen alleine keinesfalls mehr

als entscheidendes und optimalstes Kriterium für den Gesundheitsschutz einstuft und den Impfungen allenfalls einen geringen Aussagewert zubilligt. Wäre es anders gewesen, hätte das BVerfG sich mit einem Doppel-Impfnachweis begnügen müssen.

XIV: Vorerst abschließender primär medizinischer Vortrag im Hauptsacheverfahren

1. Pandemie der Unwissenheit

In der Drucksache 20/477, betreffend die Themen der Mängel an Intensivbetten und fehlendes Pflegepersonal räumt die Bundesregierung offen ein:

Zu Frage 2:

"*...Die Bettenauslastung ist seit Beginn der Corona-Pandemie spürbar zurückgegangen…*"

Zu Frage 3:

"*...Der Bundesregierung liegen keine belastbaren Daten über die Anzahl der intensivmedizinisch geschulten Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte vor ... .*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://dserver.bundestag.de/btd/20/004/2000477.pdf **- als Anlage B 279.1. -**

Es gibt offenbar zu nichts eine auch nur ansatzweise valide Datenbasis … ! Die Bundesregierung bemüht sich auch noch nicht einmal, diese Daten zu erhalten. Unwissenheit kann nicht verfassungsrechtliche Grundlage sein für die massivsten Grundrechtseingriffe seit 1949.

XIV: Aktualisierung der Anträge und aktuelles Rubrum

1. Aktuelles Rubrum

Es wird gebeten, das Rubrum wie folgt zu formulieren:

"In dem Verfassungsbeschwerde nebst Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung:

1.
[…]
33. - 35: Beschwerdeführer durch Abtrennungsbeschluss aus dem hiesigen Verfahren ausgeschieden und fortan Beschwerdeführer des familiengerichtlichen Verfahrens Az. 1 BvR 84/22
[…]
45. neu!
46. neu!
47. neu!

48. neu!
49. neu!

Die Beschwerdeführer Nr. 45 und 46 betreiben seit vielen Jahren gemeinsam eine Zahnarztpraxis in Xxxxxxxx. Derzeit hat die Zahnarztpraxis 2169 laufende Patientenbehandlungen bzw. regelmäßige Kontrolluntersuchungen. 52 Patienten hiervon sind 65 Jahre oder älter (= 2,4%). Diese kommen im Schnitt 1 – 2 x pro Jahr zur zahnärztlichen Kontrolle. In laufender kieferorthopädischer Behandlung befinden sich nur 3 Patienten (6 – 8 Termine im Jahr). Rein rechnerisch ergibt sich daher ein durchschnittlicher Praxisbesuch von 1,9 Besuchen pro Jahr für jeden Patienten aus der vulnerablen Gruppe. Dies bedeutet auf die Woche heruntergebrochen 2,5 Patienten/Woche bei 40 Arbeitswochen und insgesamt 200 bis 250 Patientenbesuchen je Woche. Insoweit haben die beiden Beschwerdeführer beruflich nur zu wenigen "covid-19-vulnerablen Patienten" Kontakt. In der Zahnarztpraxis der Beschwerdeführer Nr. 45 und 46 sind derzeit 8,5 Personen tätig. 2 Mitarbeiter befinden sich im Mutterschutzurlaub. 4 Mitarbeiter, darunter die beiden Zahnärzte und hiesigen Beschwerdeführer sind ungeimpft und wollen dies auch künftig bleiben. Die hiesigen Beschwerdeführer Nr. 45 und 46 sind insbesondere auch auf den Fortbestand ihres Labors angewiesen. Dort sind 2 Mitarbeiter (ungeimpft) tätig. Die Versorgung der Patienten wäre ernsthaft gefährdet, wenn diese und die beiden Zahnärzte ein Tätigkeitsverbot bekommen würden. Ferner wollen die Beschwerdeführer neben der Praktikantin, die ehemalige Beschwerdeführerin Nr. 33, die zusammen mit deren Eltern im familiengerichtlichen Verfahrens Az. 1 BvR 84/22 die Beschwerdeführerin ist, auch nach dem 16.03.2022 noch weitere Mitarbeiter einstellen, wodurch sie insbesondere durch die §§ 20a I, III BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 7e – g) BIfSG n.F. jedoch gehindert werden.

Die Beschwerdeführerin Nr. 47 ist als Sozialpädagogin im betreuten Wohnen mit psychisch kranken Menschen tätig. Sie war im Dezember positiv mittels PCR-Tests getestet worden und aufgrund der früheren Regelung daher eigentlich bis 28.05.2022 genesen. Sie hält die Impfpflicht nicht nur für generell verfassungswidrig, sondern speziell auch ihre Verpflichtung, sich schon zum 15.03.2022 vollständig impfen lassen zu müssen. Wie die übrigen Beschwerdeführer ist sie der Auffassung, dass eine Norm, die den schärfsten und dauerhaftesten Grundrechtseingriff seit 1949 in die ranghöchsten Grundrechte vor allem aus Art. 2 II 1, II 2 GG (i. V. m. Art. 104 GG) anordnet, die Festlegung des Adressatenkreises für diesen massiven Grundrechtseingriff nicht über dynamische Verweisungen auf die Internetseiten des PEI und / oder des RKI delegieren darf. Der Gesetzgeber darf sich seiner Verpflichtung, diese Grundrechtseingriffe selber zu regeln – und hierzu gehört vor allem die Regelung des Adressatenkreis, zu dessen Lasten der Grundrechtseingriff erfolgt – nicht dadurch entlegen, indem er diese wesentlichen Fragen zu 100% an die Exekutive, noch dazu noch nicht einmal an die Regierung selber, delegiert. Die jungen psychisch kranken Menschen, mit denen die Beschwerdeführerin regelmäßig im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Kontakt hat, sind keineswegs eine covid-vulnerable Gruppe, weshalb eine Impfpflicht zu Lasten gesunder, noch dazu wie bei der Beschwerdeführerin Nr. 47 noch dazu medizinisch genesener Betreuer zu Gunsten dieser Gruppe völlig unverhältnismäßig ist.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Positiver PCR-Test der Beschwerdeführerin Nr. 47 **- als Anlage B 280 -**

Der Beschwerdeführer Nr. 48 hat keinen direkten Kontakt mit Patienten oder Pflegekräften, sondern lediglich mit Mitarbeitern des Hauses auf Leitungsebene, die allesamt nicht covid-vulnerabel sind. Er arbeitet als Küchenleiter im Krankenhausbetrieb der Xxxxxxxxx GmbH, die ihren Hauptsitz in Xxxxxxx hat, wobei er jedoch in Xxxxxx tätig ist.

Der Beschwerdeführer Nr. 49 schließlich ist als Sozialtherapeut in einer Rehaklinik tätig. Wenn er Spätdienst hat, übernachtet er im Büro und arbeitet am nächsten Morgen ohne Unterbrechung gleich weiter. Er ist im Xxxxxxxx-Krankenhaus Xxxx-GmbH in Xxxxxxxx/Stadt tätig, hierbei handelt es sich um eine Rehaklinik für Abhängigkeitserkrankungen. Er hat mehrmals im Monat Spätdienst, welcher von 13.00-22.00 andauert. Da er am nächsten Tag auch wieder um 06.00 beginnt, schläft er wie einige seiner Kollegen in seinem Büro. Das dem Beschwerdeführer Nr. 49 ab 16.03.2022 drohende Tätigkeits- und Betretungsverbot greift somit auch nach der strengsten Literaturauffassung in den Schutzbereich seines Grundrechts aus Art. 11 I GG ein. Jedenfalls aufgrund der mehrfachen Übernachtungen am Arbeitsort, wobei der Aufenthalt aufgrund der Übernachtung nicht nur und ausschließlich beruflichen Zwecken dient, stellt das unmittelbar drohende Tätigkeits- und Betretungsverbot einen Eingriff auch in Art. 11 I GG dar. Dieser gesetzliche Eingriff ist wegen des offensichtlichen Verstoßes gegen Art. 19 I 2 GG evident verfassungswidrig und kann auch nicht im Wege einer verfassungskonformen Auslegung geheilt werden (hierzu wurde bereits Näheres vorgetragen).

E) Eilantragsbegründung

1. Allgemeine Maßstäbe

In der Regel leitet das Bundesverfassungsgericht aus § 32 BVerfGG extrem strenge Maßstäbe für die Außervollzugsetzung eines förmlichen Parlamentsgesetzes her.

Vgl. statt aller:
“***I.***

Nach § 32 Abs. 1 BVerfGG kann das Bundesverfassungsgericht einen Zustand durch einstweilige Anordnung vorläufig regeln, wenn dies zur Abwehr schwerer Nachteile, zur Verhinderung drohender Gewalt oder aus einem anderen wichtigen Grund zum gemeinen Wohl dringend geboten ist.

Bei der Entscheidung über die einstweilige Anordnung haben die Gründe, die für die Verfassungswidrigkeit der angegriffenen Maßnahmen vorgetragen werden, grundsätzlich außer Betracht zu bleiben, es sei denn, die in der Hauptsache begehrte Feststellung oder der in der Hauptsache gestellte Antrag erwiesen sich als von vornherein unzulässig oder offensichtlich unbegründet (vgl. BVerfGE 140, 99 <106 Rn. 11>; 143, 65 <87 Rn. 35>; stRspr). Bei offenem Ausgang des Hauptsacheverfahrens muss das Bundesverfassungsgericht im Rahmen einer Folgenabwägung die Nachteile abwägen, die einträten, wenn eine einstweilige Anordnung nicht erginge, der Antrag aber in der

Hauptsache Erfolg hätte, gegenüber den Nachteilen, die entstünden, wenn die begehrte einstweilige Anordnung erlassen würde, dem Antrag in der Hauptsache aber der Erfolg zu versagen wäre (vgl. BVerfGE 140, 99 <106 Rn. 11>; 143, 65 <87 Rn. 35>; BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 15. April 2021 - 2 BvR 547/21 -, Rn. 73 jeweils m.w.N.; stRspr).

Wegen der häufig weittragenden Folgen einer einstweiligen Anordnung ist regelmäßig ein strenger Maßstab anzulegen (vgl. BVerfGE 132, 195 <232 Rn. 86>; 143, 65 <87 Rn. 34>; BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 15. April 2021 - 2 BvR 547/21 -, Rn. 67; stRspr). Wird die Aussetzung des Vollzugs eines Gesetzes begehrt, gelten dafür besonders hohe Hürden (vgl. BVerfGE 140, 99 <106 f. Rn. 12>; stRspr). Denn das Bundesverfassungsgericht darf von seiner Befugnis, den Vollzug eines Gesetzes auszusetzen oder bereits das Inkrafttreten eines Gesetzes vorläufig zu unterbinden, nur mit größter Zurückhaltung Gebrauch machen, weil dies einen erheblichen Eingriff in die originäre Zuständigkeit des Gesetzgebers darstellt (vgl. BVerfGE 140, 99 <106 f. Rn. 12>; BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 15. April 2021 - 2 BvR 547/21 -, Rn. 67). Die Erheblichkeit dieses Eingriffs folgt aus dem Umstand, dass durch eine solche einstweilige Anordnung das angegriffene Gesetz allgemein und nicht nur in der Beziehung zu den Antragstellenden außer Vollzug gesetzt wird. Deshalb sind in die Folgenabwägung auch die Auswirkungen auf sämtliche von dem Gesetz Betroffenen einzubeziehen und nicht nur diejenigen für die Antragstellenden selbst (vgl. BVerfGE 122, 342 <362>; 140, 99 <107 Rn. 12>). Müssen die für eine vorläufige Regelung sprechenden Gründe schon im Regelfall so schwer wiegen, dass sie den Erlass einer einstweiligen Anordnung unabdingbar machen, so müssen sie, wenn beantragt ist, den Vollzug eines Gesetzes auszusetzen, darüber hinaus besonderes Gewicht haben (vgl. BVerfGE 122, 342 <361 f.>; 140, 99 <107 Rn. 12>; BVerfG, Beschluss des Zweiten Senats vom 15. April 2021 - 2 BvR 547/21 -, Rn. 67 m.w.N.; stRspr). Insoweit ist von entscheidender Bedeutung, ob die Nachteile irreversibel oder auch nur sehr erschwert revidierbar sind (vgl. BVerfGE 118, 111 <123>; 140, 211 <219 f. Rn. 13>; stRspr), um das Aussetzungsinteresse durchschlagen zu lassen. Stehen die jeweiligen Nachteile der abzuwägenden Folgenkonstellationen einander in etwa gleichgewichtig gegenüber, verbietet es die aus der Gewaltenteilung (Art. 20 Abs. 2 Satz 2 GG) notwendige Zurückhaltung des Bundesverfassungsgerichts, das angegriffene Gesetz auszusetzen, bevor geklärt ist, ob es mit dem Grundgesetz vereinbar ist (vgl. BVerfGE 108, 45 <51>; 140, 99 <106 f. Rn. 12>). Das Bundesverfassungsgericht setzt ein Gesetz also nur dann nach § 32 BVerfGG vorläufig außer Vollzug, wenn die Gründe für den Erlass der einstweiligen Anordnung überwiegen.“

BVerfG, Beschluss vom 05.05.2021, Az. 1 BvR 781/21 u.a., Rn. 18 - 20 – juris

1. Der vorliegende Fall: Bereits offensichtliche Erfolgsaussichten in der Hauptsache schon aufgrund formeller Fehler und vieler Gleichheitsverstöße

Vorliegend sind die Erfolgsaussichten in der Hauptsache bereits deshalb sehr gut, weil eine Vielzahl an Verstößen gegen Art. 19 I 2 GG gerügt worden sind und diese auch evident gegeben sind. Für die vielfach gerügten Gleichheitsverstöße, die auch Verstöße gegen Art. 12 I GG zur Folge haben, gilt das Gleiche. Ferner sind nach hiesiger Auffassung auch die vielen nicht bekannten und nicht abgerufenen, aber sehr wohl entscheidungserheblichen

Daten (Stichwort: politisch zumindest in Kauf genommene “Pandemie der Unwissenheit“) offensichtlich und dem Grunde nach wohl auch unstreitig. Gleiches gilt für die unstreitige Nichtwirkung der derzeitigen Impfungen gegen die derzeit vorherrschende Omikron-Variante – andernfalls würde die Ankündigung namentlich des Pharmaunternehmens BioNTech, dass man ab März einen Omikron-Impfstoff ausliefern wolle, keinen Sinn ergeben. Bis 15.03.2022 wären mehrere Impfungen aber ohnehin nicht zu leisten, zumal vieles dafür spricht, dass auch dieser neue Omikron-Impfstoff erst nach dem 15.03.2022 in nennenswerter Anzahl zur Verfügung steht. Das verpflichtende Verimpfen von Impfstoffen gegen die längst irrelevant gewordene Wuhan-Fassung des Virus – gegen andere Virus-Varianten sind die Impfstoffe bis heute noch nicht einmal bedingt zugelassen worden – ist offensichtlich nutzlos und unzumutbar. Auch dass die schrankenlose dynamische Verweisung in § 20a I BIfSG n.F., die offensichtlich eine massive Veränderung des Kreises der Impfpflichtigen

(der Bundestag ging am 10.12.2021 noch von einem Genesenenstatus von 6 Monaten und davon aus, dass eine einmalige Impfung mit dem Impfstoff von Johnson & Johnson zwei Impfungen von BioNTech oder zwei Impfungen mit Moderna gleichstünde)

allein durch Handeln der Bundesoberbehörden PEI und RKI gestattet und eine solche Veränderung parlaments- und sogar ministerunabhängig (!) gestattet, nicht mit der bisherigen verfassungsrechtlichen Judikatur zu dynamischen Verweisungen im Einklang steht, ist nach hiesiger Auffassung ebenfalls evident. Dass das Bundesverfassungsgericht diese seit Jahrzehnten bestehende, von der ganz überwiegenden Literatur gebilligte Judikatur ändern wollte und im Hauptsacheverfahren (insoweit) keinen Verfassungsverstoß annehmen wollte, ist kaum vorstellbar. U.a. den Beschwerdeführern Nr. 43 und Nr. 47, die laut einer Vielzahl an Studien weit über den 15.03.2022 hinaus medizinisch genesen sind, eine Impfpflicht schon zum 15.03.2022 hinaus aufzunötigen und ihnen jeden Antritt einer neuen Arbeitsstelle ab 16.03.2022 zu verbieten, ist evident unverhältnismäßig.

Die einstweilige Anordnung ist daher aufgrund offensichtlich gegebener Erfolgsaussichten in der Hauptsachte gegeben. Die Nachteile, die es abzuwenden gilt, haben enormes verfassungsrechtliches Gewicht, nämlich u.a.:

a) Der Schutz der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 II 1 GG) vor Impfschäden und vor Missachtung freien körperlichen Selbstbestimmung für bundesweit mehrere Millionen Menschen;

b) Der Schutz des Lebens vor mitunter auch tödlich verlaufenden Impfschäden (Art. 2 II 1 GG i. V. m. Art. 19 I 2 GG); dass die gut gemeinten Impfungen mitunter auch mal tödlich enden, hat auch das PEI nicht bestritten und ist durch mehrere insoweit glaubhafte Medienberichte aus dem In- und Ausland bestätigt; auf die Frage, ob die – wie vom PEI und dem Großteil der Politiker behauptet – nur sehr selten vorkommt oder ob es auch hinsichtlich der Impf-Todesfälle eine enorme Dunkelziffer gibt (hierzu wurde bereits umfassend vorgetragen), ist im Hinblick auf Art. 19 I 2 GG unerheblich; ferner droht der Verstoß gegen den elementaren verfassungsrechtlichen Grundsatz “Leben gegen Leben ist nicht abwägbar“, welcher auch auf das Verhältnis von Impftoten und den (wenigen) unzweifelhaft an (und nicht nur mit) Corona gestorbenen Personen Anwendung findet;

c) Der Schutz der Berufsfreiheit (Art. 12 I GG) für Millionen von Menschen, denen ein Tätigkeitsverbot droht – absurderweise selbst dann, wenn die betreffende Person gar keinen Kontakt zu den sog. covid-vulnerablen Personen hat (z.B. die Reinigungskraft, die ein- oder zwei Mal pro Woche nach 18.00 Uhr ganz alleine eine Zahnarztpraxis oder eine Physiotherapiepraxis reinigt) oder im sog. Homeoffice tätig ist und allenfalls nach Geschäftsschluss die Einrichtung aufsucht;

d) Der Schutz eines wesentlichen Grundsatzes des Berufsbeamtentums (Art. 33 V GG), soweit auch Beamten ein Betretungs-, Tätigkeits- und / oder Zutrittsverbot kraft Gesetzes droht; insbesondere ist es bereits in der Judikatur des BVerfG entschieden, dass für die Entlassung aus dem Berufsbeamtentum (und nichts anderes stellt ein Tätigkeitsverbot in der Sache nach dar) keine Ermessens-Norm maßgeblich sein kann, sodass § 20a V 3 BIfSG n.F. materiell mit Art. 33 V GG ebenfalls evident unvereinbar ist;

e) die unwiderrufliche Mitteilung (beliebig vieler) persönlicher Daten von den Arbeitgebern an die Gesundheitsämter sowie der Umstand, dass diese dort beliebig lange (!) verbleiben können, weil der Gesetzgeber keinerlei Löschungsregelungen für diese hochpersönlichen Daten vorgesehen hat (evidenter Verstoß gegen Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG);

f) der Schutz der persönlichen Freiheit (Art. 2 II 2 i. V. m. Art. 104 I GG) von bundesweit Millionen Bürgern, denen ein Tätigkeitsverbot droht oder die, noch schlimmer, ihre geplante Tätigkeit nach dem 16.03.2022 noch nicht einmal aufnehmen dürfen;

g) es gilt ferner Millionen verfassungswidriger Bußgeldbescheide zu verhindern, deren formelle Grundlage evident mit Art. 103 II GG unvereinbar ist, weil die Definition des § 2 BIfSG n.F. der personenbezogenen Angaben völlig unbestimmt und zudem ohnehin bereits formell mangels Bundesratszustimmung nichtig ist.

Eine Impfpflicht ist auch im Falle eines späteren Obsiegens in der Hauptsache nicht mehr rückgängig zu machen. Es drohen gänzlich irreversible Grundrechtseingriffe. Daher ist nach den vorgenannten Maßstäben die beantragte einstweilige Anordnung zu erlassen.

2. Hilfsweise: Folgenabwägung geht zu Gunsten der Beschwerdeführer und Antragsteller aus

Wollte man aus unerfindlichen Grüßen die Erfolgsaussichten der hiesigen zulässigen Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache nur als offen einstufen, so fiele die Folgenabwägung gleichwohl zu Gunsten der hiesigen Beschwerdeführer und Antragsteller aus.

a) Erfolg der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache, aber Abweisung des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

In einem solchen Fall würden enorme Risiken bestehen, dass viele weitere ernstzunehmende Impfnebenwirkungen und Impfschäden eintreten würden, die das Gesundheitssystem enorm belasten werden – und zwar noch über Jahre hinweg – und vielen Menschen und deren Angehörigen enormes Leid abverlangen würden. Schon die vielen Fehler im bedingten Zulassungsverfahren sowie die nicht minder vielen strukturellen Mängel im Bereich der Impfschadensmeldung in Deutschland sprechen deutlich dafür, dass die offiziellen Zahlen hier nur die Spitze des Eisberges anzeigen, was aber nichts daran ändert, dass es in Wahrheit natürlich viel mehr ernsthafte Impfnebenwirkungen und Impfschäden gibt. Letzteres gilt umso mehr als dass der Gesetzgeber den Bürger "auf Vorrat" zum Dauerimpfen zumindest bis 31.12.2022 verpflichtet (§ 20a IV BIfSG n.F.). Da die Impfstoffe und die Corona-Varianten, die es ab April (bis dahin dürfte "Omikron" einigermaßen "durch" sein) bis Dezember 2022 geben wird, noch nicht einmal bekannt bzw. noch nicht einmal deren Zulassung beantragt ist, kann erst recht nicht postuliert werden, dass diese (künftigen) Impfstoffe äußerst nebenwirkungsarm sein werden.

Die Aufhebung der freien Entscheidung der Bürger über ihren eigenen Körper – ein verfassungsrechtlicher Höchstwert, der engsten Bezug zu Art. 1 I GG aufweist – könnte ferner auch durch ein Obsiegen in der Hauptsache nicht mehr rückgängig gemacht werden. Wie dargelegt gibt es massive Anzeichen dafür, dass im Falle einer konsequenten Anwendung des Gesetzes sich der Pflegenotstand dramatisch verschärfen würde. Ein Tätigkeitsverbot für alle derzeitigen ungeimpften Zahnärzte, Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten etc. würde zu einem zumindest teilweisen Ausfall der ärztlichen Versorgung führen. Hierzu wurde bereits vieles vorgetragen, insbesondere auch von Verbandsvertretern. Dass allein einziger Landkreis angekündigt hat, das Gesetz nicht umzusetzen,

Vgl. **Beweis und Glaubhaftmachung:**

https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/131219/Landkreis-Bautzen-will-Impfpflicht-fuer-Pflegekraefte-nicht-umsetzen **- als Anlage B 281 -**

reicht noch lange nicht aus, den drohenden massivsten Pflegenotstand aller Zeiten abzuwenden! Zudem aber führt selbst so eine mutige wie richtige Entscheidung eines einzigen Landkreises, wenn auch ungewollt, nur zu noch mehr Ungerechtigkeiten: Denn warum sollten dann zwar Pflegekräfte (zumindest bis auf Weiteres) geschützt werden, aber Zahnärzte und Ärzte, Physio- und Ergotherapeuten etc., die müssen dann weiterhin nach § 20a V 3 BIfSG n.F. eine Ermessensentscheidung der Gesundheitsbehörde fürchten und um ihre berufliche Existenz bangen(?!). Nur der Erlass der einstweiligen Anordnung kann diese Katastrophe abwenden. Ein Erlass einer einstweiligen Anordnung muss das gesamte Gesetz außer Vollzug setzen, nicht nur einzelne Teile, und zwar ggf. nach § 78 S. 2 BVerfGG analog.

Ein Erfolg erst im Hauptsacheverfahren und die Abweisung des Eilantrags würde zu massiven, irreparablen Grundrechtsverstößen, zu (weiteren und noch intensiveren) gesellschaftlichen Spannungen und Verwerfungen führen und zu einer massiven Verschärfung der Probleme in der gesamtgesundheitlichen Versorgung. Das kann das Bundesverfassungsgericht nicht ernsthaft verantworten und auch nicht ernsthaft durch

Abweisung des Eilantrags auch nur billigend in Kauf nehmen. Die wirtschaftlichen, sozialen und grundrechtlichen Schäden im Falle der Abweisung des Eilantrags wären immens und sind auch mit sehr deutlich-drastischen Worten nur unvollkommen beschreibbar.

b) Erfolg im Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, aber Abweisung der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache

In diesem Fall würden massivste Schäden für die Grundrechte und für die wirtschaftliche und soziale Entwicklung abgewendet werden (s.o. und siehe den bisherigen Vortrag im Hauptsacheverfahren). Die Menschen könnten weiterhin frei entscheiden und ihren bisherigen beruflichen Tätigkeiten, insbesondere auch in der chronisch unter-besetzen Pflege, nachgehen. Eine noch nie dagewesene Pflegekatastrophe und eine noch nie dagewesene konkrete Gefahr einer enormen medizinischen Unterversorgung wäre abgewendet. Substanzielle Nachteile, insbesondere solche für den Gesundheits-schutz, wären nicht zu befürchten. Die vulnerablen Gruppen können – wenn sie an die angeblich hohe Effektivität der 1., der 2., der 3. oder der von Minister Lauterbach bereits sehr sicher angekündigten 4. Impfung im Frühjahr und an die 5. Impfung Anfang Herbst dieses Jahres glauben, sich freiwillig auf Kosten der Allgemeinheit impfen lassen. Der Einwand, dass die Impfstoffe bei vulnerablen Personengruppen weniger gut wirken, wobei bei Corona-Impfstoffen “gut wirken“ nach offizieller Behauptung ohnehin nur bedeutet, ein geringeres Risiko für einen schweren Verlauf zu haben, ist statistisch nicht gut belegt und hat daher wenig Gewicht. Selbst wenn man den letzten Punkt im Grundsatz anders bewerten wollte, hat der Gesetzgeber jedenfalls jede echte, substanzielle Abwägung mit den massiven Nachteilen der Impfung unterlassen (z.B. gigantische Kosten der Impfkampagne; gigantische Kosten der Unterhaltung der vielen Impfzentren; Bindung von tausenden Ärzten, die sehr gut bezahlt in den Impfzentren das “Durchimpfen“ anstatt in ihren Privatpraxen oder in den Kliniken ihre Patienten zu beraten und zu behandeln), jede konkrete Ermittlung der Kosten unterlasse und die entscheidenden Daten (z.B.: welche direkten oder indirekten Schäden entstehen, wenn ein beträchtlicher Teil der gesamten Ärzte der Republik (welcher Teil genau?) den Großteil der Woche für ihre bisherigen Tätigkeiten gar nicht zur Verfügung steht?)) gar nicht erst erhoben. Ein Erfolg im Eilverfahren könnte die laufende Impfkampagne zumindest abschwächen, sodass die Ärzte wieder vermehrt ihre bisherigen medizinisch ebenfalls gewichtigen Tätigkeiten ausüben könnten. Die Gelder der Impfkampagne, die Gelder für die Impfzentren, die Gelder für die Impfärzte etc. könnte für die Entwicklung noch besserer Medikamente eingesetzt werden und der Personalengpass auf den Intensiv- wie auf den Normalstationen würde geringer werden.

Viele weitere Impfschäden und sehr wahrscheinlich auch ein weiterer Anstieg der Übersterblichkeit (sofern die übrigen Verfahrensbeteiligten nicht sehr plausible andere Gründe für die unstreitig vorhandene Übersterblichkeit) anführen, wären zumindest bis auf weiteres gestoppt.

Viele Ärzte, Pflegekräfte, Zahnärzte, Ergo- und Physiotherapeuten etc. hätten bis zum Jahresende, d.h. bis zur Entscheidung in der Hauptsache, zudem ausreichend Zeit für eine ggf. gewollte berufliche Neuorientierung.

Es ist augenscheinlich, dass das Szenario unter a) viel schlimmer und für das allgemeine Wohl viel schädlicher ist als das unter b) skizzierte Szenario. Daher muss die einstweilige Anordnung dringend erlassen werden.

Ein “Mittelweg“ dergestalt, dass das Bundesverfassungsgericht das Gesetz nur unter sog. Maßgaben einstweilen bestehen lässt, ist nach hiesiger Ansicht ausgeschlossen. Denn der Wortlaut und auch die Entstehungsgeschichte des Gesetzes sind insoweit (leider) eindeutig. Der Gesetzgeber wollte ausdrücklich auch diejenigen der Impfpflicht unterwerfen, die gar keinen Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben (die Reinigungskraft, die nach Schluss der Öffnungszeiten die Praxis reinigt oder die Küchenkraft, die die Pflegepatienten gar nicht sieht). Er wollte sogar die Online-Sprechstunde verbieten (vgl. u. a. den Vortrag zum Beschwerdeführer Nr. 4), obwohl hier das sog. Infektionsrisiko ersichtlich nur mit “Null“ angegeben werden kann. Er wollte auch die Einstellung neuer Ärzte oder von sonstigen Mitarbeitern der in § 20a BIfSG n.F. aufgelisteten Einrichtungen zum Dauer-Impfen verpflichten, insbesondere ab dem 16.03.2022, wenn diese ausschließlich oder überwiegend im Homeoffice tätig sind oder nur geringen Kontakt zu den vulnerablen Gruppen oder zu den covid-vulnerablen Gruppen gar keinen und nur geringen Kontakt zur (nicht vulnerablen) Leitung der Einrichtung haben. Es kann aber nicht Aufgabe des Bundesverfassungsgerichts sein, dem Gesetzgeber quasi “Formulierungshilfe“ in Gestalt einer Maßgaben-Anordnung zu erteilen und auf diese Weise den objektiven Sinngehalt des Gesetzes deutlich zu verändern. Nicht nur der Wortlaut und die eindeutige Entstehungsgeschichte des Gesetzes stehen dem entgegen, sondern auch der Umstand, dass das Bundesverfassungsgericht dann auf diese Weise politische Entscheidungen treffen müsste: Es müsste dann z.B. auch festlegen, ob Mitarbeiter, die nur geringen Kontakt zu covid-vulnerablen Personengruppen haben, ansonsten aber weitgehend im Homeoffice tätig sind, nicht der Impfpflicht unterliegen oder gleichwohl doch der Impfpflicht unterliegen. Es müsste auch festlegen, was genau unter “nur geringem Kontakt“ zu verstehen ist und ob ggf. das Restrisiko durch (strenge-re) Schutzregeln (z.B. FFP3-Maske) ausgeglichen werden kann. Es müsste ferner auch anordnen, nach welchen Kriterien das Ermessen i. S. d. § 20 V 3 BIfSG n.F. auszuüben wäre, wenn zwar im Einzelfall in einem Landkreis und z.B. in einer Arzt- oder Zahnarzt-praxis kein Zusammenbruch droht, wenn ein ungeimpfter Mitarbeiter ein Tätigkeitsverbot erhält, ein solcher Zusammenbruch der Praxis aber sehr wohl droht, wenn zwei (wichtigen) Mitarbeitern ein solches Tätigkeitsverbot droht. Die Auswahlkriterien des Gesundheitsamts in einem solchen Fall sind weder im Gesetz noch in der Gesetzesbegründung normiert und können nach hiesiger Auffassung auch nicht nur vorübergehend vom Bundesverfassungsgericht vorgegeben werden.

Auch die einstweilige Anordnung einer verfassungskonformen Auslegung des Gesetzes im Lichte des Art. 19 I 2 GG scheitert jedenfalls daran, weil dies sowohl aufgrund der Vielzahl der Verstöße gegen Art. 19 I 2 GG als auch aufgrund der Folgen eines solchen Vorgehens (= massive Gleichheitsverstöße und grobe Widersprüche) nicht in Betracht kommt. Somit muss das gesamte Gesetz vorläufig außer Vollzug gesetzt werden.

Sollte das Gericht wider Erwarten doch einen solchen “Mittelweg“ für möglich halten, soll diese Möglichkeit im Eilantrag als mit enthalten eingestuft werden.

3. Hilfsweise: Der hiesige Ausnahmefall erfordert eine umfassende Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache schon im Verfahren auf Erlass einer einstweiligen Anordnung und ausnahmsweise eine weitgehende Vorwegnahme der Hauptsache u.a. aus Gründen effektiven Eilrechtsschutzes zur Abwehr massiver Nachteile für das allgemeine Wohl

In der verfassungsgerichtlichen Judikatur sind solche Ausnahmen anerkannt für diejenigen Fälle, in denen ansonsten kein effektiver Rechtsschutz vorliegen würde oder in denen ansonsten auch durch ein späteres Obsiegen in der Hauptsache die zwischenzeitlich eingetretenen negativen Folgen nicht mehr rückgängig gemacht werden könnten.

Vgl. z.B. "*Für die Aussetzung des Inkrafttretens eines förmlichen Gesetzes ist bei der Prüfung der Voraussetzungen des § 19a VerfGHG ein besonders strenger Maßstab anzulegen. Die Achtung vor der demokratisch gefundenen Entscheidung des Landtags gebietet es nämlich, eine Rechtsnorm grundsätzlich so lange als rechtsgültig zu beachten, bis in dem dafür vorgesehenen Verfahren ihre Verfassungswidrigkeit mit Gesetzeskraft festgestellt worden ist (§ 26 Abs. 1 und 2 VerfGHG). Die Aussetzung des Vollzugs eines Gesetzes ist daher nur dann gerechtfertigt, wenn sie aus schwerwiegenden Gründen dringend geboten ist (VerfGH RP, Beschluss vom 11. Februar 2008 – VGH A 32/07 u.a. –, AS 35, 439 [440]).*

Nimmt eine einstweilige Anordnung die Entscheidung in der Hauptsache vorweg, sind die vorstehenden Maßstäbe weiter zu modifizieren. In einem solchen Fall sind die Anträge in der Hauptsache stärker in den Blick zu nehmen. Es müssen dann erhebliche Gründe für einen Erfolg des Antrags in der Hauptsache bzw. für die Verfassungswidrigkeit der außer Vollzug gesetzten Vorschriften sprechen (vgl. entspr. zu § 32 BVerfGG BVerfG, Beschluss vom 28. Februar 1983 – 2 BvR 348/83 –, BVerfGE 63, 254; Beschluss vom 30. Mai 1984 – 2 BvR 617/84 –, BVerfGE 67, 149 [152])."

VerfGH Koblenz, Beschluss vom 04.04.2014, Rn. 41f. – juris; ebenso z.B. BVerfEG 67,149, Rn. 11 - juris

Die Nachteile könnten im Falle eines Obsiegens erst in der Hauptsache nicht ansatzweise rückgängig gemacht werden. Eingetretene Impfschäden und erhebliche Impfnebenwirkungen, die (im Zweifel noch zunehmende) Belastung des Gesundheitssystems durch "Abordnung" von tausenden Ärzten in die Impfzentren, das Hervorrufen von gravierenden Pflegekraftmängeln im Pflegebereich, die massive Bürokratie der nach eigenen Angaben ohnehin überlasteten Gesundheitsämter, die nach § 20a V 3 BIfSG n.F. hunderttausende Einzelfallprüfungen durchführen müssen, der massive Verlust grundrechtlicher Freiheiten etc. etc. (s.o.) – all dieses kann auch durch ein späteres Obsiegen in der Hauptsache nicht mehr rückgängig gemacht werden. Daher sind vorliegend die Erfolgsaussichten in der Hauptsache viel umfangreicher zu prüfen als ansonsten üblich. Diese Prüfung ergibt, dass der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache stattzugeben ist.

Ferner: Die oben zitierten Maßstäbe am Beispiel der Entscheidung vom 05.05.2021, Az. 1 BvR 781/21 u.a., Rn. 18 - 20 – juris können vorliegend schon deshalb nicht uneingeschränkt übernommen werden, weil einer der zentralen verfassungsrechtlichen Vorwürfe bekanntlich

ist, dass der Bundestag seiner Verpflichtung, die wesentlichen Grundrechtsfragen selber zu regeln, grob verletzt hat. Insoweit würde der Erlass einer einstweiligen Anordnung gerade keinen Eingriff in die "*(…) originäre Zuständigkeit des Gesetzgebers (…)*" darstellen, weil der Bundestag von dieser Zuständigkeit und Verpflichtung gerade keinen Gebrauch gemacht hat, sondern, sogar im Gegenteil, den Bundestag als zentrales Gesetzgebungsorgan stärken, indem dieser an seine originären verfassungsrechtlichen Aufgaben "erinnert" werden würde. Generell gilt: Die allgemeinen Maßstäbe für das Eilverfahren laufen immer Gefahr zu einer Art Zirkelschluss zu werden. Denn der Gesetzgeber, der im Einzelfall die Verfassung bricht, kann, darf und soll nicht damit rechnen dürfen, dass das Bundesverfassungsgericht seinen Verfassungsverstoß nur mit größter Zurückhaltung ahndet. Daher spricht einiges für die Annahme, dass die Erfolgsaussichten in der Hauptsache im Eilverfahren sogar generell in größeren Maße als bislang üblich in das Blickfeld genommen werden sollten.

Die Dringlichkeit des Erlasses einer einstweiligen Anordnung folgt vorliegend zusätzlich auch aus dem Umstand, dass das Gesetz nur eine einzige Ausnahme überhaupt vorsieht und dass diese einzige Ausnahme des § 20a I 2 BIfSG n.F. bereits hinsichtlich ihrer Reichweite bestenfalls, wie bereits umfassend dargelegt, unklar ist und seinerseits die entscheidenden Fragen an die Exekutive und an die Ärzteschaft delegiert. Auch dies ist ein unhaltbarer Zustand, dem schnellstmöglich abgeholfen werden sollte.

Wir bedanken uns beim Senat ausdrücklich für die Geduld, die er bis zum Eingang der hiesigen Eilantragsbegründung bewiesen hat.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 276 – B 281

10. Februar 2022

In Sachen
XXXXXXX ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
Az.: 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

bitten wir, das Rubrum wie folgt zu fassen:

A)

Abschließendes Rubrum

"**In dem Verfassungsbeschwerde nebst Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung:**

1. -
[…]
33. - 35: Beschwerdeführer durch Abtrennungsbeschluss aus dem hiesigen Verfahren ausgeschieden und fortan Beschwerdeführer des familiengerichtlichen Verfahrens Az. 1 BvR 84/22
[…]
50. neu!

Der Beschwerdeführer Nr. 50 ist als Kinderarzt in Tübingen tätig und unterliegt zum 15.03.2022 der neuen Impfpflicht. Er ist ungeimpft und will ungeimpft bleiben. Er verfügt über einen äußerst hohen T-Zell-Titer nach einer durchgemachten Coronavirusinfektion vom Oktober 2021. Er ist der der Auffassung, dass die Verhängung einer Impfpflicht auch für Personen, die über eine deutliche dauerhafte natürliche Immunität verfügen, eklatant unverhältnismäßig u.a. in die Grundrechte aus Art. 2 II 1 und 12 I GG eingreift.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Laborbestätigung Labor SYNLAB vom 20.01.2022 ("Starke T-Zell-vermittelte Immunantwort nachgewiesen") **- als Anlage B 291 -**

B)

Durch die "Aussetzung" des angefochtenen Gesetzes durch den Freistaat Bayern besteht ferner nunmehr auch ein evidentes Vollzugsdefizit, das zudem auch zu weiteren Ungleichheiten führt, weil selbst diese Aussetzung des Gesetzes, die für die Fälle des § 20a III BIfSG n.F. ohnehin nicht gelten soll, nur zu weiteren Ungleichheiten führt. Fast alle Beschwerdeführer stammen nicht aus dem Freistaat Bayern und haben daher keinen

Nutzen davon, dass das Gesetz dort – (nur) für den Pflegebereich – außer Vollzug gesetzt wird durch Anweisung der Bayerischen Staatsregierung.

C)

Bei den hiesigen Beschwerdeführern handelt es sich durchgehend um “einfache Bürger“, die keinerlei Unterstützung durch die politischen Parteien und / oder durch die Verbände erhalten haben. Es handelt sich um eine sog. Finanzierung per “Crowdfunding“. Ferner ist die Materie extrem umfangreich und komplex, was dem Umstand geschuldet ist, dass es teilweise rein juristische Fragestellungen (etwa: Gleichheitsverstöße und Verstöße gegen Art. 19 I 2 GG) sowie vielfältige medizinische Fragestellungen (etwa: die natürliche Immunität, die Antikörperimmunität etc.) eng miteinander zusammenhängen. Es war erforderlich, eine große Vielzahl, meist englischsprachiger medizinischer Studien zu ermitteln, durchzuarbeiten und dem Bundesverfassungsgericht vorzutragen. Auf Grundlage eines üblichen Anwalthonorarvertrages wurden bislang 241 Zeitstunden in Rechnung gestellt werden.

Vor diesem Hintergrund erscheint ein Gegenstandswert i. H. v. 4.000.000 € (in Worten: vier Millionen Euro) als angemessen. Diesen Wert bitten wir daher höflich festzusetzen.

Die Kurzfristigkeit dieses Schlussvortrags bitten wir zu entschuldigen. Aufgrund der gestrigen E-Mail der Mitarbeiterin Langendörfer war die Antragstellerseite davon ausgegangen, dass sie noch einige Tage Zeit bis zur Eilentscheidung zur Verfügung haben wird.

Dem Eilantrag ist somit stattzugeben.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlage

B 291

Und das hat das Bundesverfassungsgericht daraus gemacht:

Pressemitteilung

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2022/bvg22-012.html

Ablehnung Eilantrag

https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2022/02/rs20220210_1bvr264921.html

28. Februar 2022

Stellungnahme der Kanzlei Redeker │ Sellner │ Dahs

REDEKER | SELLNER | DAHS RECHTSANWÄLTE

REDEKER SELLNER DAHS | Hedwig-Porschütz-Str. 25 | 10557 Berlin

Bundesverfassungsgericht
Schlossbezirk 3
76131 Karlsruhe

Rechtsanwalt Dr. Christian Eckart, LL.M. (Cornell)
Rechtsanwalt Dr. Christian Johann

Sekretariat Adriana Marino / Andrea Brügge
Telefon +49 / 30 / 88 66 65 140
Telefax +49 / 30 / 88 56 65 99
eckart@redeker.de

Vorab per Telefax: 0721/9101-382
Vorab per E-Mail: ufaulstich@bundesverfassungsgericht.de

Berlin, den 28. Februar 2022 Reg.-Nr.: 00000707-22

In dem Verfahren über die

Verfassungsbeschwerde

gegen Artikel 1 Nr. 4 und Nr. 9 a) aa) des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5161, 5164-5166)

- 1 BvR 2649/21 -

zeigen wir unter Verweis auf die als **Anlage** beigefügte Vollmacht an, dass uns die Bundesregierung, vertreten durch das Bundesministerium für Gesundheit, mit ihrer Vertretung beauftragt hat.

Im Namen der Bundesregierung bedanken wir uns für die Gelegenheit zur abschließenden Stellungnahme und die Übermittlung der in der Verfügung vom 8. Februar 2022 aufgeführten Fragestellungen.

Berlin
Leipziger Platz 3
10117 Berlin
Tel.: +49 30 885665-0
Fax: +49 30 885665-99

Dresden, Bank Dahs
Büro
Tel.: +49 351 31[illegible]
Fax: +49 351 31[illegible]

Bonn
Willy-Brandt-Allee 11
53113 Bonn
Tel.: +49 228 72625-0
Fax: +49 228 72625-99

Brüssel
Rue Archimède 59, Archimèdestraat
1000 Brüssel
Tel.: +32 2 740 20-20
Fax: +32 2 740 20-29

Leipzig
Simon-Bolivar-Platz 1
Petersstraße 30, 4. OG
04109 Leipzig
Tel.: +49 341 21378-0
Fax: +49 341 21378-49

London
4 More London Riverside
London SE1 2AU
Tel.: +44 20 7432 0000
Fax: +44 20 7432 0001

München
Maffeistraße 4
80333 München
Tel.: +49 89 2420278-0
Fax: +49 89 2420278-99

Rechtsanwälte
Partnerschaftsgesellschaft mbB
Sitz Berlin
Partnerschaftsregister Amtsgericht Charlottenburg PR 1970
USt-Id.-Nr. DE 232 [illegible]

www.redeker.de

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss über die Ablehnung der einstweiligen Anordnung vom 10. Februar 2022 zum Ausdruck gebracht, dass die Einführung einer einrichtungs- und unternehmensbezogenen Nachweispflicht in § 20a IfSG als solche keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet. Die Bundesregierung konzentriert sich vor diesem Hintergrund in der nachfolgenden Stellungnahme auf die mit Verfügung vom 8. Februar 2022 zur Regelungstechnik des § 20a IfSG übermittelten Fragen. Im Übrigen wird auf die Stellungnahme der Bundesregierung vom 2. Februar 2022 sowie die Stellungnahmen des Robert Koch-Instituts und des Paul-Ehrlich-Instituts Bezug genommen. Hinsichtlich der aufgeworfenen Fragen des Bundesverfassungsgerichts äußert sich die Bundesregierung wie folgt:

A. Vorbemerkung

(1) Die Bundesregierung wird in Kürze einen Gesetzentwurf zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes in den Bundestag einbringen. Danach sollen die Definitionen der „genesenen Person" und der „geimpften Person" künftig unmittelbar im Infektionsschutzgesetz selbst erfolgen. Im Zuge dessen werden – wie bereits in Ziffer 8 des Beschlusses der Videoschaltkonferenz des Bundeskanzlers mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 16. Februar 2022

> – abrufbar unter: https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/videoschaltkonferenz-des-bundeskanzlers-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-16-februar-2022-2009882 –

angekündigt – u.a. die derzeit in § 2 Nr. 3 bzw. Nr. 5 SchAusnahmV vorgesehenen Verweise auf vom Paul-Ehrlich-Institut bzw. vom Robert Koch-Institut auf ihren Internetseiten veröffentlichte Vorgaben entfallen.

(2) Damit dürften auch die Anknüpfungspunkte für die im Beschluss vom 10. Februar 2022 sowie in dem übermittelten Fragenkatalog zum Ausdruck kommenden Zweifel des Bundesverfassungsgerichts an der in § 20a IfSG gewählten Regelungstechnik entfallen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass die gesetzliche Neuregelung (spätestens) zeitgleich mit dem Auslaufen der Befristungen in § 28a Abs. 9, 10 bzw. § 28b Abs. 7 IfSG zum 19. März 2022 in Kraft treten wird. Die Bundesregierung wird das Bundesverfassungsgericht über den Fortgang des Gesetzgebungsverfahrens laufend informieren.

(3) Ungeachtet dessen ist die Bundesregierung – wie im Folgenden ausgeführt wird – der

Auffassung, dass auch die bisherige Regelungstechnik des § 20a IfSG vor der Verfassung Bestand hätte.

B. Zu den Fragen im Einzelnen

I. Welchen rechtlichen Charakter haben die Vorgaben auf den in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV genannten Internetseiten? Inwiefern entfalten die auf den genannten Internetseiten des PEI und des RKI veröffentlichten Vorgaben für Impfnachweise und Genesenennachweise bei der Anwendung des § 20a IfSG rechtlich bindende Außenwirkung gegenüber den Betroffenen und im gerichtlichen Verfahren? Wie ist eine bindende Außenwirkung mit dem Demokratieprinzip und der Rechtsschutzgarantie nach Art. 19 Abs. 4 GG zu vereinbaren?

(4) Der rechtliche Charakter der Vorgaben auf den in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV genannten Internetseiten bedarf aus Sicht der Bundesregierung keiner abschließenden Klärung durch das Bundesverfassungsgericht. Denn unabhängig davon, ob diese als Verwaltungsvorschriften oder sonstige untergesetzliche Regelungswerke eingeordnet werden, kommt den veröffentlichten Vorgaben für sich genommen jedenfalls keine rechtlich bindende Außenwirkung zu. Erst recht bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass eine (inzidente) gerichtliche Überprüfung der von den Instituten veröffentlichten Vorgaben nicht möglich wäre. Der Bundesregierung ist keine fachgerichtliche Rechtsprechung bekannt, nach der die Gerichte sich in ihren Möglichkeiten eingeschränkt sähen, die Regelungen der SchAusnahmV einschließlich der von ihr in Bezug genommenen Vorgaben auf den Internetseiten des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts vollständig nachzuprüfen. Insbesondere ist insoweit nichts für einen Rückzug auf eine Offensichtlichkeitskontrolle ersichtlich, wie sie im Falle der Investitionszulage von den Gerichten praktiziert und vom Bundesverfassungsgericht im Beschluss vom 31. Mai 2011 (BVerfGE 129, 1) beanstandet wurde.

(5) Gegen die Annahme einer rechtlich bindenden Außenwirkung der von den Instituten veröffentlichten Vorgaben spricht aus Sicht der Bundesregierung darüber hinaus der äußerst limitierte Rahmen, innerhalb dessen die SchAusnahmV ein Tätigwerden des Paul-Ehrlich-Instituts oder des Robert Koch-Instituts voraussetzt. Den Instituten wird kein Ver-

waltungsermessen eingeräumt. Es geht allein um die Bestimmung des Stands der Wissenschaft in Bezug auf die vom Verordnungsgeber vorgegebenen Kriterien. Ein gesundheitspolitischer Spielraum besteht nicht. Gemäß § 2 Nr. 3 SchAusnahmV ist

> „ein Impfnachweis ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrunde liegenden Schutzimpfungen den vom Paul-Ehrlich-Institut im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut im Internet unter der Adresse www.pei.de/impfstoffe/covid-19 unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft veröffentlichten Vorgaben hinsichtlich folgender Kriterien entsprechen:
>
> a) verwendete Impfstoffe,
>
> b) für einen vollständigen Impfschutz erforderliche Anzahl an Einzelimpfungen,
>
> c) für einen weiterhin vollständigen Impfschutz erforderliche Auffrischimpfungen,
>
> d) Intervallzeiten,
>
> aa) die nach einer Impfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und
>
> bb) die höchstens zwischen Einzelimpfungen oder Auffrischimpfungen liegen dürfen,"
>
> (Hervorhebungen hinzugefügt)

Die gleiche Regelungstechnik kommt in § 2 Nr. 5 SchAusnahmV zu Anwendung:

> „ein Genesenennachweis ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn der Nachweis den vom Robert Koch-Institut im Internet unter der Adresse www.rki.de/covid-19-genesenennachweis unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft veröffentlichten Vorgaben hinsichtlich folgender Kriterien entspricht:
>
> a) Art der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion,

b) Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss, oder Nachweis zur Aufhebung der aufgrund der vorherigen Infektion erfolgten Absonderung,

c) Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion höchstens zurückliegen darf."

(Hervorhebungen hinzugefügt)

(6) Die Regelungen gehen davon aus, dass die Institute Vorgaben (tatsächlich) veröffentlichen bzw. davon, dass es von den Instituten (in der Vergangenheit) „veröffentlichte" Vorgaben gibt. Regelungsgehalt des § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV ist jeweils die Festlegung einer bestimmten Voraussetzung (Übereinstimmung mit den vom zuständigen Institut veröffentlichten Vorgaben), die gegeben sein muss („wenn"), damit das betreffende Dokument als Impfnachweis bzw. Genesenennachweis gilt. Dabei beschränken sich die Veröffentlichungen der Institute auf wenige eng begrenzte wissenschaftliche Elemente, die für sich genommen unvollkommen sind. Die auf den Internetseiten veröffentlichten Vorgaben könnten nicht als „Regelung" für sich stehen. Sie bewirken selbst keine Rechtsfolgen, insbesondere keine Grundrechtseingriffe. Rechtsverbindlichkeit bewirken ausschließlich § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV in Verbindung mit den Regelungen des Bundes- oder Landesrechts, die auf die SchAusnahmV verweisen. In Anbetracht dieser Akzessorietät unterliegen die von den Instituten veröffentlichten Vorgaben in genau dem gleichen Umfang der verwaltungsgerichtlichen Nachprüfung wie die Regelungen der SchAusnahmV selbst. Die Bundesregierung geht deshalb davon aus, dass die Angehörigen der von § 20a IfSG erfassten Personengruppen, die der Auffassung sind, sie unterlägen der dort angeordneten Impfnachweispflicht deshalb nicht, weil sie – ggf. auch entgegen den Vorgaben der Institute – als geimpfte bzw. genesene Personen anzusehen seien, dies im Wege eines entsprechenden Feststellungsbegehrens gegenüber der zuständigen Vollzugsbehörde (s.a. § 20a Abs. 5 IfSG) geltend machen könnten. Dem Erfordernis der Gewährung eines effektiven Rechtsschutzes aus Art. 19 Abs. 4 GG ist damit aus Sicht der Bundesregierung genügt.

(7) Unabhängig davon steht die in § 20a IfSG i.V.m. § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV gewählte Regelungstechnik nach Auffassung der Bundesregierung auch mit dem Demokratieprinzip in Einklang. Dies ist hier insbesondere deshalb gewährleistet, weil die von der Bundesregierung erlassene Rechtsverordnung gem. § 28c Satz 3 IfSG der Zustimmung des Bundestages und des Bundesrates bedarf. Das Parlament hat daher in einem geordneten und transparenten Verfahren die Gelegenheit, die von der Bundesregierung

verabschiedete Rechtsverordnung zu debattieren und ihr – für den Fall, dass sie nicht den Willen der parlamentarischen Mehrheit abbildet – die Zustimmung zu verweigern. Damit ist *Sinn und Zweck* des Parlamentsvorbehalts bzw. des Vorbehalts des Gesetzes/der Wesentlichkeitstheorie genüge getan. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verpflichten Rechtsstaatsprinzip und Demokratiegebot

> „den Gesetzgeber, die für die Grundrechtsverwirklichung maßgeblichen Regelungen „im Wesentlichen" selbst zu treffen und diese nicht dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive zu überlassen. Wann es aufgrund der Wesentlichkeit einer Entscheidung einer Regelung durch den parlamentarischen Gesetzgeber bedarf, hängt vom jeweiligen Sachbereich und der Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes ab."
>
> BVerfGE 139, 19, Rn. 52 (Hervorhebung hinzugefügt).

(8) Eine Rechtsverordnung, die sowohl der Zustimmung des Bundestages als auch des Bundesrates bedarf, ist nicht der „Entscheidungsmacht" der Exekutive „überlassen". Die Macht, der getroffenen Regelung Rechtswirkung zu verleihen, liegt so vielmehr bei der Legislative.

(9) Überdies erschöpft sich der Sinn des Parlamentsvorbehalts

> „nicht in einer förmlichen Kompetenzverteilung zwischen den Staatsorganen. Wenn das Grundgesetz die Einschränkung von grundrechtlichen Freiheiten und den Ausgleich zwischen kollidierenden Grundrechten dem Parlament vorbehält, so will es damit sichern, daß Entscheidungen von solcher Tragweite aus einem Verfahren hervorgehen, das der Öffentlichkeit Gelegenheit bietet, ihre Auffassungen auszubilden und zu vertreten, und die Volksvertretung anhält, Notwendigkeit und Ausmaß von Grundrechtseingriffen in öffentlicher Debatte zu klären."
>
> BVerfG, Beschluss vom 25. März 1992 – 1 BvR 1430/88 –, BVerfGE 85, 386-405, Rn. 66. Hervorhebung hinzugefügt.

(10) Der Parlamentsvorbehalt soll sicherstellen, dass die wesentlichen Entscheidungen in einem Verfahren getroffen werden,

> „das sich durch Transparenz auszeichnet, die Beteiligung der parlamentarischen Opposition gewährleistet und auch den Betroffenen und dem Publikum Gelegenheit bietet, ihre Auffassungen auszubilden und zu vertreten (…)."

BVerfG, Urteil vom 08. April 1997 – 1 BvR 48/94 –, BVerfGE 95, 267-322, Rn. 157

(11) Diesen Funktionen der Öffentlichkeit der Debatte und der Transparenz werden durch das in § 28c Satz 3 IfSG vorgesehene Zustimmungserfordernis Rechnung getragen. Die Verordnung verweist zugleich nur für den Stand der Wissenschaft in Bezug auf die darin vorgegebenen Kriterien auf die benannten Institute. Umfang und Inhalt der Verordnung wurden im Bundestag und im Bundesrat im Detail diskutiert:

(12) Die Bundesregierung hat die Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung ordnungsgemäß in den Bundestag eingebracht, um die Zustimmung des Bundestags gem. § 28c IfSG herbeizuführen.

BT-Drs. 20/390.

(13) Der Ausschuss für Gesundheit hat die Verordnung am 12. Januar 2022 behandelt und mit den Stimmen der Fraktionen SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP und DIE LINKE gegen die Stimmen der Fraktion der AfD empfohlen, der Verordnung zuzustimmen.

BT-Drs. 20/414.

(14) Sodann kam die Verordnung in der 11. Sitzung des Bundestages am 13. Januar 2022 zur Aussprache.

Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 20/11 v. 13.01.2022, S. 695 ff.

(15) Im Zuge dessen hob die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit, Sabine Dittmar (SPD), mit Blick auf den Impfschutz insbesondere hervor, wissenschaftliche Studienergebnisse zeigten,

> „dass die Immunität im Laufe der Zeit nachlässt. Das ist für Mediziner nichts Verwunderliches. Wir kennen dies bei anderen Impfstoffen auch. Wir wissen auch – und die Studien zeigen es erneut –, dass mit Auffrischung und Boosterung natürlich wieder ein guter Immunschutz aufgebaut werden kann, auch gegen die Omikron-Variante. […]
>
> Meine Damen und Herren, es muss aber auch sichergestellt sein, dass unsere rechtlichen Grundlagen so flexibel sind,

dass sie den jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen auch ausreichend Rechnung tragen. Genau das tun wir mit dem vorliegenden Entwurf. [...]

Meine Damen und Herren, nach den neuen Regelungen müssen die Impf- und Genesenennachweise generell den jeweils aktuell veröffentlichten Anforderungen entsprechen. Für den Impfnachweis sind das die Kriterien auf der Internetseite des Paul-Ehrlich-Instituts, für den Genesenennachweis die auf der Seite des Robert-Koch-Instituts. Diese Kriterien und Vorgaben werden laufend an die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse angepasst.

Der Genesenenstatus wird künftig nach 3 Monaten bzw. 90 Tagen entfallen. Eine Anpassung der Vorgaben für einen vollständigen Impfschutz wird von der Bundesregierung fortlaufend überprüft. Auch die Corona-Einreiseverordnung sieht diese entsprechenden Anpassungen vor.

Kolleginnen und Kollegen, mit diesen notwendigen Änderungen in der Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung und der Einreiseverordnung bilden wir den Stand der Wissenschaft ab und setzen der gegenwärtigen Omikron-Welle ein angepasstes und pragmatisches Instrumentarium entgegen.

[...]"

Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 20/11 v. 13. Januar 2022, S. 695 f., Hervorhebungen hinzugefügt.

(16) Die Vertreter der anderen Fraktionen hatten ebenfalls Gelegenheit, sich zur Verordnung zu äußern und haben diese Gelegenheit auch wahrgenommen.

Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 20/11 v. 13. Januar 2022, S. 695 ff.

(17) Der Bundestag stimmte der Verordnung im Anschluss gegen die Stimmen der AfD- Fraktion mit den Stimmen der übrigen Fraktionen – also mit überwältigender Mehrheit und ausschließlich der Oppositionsfraktionen CDU/CSU und DIE LINKE – zu.

Deutscher Bundestag, Plenarprotokoll 20/11 v. 13. Januar 2022, S. 702.

(18) Der Bundesrat hat der Verordnung nach öffentlicher Aussprache

Bundesrat, Plenarprotokoll 1015

am 14. Januar 2022 zugestimmt.

BR-Drs. 8/22 (Beschluss).

Dies geschah einstimmig.

Bundesrat, Plenarprotokoll 1015, S. 7.

(19) Darüber hinaus spricht für die Zulässigkeit der in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV gewählten Regelungstechnik auch der Umstand, dass es der im Grundsatz der Gewaltenteilung (Art. 20 Abs. 2 Satz 2 GG) angelegten Zielsetzung funktionsgerechter Aufgabenverteilung entspricht,

> „staatliche Entscheidungen den Organen zuzuordnen, die dafür nach Organisation, Zusammensetzung, Funktion und Verfahrensweise am besten geeignet sind. Auch im Rahmen einer nicht auf dynamische Fortentwicklung angelegten Rechtsmaterie ist der Gesetzgeber nicht gehalten, jedes behördliche Handeln bis ins Einzelne vorzubestimmen. Je stärker eine Festlegung durch einen hohen Grad an Technizität geprägt wird, je mehr sie durch äußere – sachverständig feststellbare – Umstände und die gesetzlichen Zielvorgaben begrenzt ist und je weniger sie mit einem Spielraum zur eigenen Gewichtung widerstreitender Interessen einhergeht, desto eher kann sie auf den Verordnungsgeber übertragen oder der eigenverantwortlichen Verfahrensgestaltung im Rahmen des Vollzugs überlassen werden. Die besondere Transparenz (vgl. dazu BVerfGE 85, 386 <403 f.>; 95, 267 <307 f.>; 130, 318 <344>; 131, 152 <205 f.>) und diskursive Rationalität, auf die das parlamentarische Verfahren angelegt ist, können bei kleinteiligen technischen Festlegungen nur bedingt erreicht werden. Auch mit Blick auf die Funktionsfähigkeit des Parlaments kann die vom Gesetzgeber selbst zu leistende Regelungsdichte nicht unbegrenzt ausgedehnt werden (vgl. etwa Sommermann, in: v. Mangoldt/Klein/Starck, GG, Bd. 2, 7. Aufl. 2018, Art. 20 Abs. 3 Rn. 274)."
>
> BVerfG, Urteil vom 19. September 2018 – 2 BvF 1/15 –, BVerfGE 150, 1-163, Rn. 242.

(20) Diese Maßstäbe lassen sich auf die Frage der Regelungstechnik bei der Definition geimpfter bzw. genesener Personen übertragen. Die Beurteilung, bei welchen Personen im Sinne von § 28c Satz 1 IfSG „von einer von einer Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auszugehen ist", ist eine Fachfrage, nicht aber eine politische Frage, die einer Gewichtung widerstreitender Interessen in einem parlamentarischen Diskurs in sinnvoller Weise zugänglich wäre. Insbesondere die gegenwärtig streitig gewordenen Fragen, welche Anzahl von Einzelimpfungen mit einem bestimmten Impfstoff für einen

vollständigen Impfschutz erforderlich ist und für welchen Zeitraum nach einer durchgemachten Infektion eine Immunität gegeben ist, sind maßgeblich durch äußere – sachverständig feststellbare – Umstände prädeterminiert. Für ein „Dafürsein" oder „Dagegensein", lässt eine solche Frage ihrer Natur nach keinen hinreichenden Raum.

(21) Gemessen hieran ist nicht zu beanstanden, dass es nach § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV dem Paul-Ehrlich-Institut bzw. dem Robert Koch-Institut zukommt, die Vorgaben für den Nachweis hinsichtlich des Vorliegens eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bzw. hinsichtlich des Vorliegens eines durch vorherige Infektion erworbenen Immunschutzes zu veröffentlichen. Es handelt sich dabei um die Einheiten, „die dafür nach Organisation, Zusammensetzung, Funktion und Verfahrensweise" im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts am besten geeignet sind. Dies folgt nicht nur aus dem dort gebündelt angesiedelten Sachverstand, sondern gewährleistet insbesondere die Erreichung des vom Verordnungsgeber verfolgten Ziels einer kontinuierlichen, dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechende Weiterentwicklung zur Definition des Impf- bzw. Genesenennachweises.

Vgl. BT-Drs. 20/390, S. 10.

(22) Dieses Ziel kam, wie bereits zitiert, auch im Redebeitrag der Parlamentarischen Staatssekretärin Sabine Dittmar im Deutschen Bundestag am 13. Januar 2022 deutlich zum Ausdruck. Einwände gegen dieses Regelungsziel oder die Art seiner Umsetzung in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV wurden in der Debatte nicht erhoben. Der Bundestag hat der Regelung vielmehr, wie ausgeführt, mit überwältigender Mehrheit zugestimmt.

(23) Ebenso wurde in der Aussprache im Bundesrat am 14. Januar 2022 insbesondere die in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV vorgesehene Aufgabenwahrnehmung durch das Paul-Ehrlich-Institut und das Robert Koch-Institut aufgrund deren wissenschaftlicher Kompetenz begrüßt und dies mit der Erwartung verbunden, dass deren Tätigkeit allein von der wissenschaftlichen Erkenntnissen und nicht durch politische Entscheidungen geleitet sein dürfe.

Vgl. Redebeitrag von Ministerpräsident Reiner Haseloff, Bundesrat, Plenarprotokoll 1015, S. 3.

(24) In Rechnung zu stellen ist zudem, dass der vom Bundesverfassungsgericht in seinem oben zitierten Urteil vom 19. September 2018 dargelegte Maßstab auch „im Rahmen einer nicht auf dynamische Fortentwicklung angelegten Rechtsmaterie" Gültigkeit hat.

BVerfG a.a.O.

Dies spricht dafür, dass dieser Maßstab vorliegend erst recht zur Anwendung kommen muss. In einer Situation, die sich – wie die gegenwärtige Corona-Pandemie – durch ständig fortschreitende und sich ändernde wissenschaftliche Erkenntnisse auszeichnet, ist der Gesetzgeber noch viel weniger in der Lage, „jedes behördliche Handeln bis ins Einzelne vorzubestimmen". Im Übrigen hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss zur sog. „Bundesnotbremse" vom 19. November 2021 mehrfach die mit § 28c IfSG geschaffene Möglichkeit des Verordnungsgebers, zeitnah auf neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu von Geimpften oder Genesenen ausgehenden Infektionsgefahren reagieren zu können, als sachgerecht hervorgehoben.

> Vgl. BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 – 1 BvR 781/21 –, Rn. 201, 211 und 235.

II. Inwiefern findet eine rechtlich bindende Außenwirkung dieser auf den genannten Internetseiten veröffentlichten Vorgaben eine Grundlage im Gesetz, insbesondere in § 20a IfSG? Geht eine vom Gesetzgeber beabsichtigte Bindungswirkung aus § 20a IfSG hinreichend deutlich hervor, obwohl dort zweifach dynamisch auf die im Internet veröffentlichten Vorgaben verwiesen wird?

(25) Wie zu Frage 1 ausgeführt, geht die Bundesregierung nicht davon aus, dass den auf den Internetseiten veröffentlichten Vorgaben für sich genommen eine rechtlich bindende Außenwirkung zukommt.

(26) Unabhängig davon findet die in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV gewählte Regelungstechnik nach Auffassung der Bundesregierung im Gesetz eine hinreichende Grundlage. Zum Maßstab hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss zur Investitionszulage ausgeführt:

> „Es beeinträchtigt […] weder die Gesetzesbindung der Gerichte noch den Anspruch des Einzelnen auf wirksame gerichtliche Kontrolle nach Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG, wenn die Konkretisierung unbestimmter Rechtsbegriffe durch gesetzliche Verweisung auf bestimmte Verwaltungsvorschriften oder sonstige untergesetzliche Regelwerke erfolgt oder wenn die konkretisierende Heranziehung solcher Vorschriften oder Regelwerke in vergleichbarer Weise auf einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage beruht.

[...]

> Ob dies der Fall ist, muss sich ausdrücklich aus dem Gesetz ergeben oder durch Auslegung hinreichend deutlich zu ermitteln sein. Demgegenüber kann es weder der Verwaltung noch den Gerichten überlassen werden, ohne gesetzliche Grundlage durch die Annahme behördlicher Letztentscheidungsrechte die Grenzen zwischen Gesetzesbindung und grundsätzlich umfassender Rechtskontrolle der Verwaltung zu verschieben. Andernfalls könnten diese „in eigener Sache" die grundgesetzliche Rollenverteilung zwischen Exekutive und Judikative verändern. Nimmt ein Gericht ein behördliches Letztentscheidungsrecht an, das mangels gesetzlicher Grundlage nicht besteht, und unterlässt es deshalb die vollständige Prüfung der Behördenentscheidung auf ihre Gesetzmäßigkeit, steht dies nicht nur in Widerspruch zur Gesetzesbindung der Gerichte (Art. 20 Abs. 3, Art. 97 Abs. 1 GG), sondern verletzt vor allem auch das Versprechen wirksamen Rechtsschutzes aus Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG."
>
> (BVerfG, Beschluss vom 31. Mai 2011 – 1 BvR 857/07 –, BVerfGE 129, 1-37, juris-Rn. 72 – 74, Hervorhebung hinzugefügt).

(27) Eine ausreichende gesetzliche Grundlage lässt sich vorliegend jedenfalls hinreichend deutlich durch Auslegung ermitteln. § 20a Abs. 1 Satz 1 IfSG verweist für die Definition der Eigenschaft „geimpfte Person" bzw. „genesene Person" ausdrücklich auf die SchAusnahmV, welche ihre Ermächtigungsgrundlage wiederum in § 28c IfSG findet. Auf diese Ermächtigungsgrundlage wird im Einklang mit Art. 80 Abs. 1 Satz 3 GG auch in der Eingangsformel der SchAusnahmV hingewiesen.

(28) § 28c IfSG lässt sich entnehmen, dass die Bundesregierung (auch) ermächtigt ist, den Kreis der „Personen, bei denen von einer Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auszugehen" ist, näher zu bestimmen. Der Wortlaut und die innere Systematik des § 28c Satz 1 IfSG machen aber zugleich deutlich, dass die Bundesregierung die Frage, bei welchen Personen von einer Immunisierung gegen das Coronavirus „auszugehen ist", nicht zwingend alleinig und abschließend in der aufgrund von § 28c IfSG erlassenen Rechtsverordnung zu beantworten hat. § 28c Satz 1 IfSG lautet:

> „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung für Personen, bei denen von einer Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auszugehen ist oder die ein negatives Ergebnis eines Tests auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 vorlegen können, Erleichterungen oder Ausnahmen von Geboten und Verboten nach dem fünften Abschnitt dieses Gesetzes oder von aufgrund

der Vorschriften im fünften Abschnitt dieses Gesetzes erlassenen Geboten und Verboten zu regeln."

(Hervorhebungen hinzugefügt)

(29) Der Terminus „ermächtigt" bezieht sich grammatisch auf die Regelung von Erleichterungen und Ausnahmen. Der Einschub „Personen, bei denen von Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auszugehen ist", hat demgegenüber in der Systematik des § 28c Satz 1 IfSG eine limitierende Funktion: Die Ermächtigung gilt nur in Bezug auf Personen, auf die dieses Merkmal zutrifft.

(30) In § 28c Satz 1 IfSG ist damit bereits angelegt, dass die Bundesregierung bei der Wahrnehmung der ihr mit dieser Vorschrift übertragenen Verordnungskompetenz auf nicht in der Verordnung selbst abschließend bestimmte Tatbestandsmerkmale verweisen kann. Dies kommt auch und gerade in der Verwendung der Formulierung „von einer Immunisierung ... auszugehen ist" (und nicht etwa: „...bei denen die Bundesregierung von einer Immunisierung ... ausgeht...") zum Ausdruck. Diese Formulierung verdeutlicht, dass die Frage, welche Personen immunisiert *sind*, nach Maßgabe des medizinwissenschaftlichen Kenntnisstands zu beurteilen ist. Diesen kann auch die Bundesregierung als Verordnungsgeber weder gestalten noch beeinflussen, sondern nur zu Kenntnis nehmen. Zur Kenntnisnahme, Aufbereitung und fachlichen Beurteilung des medizinwissenschaftlichen Kenntnisstandes hinsichtlich der Umstände, unter denen nach einer Impfung oder einer durchgemachten Infektion von einer Immunisierung auszugehen ist, sind aber zuvörderst die hierfür fachkundigen Institute prädestiniert. Aus diesen von den Instituten ermittelten Kenntnisständen ergibt sich, wovon im Sinne von § 28c Satz 1 IfSG in tatsächlicher Hinsicht „auszugehen ist". Insofern bedarf es auch nicht zwingend einer Inkorporation dieses Kenntnisstandes in den Text der nach § 28c IfSG zu erlassenen Verordnung.

(31) Auch der Umstand, dass die Verweisung von § 20a IfSG über § 2 SchAusnahmV auf die von den Instituten veröffentlichen Vorgaben „zweifach dynamisch" ist, erscheint aus Sicht der Bundesregierung in der hier gegebenen Konstellation mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben und der gesetzlichen Grundlage vereinbar.

(32) Dynamische Verweisungen sind nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht unzulässig:

„Die mit einer Verweisung in aller Regel verbundene gesetzestechnische Vereinfachung ist verfassungsrechtlich

> unbedenklich, wenn der verweisende Gesetzgeber sich den Inhalt von Rechtsvorschriften des anderen Normgebers in der Fassung zu eigen macht, wie sie bei Erlass seines Gesetzesbeschlusses galt (statische Verweisung; vgl. BVerfGE 26, 338 <366>; 47, 285 <312>; 60, 135 <155>; 67, 348 <362 f.>; 78, 32 <35 f.>). Verweist ein Gesetzgeber hingegen auf andere Vorschriften in ihrer jeweils geltenden Fassung (dynamische Verweisung), kann dies dazu führen, dass er den Inhalt seiner Vorschriften nicht mehr in eigener Verantwortung bestimmt und damit der Entscheidung Dritter überlässt. Damit sind dynamische Verweisungen zwar nicht schlechthin ausgeschlossen, aber nur in dem Rahmen zulässig, den die Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit, der Demokratie und der Bundesstaatlichkeit ziehen; grundrechtliche Gesetzesvorbehalte können diesen Rahmen zusätzlich einengen (vgl. BVerfGE 47, 285 <312 ff.>; 78, 32 <36>; BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 17. Februar 2016 - 1 BvL 8/10 -, juris, Rn. 75)."
>
> BVerfG, Beschluss vom 21. September 2016 – 2 BvL 1/15 –, BVerfGE 143, 38-64, Rn. 43 (Hervorhebung hinzugefügt); siehe auch BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. Januar 2007 – 2 BvR 2408/06 –, Rn. 12, juris; BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 18. Juli 2019 – 1 BvL 1/18 –, Rn. 57, juris; BVerfG, Beschluss vom 11. März 2020 – 2 BvL 5/17 –, BVerfGE 153, 310-358, Rn. 79.

(33) Eine dynamische Verweisung kann demnach in erster Linie

> „deshalb problematisch sein […], weil dem Verordnungsgeber ein Einfluss auf die zukünftige Fortentwicklung bestimmter Regelungen verwehrt sein könnte, Rechtsetzung also außerhalb des Einflussbereichs des legitimierten Rechtsetzungsorgans stattfindet […]."
>
> BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. Januar 2007 – 2 BvR 2408/06 –, Rn. 12, juris.

(34) Die Problematik einer Fortentwicklung der betroffenen Vorgaben außerhalb des Einflussbereichs des parlamentarischen Gesetzgebers und/oder des Verordnungsgebers ist vorliegend praktisch nicht gegeben. Auf der ersten Stufe der Verweisung ist der Einfluss des parlamentarischen Gesetzgebers durch das in § 28c IfSG vorgesehene Zustimmungserfordernis in besonderer Weise gesichert. Gegen den Willen von Bundestag und/oder Bundesrat, kann der Verordnungsgeber hiernach nicht wirksam Recht setzen und dieses demnach auch nicht unkontrolliert von der Legislative fortentwickeln.

(35) Aber auch auf der zweiten Stufe ist ein Kontrollverlust des Verordnungsgebers nicht zu besorgen. Weder das Paul-Ehrlich-Institut noch das Robert Koch-Institut sind in diesem

Verhältnis „Dritte", auf die der Verordnungsgeber mit Blick auf die Wahrnehmung der in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV vorgesehenen Tätigkeiten keinen Einfluss mehr nehmen könnte. Gemäß Art. 1 Absatz 1 des Gesetzes über das Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel unterhält der Bund unter der Bezeichnung „Paul-Ehrlich-Institut" „ein Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel als selbständige Bundesbehörde. Es untersteht dem Bundesministerium für Gesundheit." Das Robert Koch-Institut ist eine selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (§ 2 Abs. 1 BGA-Nachfolgegesetz). Beide Einrichtungen sind demnach als Teil der vollziehenden Gewalt des Bundes nicht nur unmittelbar an den in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV vorgegebenen Rahmen gebunden (Art. 20 Abs. 3 GG), sondern unterliegen zusätzlich der Fachaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit als Teil der Bundesregierung (Art. 62 GG). Die Veröffentlichung von Vorgaben, die z.B. nicht – wie in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV vorgesehen – den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigen, könnten deshalb vom Verordnungsgeber selbst ohne Weiteres unterbunden werden. Die vom Bundesverfassungsgericht mit Blick auf dynamische Verweisungen gesehene Gefahrenlage ist demzufolge vorliegend nicht gegeben. Die Normsetzung bleibt unbeschadet des Primats der Wissenschaftlichkeit vollständig in der Sphäre des Verordnungsgebers.

(36) Im Übrigen geht die Bundesregierung davon aus, dass die gewählte Regelungstechnik auch mit dem Verkündungsgebot und den Bestimmtheitsgrundsatz im Einklang steht. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Blick auf die Veröffentlichung der Sieben-Tage-Inzidenz entschieden:

> „Die hinreichende Bestimmtheit im Sinne von Art. 103 Abs. 2 GG der Kontaktbeschränkungen als blankettausfüllende Vorschrift wurde nicht dadurch in Frage gestellt, dass die Geltung der Beschränkungen und damit auch der Bußgeldbewehrung von dem gebietsbezogenen Erreichen des Schwellenwertes der Sieben-Tage-Inzidenz abhing. Die Betroffenen konnten die Geltung des Verbots sowohl in zeitlicher als auch in räumlicher Hinsicht hinreichend sicher vorhersehen. Ungeachtet der Verpflichtung des Robert Koch-Instituts aus § 28b Abs. 1 Satz 2 IfSG, fortlaufend die jeweiligen Sieben-Tage-Inzidenzen auf seiner Internetpräsenz zu veröffentlichen, waren die nach Landesrecht zuständigen Behörden nach § 28b Abs. 1 Satz 3 und 4 IfSG verpflichtet, in geeigneter Weise die Tage bekannt zu geben, ab denen die Maßnahmen Anwendung fanden. Dies galt für die Bekanntmachung des Tages des Außerkrafttretens der Maßnahme entsprechend (vgl. § 28b Abs. 2 Satz 3

IfSG). Betroffene konnten sich daher hinreichend rechtssicher über die Rechtslage und über zu erwartende Änderungen informieren. Soweit die Verpflichtung zur Bekanntmachung auch durch die bloße Veröffentlichung im Internet erfolgen konnte, stößt dies auf keine durchgreifenden Bedenken. So werden etwa auch Rechtsverordnungen des Bundes auf Grundlage des Art. 82 Abs. 1 Satz 2 GG in Verbindung mit § 5 Abs. 1 des Gesetzes über die Verkündung von Rechtsverordnungen und Bekanntmachungen im Bundesanzeiger ausschließlich elektronisch verkündet (von Lewinski, in: Kahl/Waldhoff/Walter, Bonner Kommentar, Art. 82 Rn. 263, 270 (Juli 2013)."

BVerfG, Beschluss vom 19. November 2021 – 1 BvR 781/21 –, Rn. 163, juris (Hervorhebung hinzugefügt)

(37) Die Normunterworfenen können auch hier die für den Impfnachweis oder den Genesenennachweis geltenden Vorgaben jederzeit über die in der Verordnung selbst exakt angegebene Internetadresse abrufen und sich so über die Rechtslage informieren.

III. Warum werden die Vorgaben, denen ein Impf- und Genesenennachweis entsprechen muss, vom PEI im Benehmen mit dem RKI bzw. vom RKI festgelegt und nicht vom Verordnungsgeber in einer Verordnung geregelt? Was spricht gegen eine Regelung durch den Verordnungsgeber? Bestehen insoweit Unterschiede zwischen den einzelnen in § 2 Nr. 3 und 5 SchAusnahmV genannten Kriterien?

(38) Grund für die in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV gewählte Regelungstechnik ist das vom Verordnungsgeber verfolgte Ziel einer kontinuierlichen, dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechenden Weiterentwicklung der Definition des Impf- bzw. Genesenennachweises.

Vgl. BT-Drs. 20/390, S. 10; siehe zu diesem Ziel ferner auch oben, Rn. (15).

(39) Zwingende Gründe gegen eine Regelung durch den Verordnungsgeber gibt es aus Sicht der Bundesregierung nicht. Dem entspricht, dass in der bis zum 14. Januar 2022 geltenden Fassung des § 2 Nr. 5 SchAusnahmV die für einen Genesenennachweis geltenden Anforderungen unmittelbar in der Verordnung geregelt waren. Eine solche Regelung ist möglich und zulässig.

(40) Unterschiede zwischen den einzelnen in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV genannten

Kriterien bestehen aus Sicht der Bundesregierung nicht. Alle Kriterien unterliegen gleichermaßen einem sich wandelnden wissenschaftlichen Kenntnisstand. Etwaige unterschiedliche Zeitintervalle, innerhalb derer mit Änderungen des Kenntnisstandes hinsichtlich einzelner Kriterien zu rechnen ist, lassen sich in der sich immer noch dynamisch entwickelnden Pandemie-Situation nicht antizipieren.

(41) Im Übrigen ist die Bundesregierung der Ansicht, dass es in der vorliegender Konstellation auch nicht der Anwendung strenger Anforderungen an den Nachweis eines tragfähigen Sachgrunds für die in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV gewählte Regelungstechnik bedarf. In seiner Entscheidung zur Investitionszulage hatte das Bundesverfassungsgericht die Notwendigkeit eines gewichtigen Sachgrunds vor dem Hintergrund einer Einschränkung des Rechts auf effektiven Rechtsschutzes nach Art. 19 Abs. 4 GG hervorgehoben:

> „Auch der Gesetzgeber ist im Übrigen nicht frei in der Einräumung behördlicher Letztentscheidungsbefugnisse. Zwar liegt es grundsätzlich in seiner Hand, den Umfang und Gehalt der subjektiven Rechte der Bürger zu definieren und so mit entsprechenden Folgen für den Umfang der gerichtlichen Kontrolle auch deren Rechtsstellung gegenüber der Verwaltung differenziert auszugestalten. Allerdings ist er hierbei durch die Grundrechte sowie durch das Rechtsstaats- und das Demokratieprinzip und die hieraus folgenden Grundsätze der Bestimmtheit und Normenklarheit gebunden. Will er im Übrigen gegenüber von ihm anerkannten subjektiven Rechten die gerichtliche Kontrolle zurücknehmen, hat er zu berücksichtigen, dass im gewaltenteilenden Staat grundgesetzlicher Prägung die letztverbindliche Normauslegung und auch die Kontrolle der Rechtsanwendung im Einzelfall grundsätzlich den Gerichten vorbehalten ist. Deren durch Art. 19 Abs. 4 Satz 1 GG garantierte Effektivität darf auch der Gesetzgeber nicht durch zu zahlreiche oder weitgreifende Beurteilungsspielräume für ganze Sachbereiche oder gar Rechtsgebiete aushebeln. Die Freistellung der Rechtsanwendung von gerichtlicher Kontrolle bedarf stets eines hinreichend gewichtigen, am Grundsatz eines wirksamen Rechtsschutzes ausgerichteten Sachgrunds."
>
> BVerfG, Beschluss vom 31. Mai 2011 – 1 BvR 857/07 –, BVerfGE 129, 1-37, Rn. 75 (Hervorhebung hinzugefügt).

Die vorliegend gewählte Regelungstechnik bewirkt jedoch – wie ausgeführt (siehe oben, Rn. (4) ff.) – aus Sicht der Bundesregierung keine Freistellung der auf den Internetseiten des Paul-Ehrlich-Instituts und des Robert Koch-Instituts veröffentlichen Vorgaben von gerichtlicher Kontrolle.

IV. **Inwieweit betreffen die Vorgaben technisch-fachliche Fragen und inwieweit enthalten sie Wertungen? Inwiefern gilt dies für die einzelnen in § 2 Nr. 3 und 5 SchAusnahmV genannten Kriterien? Welche Maßgaben haben PEI und RKI zusätzlich einzustellen, wenn sie nach § 2 Nr. 3 und 5 SchAusnahmV Vorgaben zu den dort genannten Kriterien „unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft" festlegen und veröffentlichen sollen?**

(42) Aus Sicht der Bundesregierung kommt der Formulierung „unter Berücksichtigung des aktuellen Standes der medizinischen Wissenschaft" nicht die Bedeutung zu, dass das Paul-Ehrlich-Institut und das Robert Koch-Institut den aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft nur als einen Aspekt (neben etwaigen anderen) in die Formulierung der von ihnen zu veröffentlichenden Vorgaben „einfließen" lassen können. Ein solches Verständnis mag zwar nach dem reinen Wortsinn der „Berücksichtigung" möglich erscheinen. Die Norm ist jedoch nicht dahingehend auszulegen. Sinn und Zweck der Regelung und auch das Normsetzungsverfahren belegen und lassen klar erkennen, dass den Instituten durch die Verwendung des Begriffs „Berücksichtigung" kein „Ermessen" eingeräumt wird, ob sie sich bei der Veröffentlichung der Vorgaben an den wissenschaftlichen Erkenntnisstand halten oder nicht. Es war zentrales Anliegen des Normgebers, dass die Anforderungen an den Impf- bzw. Genesenennachweis stets dem aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand entsprechen.

Vgl. BT-Drs. 20/390, S.10.

(43) Auch im Bundesrat wurde daher (zutreffend) die klare Erwartung formuliert, dass die Tätigkeit des Robert Koch-Instituts allein von den wissenschaftlichen Erkenntnissen und nicht etwa durch politische Entscheidungen geleitet sein werde.

Vgl. Redebeitrag von Ministerpräsident Reiner Haseloff, Bundesrat, Plenarprotokoll 1015, S. 3.

(44) „Berücksichtigung" ist im Kontext des § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV als „zugrunde legen" oder „nach Maßgabe" zu verstehen – bzw. kann im Wege verfassungskonformer Auslegung ohne Weiteres so verstanden werden. Dies entspricht Sinn und Zweck, der Historie und auch der Praxis. Der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft ist der *einzige* Maßstab, der in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV erwähnt ist. Andere Maßstäbe

gibt es nicht. Der Verordnungsgeber wollte *den wissenschaftlichen Erkenntnisstand* zur Immunisierung in Bezug auf die festgelegten Kriterien unmittelbar und schnell umsetzen, um so effektiven Infektionsschutz sicherzustellen. Daher *und nur hierfür* verweist er auf die Veröffentlichung der hierzu berufenen Institute.

V. **Soweit ersichtlich, sind die Vorgaben, denen ein Impf- oder Genesenennachweis entsprechen muss, auf den Internetseiten nur in ihrer aktuellen Fassung veröffentlicht; ältere Fassungen sind nicht öffentlich zugänglich. Was spricht gegen den öffentlichen Zugang zu älteren Fassungen im Internet? Inwiefern ist es mit rechtstaatlichen Grundsätzen und insbesondere der Rechtsschutzgarantie vereinbar, dass ältere Fassungen im Internet nicht weiterhin veröffentlicht werden?**

(45) Es wurde zwischenzeitlich veranlasst, dass frühere Fassungen der Vorgaben, denen ein Impf- oder Genesenennachweis entsprechen muss, auf den in § 2 Nr. 3 und Nr. 5 SchAusnahmV bezeichneten Internetseiten des Paul-Ehrlich-Instituts bzw. des Robert Koch-Instituts abrufbar sind.

(Dr. Christian Johann)
Rechtsanwalt

(Dr. Christian Fekart)
Rechtsanwalt

i.V. Dr. Roya Sangi
Rechtsanwältin

19. März 2022

In Sachen
XXXXXXX ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
Az.: 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

bedanken wir uns nochmals für die Zusendungen der bislang zwei Stellungnahmen der gegnerischen Rechtsanwaltskanzlei Redeker Sellner Dahs, auf die nachfolgend erwidert wird:

A) Zum gegnerischen Schriftsatz vom 28.02.2022

1. Vorbemerkung

Es ist zunächst verwunderlich, dass die Gegenseite auch nach Erhalt des Beschlusses vom 10.02.2022 sich offenbar nur zu den wenigen medizinischen Fragen äußern will, die zuvor in der gerichtlichen Verfügung vom 08.02.2022 gestellt worden sind. Denn in dem Beschluss hat der Senat immerhin im Hinblick auf die Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG, 12 I GG und Art. 2 I i. V. m. Art. 103 II GG die offenen Erfolgsaussichten in der Hauptsache betont, weshalb es wenig verständlich ist, dass die Regierungsseite noch nicht einmal zu diesen als verletzt gerügten Grundrechten Stellung beziehen will.

2.

Es entspricht mittlerweile der ganz herrschenden Auffassung der Verwaltungsgerichte sowie teilweise bereits der Oberverwaltungsgerichte, dass die komplizierte Verweisungstechnik in § 20a I BIfSG n.F. mit den Art. 20 II, III, 82 GG unvereinbar, rechtswidrig und bereits nichtig ist. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass die Fachgerichte in Verfahren nach § 47 VwGO und § 146 VwGO eine viel intensivere Prüfung vornehmen als es das Bundesverfassungsgericht in Eilverfahren nach § 32 BVerfGG jedenfalls in aller Regel (und so auch in seinem Beschluss vom 10.02.2022) praktiziert (hat). Unlängst hat z.B. das OVG Lüneburg eine anderslautende Entscheidung des VG Oldenburg aufgehoben und damit sich der ganz h.M. innerhalb der verwaltungsgerichtlichen Fachgerichtsbarkeit angeschlossen.

Vgl. statt aller:
https://oberverwaltungsgericht.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/verkurzung-des-genesenenstatus-voraussichtlich-rechtswidrig-209642.html (zur aktuellen Entscheidung des OVG Lüneburg; diese ist leider derzeit noch nicht veröffentlicht) **- als Anlage B 292 -**

VG Berlin, Beschlüsse u.a. vom 16.02.2022, Az. 14 L 24/22; VG Osnabrück, Beschluss vom 04.02.2022, Az. 3 B 4/22; VG Gera, Beschluss vom 25.02.2022, Az. 3 E 129/11 Ge; VG Darmstadt, Beschluss vom 03.03.2022, Az. 4 L 210/22.DA u.v.a.m.

Der von Gegenseite behauptete Verfassungsverstoß ist bis heute noch nicht ausgeräumt. Das neue beabsichtigte allgemeine Impfpflichtgesetz – wenn es denn noch verabschiedet werden würde – wäre zudem erkennbar seinerseits verfassungswidrig. Eine “Heilung“ eines verfassungswidrigen Gesetzes auf diese Weise wäre zudem erkennbar unzureichend. Denn würde das Bundesverfassungsgericht heute in der Hauptsache entscheiden, müsste es natürlich das gesamte bereichsbezogene Impfpflichtgesetz für nichtig erklären, weil die Definitionen in § 20a I BIfSG n.F. sind ihrerseits in Gänze nichtig – und damit sind auch die untrennbar und zwingend logisch mit § 20a I BIfSG n.F. verbundenen Vorschriften der Absätze II – VII ihrerseits hinfällig und ebenfalls nichtig. Allein durch Änderung, d.h. “Reparatur“, des ersten Absatzes kann per se keine Heilung eintreten.

Aber selbst wenn man all die o.g. Dinge zu Gunsten der Bundesregierung unterstellen würde, wäre das Inkrafttreten eines Reparaturgesetzes doch erkennbar viel, viel zu spät erfolgt! Am 15.03.2022, also vor 3 Tagen, lief bereits das Stichtagsdatum ab, für das sich der Gesetzgeber entschieden hatte. Wenn man im Einklang mit der ganz herrschenden Rechtsprechung unterstellt, dass § 20a I – und damit auch § 20a II – VII BIfSG n.F. – nichtig (von einem künftigen Zeitpunkt aus gesehen: gewesen) sind bis zum z.B. 20.03.2022, dann war und ist keiner der hiesigen Beschwerdeführer und Millionen andere betroffene Menschen verpflichtet gewesen, sich bis zum 15.03.2022 impfen zu lassen. Kein Bürger ist verpflichtet, ein materiell mit den Art. 20 II, III GG und 82 GG unvereinbares und nichtiges Gesetz zu befolgen. Selbst wenn man eine redaktionell ausreichende Heilungsmöglichkeit bejahen wollte, würde sich durch das Allgemeine-Impfpflicht-Gesetz doch nicht dieses Datum ändern. Denn der Gesetzgeber hat wohlweislich davon abgesehen, im derzeit diskutierten Allgemeinen-Impfpflicht-Ge-setz eine rückwirkende Änderung ausdrücklich vorzusehen – denn dies wäre doch augenscheinlich zu auffällig gewesen. In der Sache nach wäre eine Heilung durch das Allgemeine-Impfpflicht-Gesetz als “Reparaturgesetz“, die z.B. am 20.03.2022 eintreten würde, daher eine Heilung, die eine echte Rückwirkung darstellt, die zu Recht im Grundsatz als verfassungswidrig eingestuft wird.

Die hiesigen Beschwerdeführer wären somit z.B. bis zum 18.03.2022 gar nicht verpflichtet (gewesen), sich impfen zu lassen, müssten dies nach dem klaren Wortlaut des am 18.03.2022 verabschiedeten Gesetzes – unterstellt: wirksam geheilten – Gesetzes rückwirkend unverändert bis zum 15.03.2022 tun. Diese Form der Heilung würde vom Bürger daher objektiv etwas Unmögliches verlangen, was grob unverhältnismäßig, widersprüchlich und rechtsstaatswidrig ist. Wenn, dann ist eine Heilung nur möglich, indem das gesamte Gesetz von A bis Z erneut in einem ordentlichen Gesetzgebungsverfahren beschlossen würde – immer unterstellt, dass, wie nicht, tatsächlich “nur“ ein Verstoß gegen die Art. 20 II, III, 82 GG vorliegen würde (dazu nachfolgend).

3.

Die Darlegungen auf S. 3ff sind schwer ernst zu nehmen. Der Verweis auf die Internetseiten ist verfassungswidrig, weil noch nicht einmal der Verordnungsgeber “Farbe bekennen“ und

die Verantwortung für Änderungen der Definitionen für den Geimpft- bzw. den Genesenenstatus übernehmen wollte. Im Zusammenhang mit § 2 Nr. 3 und 5 BAusnahmSchVO – und damit als bindender Inhalt des § 20a I BIfSG n.F. – kommt den Veröffentlichungen sehr wohl bindende Wirkung zu. Andernfalls hätte die oben umfangreich zitierte fachgerichtliche Rechtsprechung so gar nicht ergehen können. Die entscheidenden Definitionen, wer (noch oder nicht mehr) als vollständig geimpft oder genesen gilt, stammen allesamt vom RKI bzw. PEI, weshalb noch nicht einmal ansatzweise von einem "*(…) äußerst limitierte(n) Rahmen, innerhalb dessen die SchAusnahmV ein Tätigwerden des Paul-Ehrlich-Instituts oder des Robert Koch-Instituts voraussetzt (…)*" die Rede sein. Den Instituten mag kein klassisches Verwaltungsermessen eingeräumt werden, aber sie haben natürlich ein durch den Wortlaut der § 20a I BIfSG n.F. und § 2 BAusnahmSchVO de facto unbegrenztes, zumindest aber sehr weitreichendes Ermes-sen, auf welche Studien sich die jeweiligen Entscheidungen stützen oder gerade nicht stützen, welche Studien als "richtig" oder ggf. als nicht hinreichend wissenschaftlich und damit als "falsch" eingestuft werden. Es wurde bereits umfangreich dargelegt, dass das PEI und das RKI bei ihren Entscheidungen, künftig eine Impfung von Johnson & Johnson nicht länger als sog. vollständigen Impfschutz zu akzeptieren bzw. den Genesenen-zeitraum von 6 auf 3 Monate zunächst für alle, dann aber nur für die "bösen" Ungeimpften im hohem Maße sich einseitig auf sehr wenige Studien gestützt hat, die ihrerseits gerade nicht die Annahmen des RKI und des PEI bestätigt haben; gleichzeitig haben die Bundesbehörden eine Vielzahl an Studien, die das exakte Gegenteil überwiegend belegen oder aber zumindest sehr nahelegen, elegant "unter den Tisch fallen lassen", zumindest ist in den Begründungen der Behörden nicht ansatzweise erkennbar, dass diese Studien auch nur gewürdigt worden sind. PEI und das RKI haben daher sehr wohl ein breites fachliches Ermessen, für das sie aber nicht die Verantwortung übernehmen müssen, sondern die politische wie juristische Verantwortung liegt bei der Bundesregierung bzw. beim Bundestag, jedenfalls aber nicht bei PEI und RKI. Bekanntlich hat die Rechtsprechung unter Berufung u.a. auf § 4 BIfSG n.F. den Aussagen und Annahmen des RKI und auch des PEI einen jedenfalls in Eilverfahren bislang kaum je widerlegten bzw. widerlegbaren Beurteilungsspielraum eingeräumt. Wenn nun die Verordnungsgebung bzw. die Gesetzgebung, die auf diese Verordnungsgebung Bezug nimmt, dem PEI und dem RKI die noch dazu alleinige Definitionsmacht einräumt, wer (noch bzw. nicht mehr) als genesen oder (noch bzw. nicht mehr) als geimpft gilt, so haben diese Behörden die Macht, den Inhalt u.a. des § 20a BIfSG n.F. – und damit u.a. über die Frage, ob jemand ein Bußgelddelikt begeht oder seinen Beruf weiter ausüben darf – sowie auch die Anwendbarkeit einer Vielzahl an Corona-Verordnungsvorschriften auf bestimmte Personenkreise festzulegen. Ein "*(…) äußerst limitierte(r) Rahmen, innerhalb dessen die SchAusnahmV ein Tätigwerden des Paul-Ehrlich-Instituts oder des Robert Koch-Instituts voraussetzt (…)*", liegt daher nicht vor, weil die Definition auf den Internetseiten den Inhalt von Gesetzen und Verordnungen bestimmt. Die Behörden entscheiden daher über den Eintritt von Grundrechtseingriffen – und nicht der Bundestag und noch nicht einmal die Bundesregierung als Delegatar. Die Behörden entscheiden daher, ob jemand noch oder schon ein Bußgelddelikt begeht – und nicht, wie von Art. 103 II GG verlangt, der Gesetzgeber. Die Behörden entscheiden daher auch, ob die Gesundheitsämter Sanktionen in Form von Tätigkeits- und Zutrittsverboten erheben können – und nicht wie u.a. in Art. 12 I GG verlangt, der Gesetz- oder zumindest der Verordnungsgeber.

Die bindende Außenwirkung ist daher erkennbar weder mit den Art. 20 II, III GG oder 82 GG noch mit Art. 19 IV GG vereinbar, sodass § 20a I (und II – VII ebenso; s.o.) BIfSG n.F. u.a.

mit Art. 2 II 1 GG unvereinbar und nichtig ist. Die Beschwerdeführer sehen sich auch in ihrem Grundrecht aus Art. 19 IV GG verletzt, da zwar indirekter fachgerichtlicher Rechtsschutz möglich ist, etwa, in Gestalt einer Feststellungsklage, aber die Gerichte mangels klarer Begründungspflicht des PEI und des RKI keine effektive Kontrolle ausüben können. Aber selbst wenn man dies anders sehen wollte, bliebe immer noch der Verstoß gegen die Art. 20 II, III GG und Art. 82 GG bestehen, weshalb es vermutlich dahinstehen kann, ob das Ergebnis der Rn. 6 im gegnerischen Vortrag vom 28.02.2022 im Hinblick auf Art. 19 IV 1 GG zutreffend sein mag. Wegen der Bußgeldbewehrung und wegen der massiven Androhung von negativen Folgen (Tätigkeitsverbot = Berufsverbot; Zutrittsverbot = Ausgrenzung und Stigmatisierung von wichtigen öffentlich zugänglichen Einrichtungen) sind die hiesigen Beschwerdeführer daher nicht verpflichtet, vorab fachgerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen. Schließlich würde es gerade massiv gegen die Bestimmtheitsgrundsätze der Art. 20 III, 103 II GG verstoßen, wenn, wie die Gegenseite meint, der Inhalt des § 20a I BIfSG n.F. durch die Gerichte festgelegt werden könnte. Die Gesetzesnorm des § 20a I BIfSG n.F. ist daher viel zu unbestimmt, weil sie ihren Inhalt, d.h. den Beginn und das Ende der Impfpflicht für den einzelnen Bürger in die Hände des PEI und des RKI und – jedenfalls nach Auffassung der Bundesregierung – in die Hände der Fachgerichte legt. M.a.W., wenn die Fachgerichte der Auffassung sind, dass die Verkürzung des Genesenenstatus von 6 auf 3 Monate für Ungeimpfte rechtswidrig ist (s.o.) oder wenn sie der Auffassung sind, dass die völlige Beseitigung des bis dato sog. “vollständigen Impfschutzes“ für einmal mit dem Janssen-Impfstoff geimpfte Personen durch das PEI von einer Minute auf die andere fachwissenschaftlich nicht begründbar ist, dann entscheiden die Fachgerichte darüber, ob ein Arzt oder eine Altenpflegerin ein Bußgeld erhält oder ob diese morgen eine neue Stelle antreten dürfen (vgl. § 20a III BIfSG n.F.). Ein klarerer Verstoß gegen die Art. 20 III, 103 II GG ist kaum vorstellbar.

Soweit in der Bundesrechtsverordnung von “*(…) veröffentlichten Vorgaben (…)*“ die Rede ist, so handelt es sich weiterhin nicht um eine Verkündung/Veröffentlichung i. S. d. Art. 82 GG, was der Vortrag u.a. auf S. 5 im gegnerischen Schriftsatz verkennt. Von einer Veröffentlichung im Sinne des Rechtsstaatsprinzips kann daher keine Rede sein. Die Veröffentlichungen auf der RKI- und PEI-Internetseite stellen **keine Verkündung i. S. d. Art. 82 GG** dar.

Vgl.

“*Art. 82 Abs. 2 Satz 1 GG gibt dem Gesetzgeber auf, den Tag des Inkrafttretens zu bestimmen. Damit ist jedoch nicht schlechthin unvereinbar, wenn der Gesetzgeber das Inkrafttreten von einer Bedingung abhängig macht, ohne ausdrücklich ein Datum zu bestimmen; unter besonders gelagerten Umständen darf das Inkrafttreten eines Gesetzes von dem Eintritt einer Bedingung abhängig gemacht werden (vgl. BVerfGE 42, 263 <283 f.>; Brenner, in: von Mangoldt/Klein/Starck, GG, Bd. 2, 7. Aufl. 2018, Art. 82 Rn. 47; Kment, in: Jarass/Pieroth, GG, 16. Aufl. 2020, Art. 82 Rn. 10; strenger Bauer, in: Dreier, GG, Bd. 2, 3. Aufl. 2015, Art. 82 Rn. 27; Butzer, in: Maunz/Dürig, GG, Art. 82 Rn. 284 (Dez. 2014); Nierhaus/Mann, in: Sachs, GG, 8. Aufl. 2018, Art. 82 Rn. 41; Wolff, in: Hömig/Wolff, GG, 12. Aufl. 2018, Art. 82 Rn. 13; wohl auch Bryde, in: von Münch/Kunig, GG, 6. Aufl. 2012, Art. 82 Rn. 18). Dabei darf die Bestimmung des Tags des Inkrafttretens jedoch nicht delegiert werden; Bedingungseintritt und Inkrafttreten dürfen nicht beliebig Dritten überlassen werden (vgl. BVerfGE 42, 263 <284>). Zudem muss die Bedingung so klar formuliert sein, dass über*

deren Bedeutung keine Unsicherheit besteht; der Bedingungseintritt muss für alle Beteiligten, insbesondere für Bürgerinnen und Bürger, erkennbar sein. Dies folgt aus Art. 82 Abs. 2 Satz 1 GG. Die grundgesetzliche Regelung will sicherstellen, dass über den Zeitpunkt der Normverbindlichkeit Klarheit herrscht. Die Bestimmung des zeitlichen Geltungsbereichs einer Rechtsvorschrift muss wegen der vielfach weittragenden Wirkung hinreichend genau fixiert sein, damit die Normadressaten den Beginn ihres Berechtigt- oder Verpflichtetseins erkennen können. Auch Exekutive und Rechtspre-chung müssen auf möglichst einfache Weise feststellen können, von wann ab die neue Vorschrift anzuwenden ist. Die klare Bestimmung des Inkrafttretens dient den rechts-staatlichen Geboten der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit über die zeitliche Geltung des Rechts (vgl. BVerfGE 42, 263 <285>).“ BVerfG, Beschluss vom 29.09.2020, Az. 1 BvR 1550/19, Rn. 38 – juris; ebenso die o.g. Fachjudikatur.

Wann genau z.B. die Maßgabe, dass künftig für den sog. “vollständigen Impfschutz“ (am Rande: den bestätigt noch nicht einmal das RKI oder das PEI) nicht mehr eine, sondern zwei Impfungen mit dem Janssen-Impfstoff des US-Pharmariesen Johnson & Johnson notwendig ist, Inhalt der Bundesausnahmenschutzverordnung und damit Inhalt des § 20a I BIfSG n.F. geworden ist, weiß der Bürger gerade nicht und ist selbst an-hand der Internetseiten nicht klar erkennbar. Dort wird zwar (derzeit) angegeben: “Stand 03.02.2022“

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Genesenennachweis.html
- als Anlage B 293 -

bzw. “Stand 10.03.2022“

https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/coronavirus-inhalt.html?nn=169730&cms_pos=3
- als Anlage B 294 -

Wann der aktuelle Stand aber auf der Homepage “veröffentlicht“ worden ist, kann der Durchschnittsbürger nicht erkennen. Dieser mag formaljuristisch verpflichtet sein, sich über den Inhalt der Gesetzesblätter, der Amtsblätter, der Ministerialblätter etc. zu informieren. Internetrecherchen, erst recht, permanente, sind aber nicht verpflichtend. Ob der jeweilige Stand schon am 10.03.2022 oder doch erst kurz nach Mitternacht, also am 11.03.2022 “bekanntgemacht“ worden ist, kann der Bürger am 13. oder 14.03.2022 schon nicht mehr erkennen. Es bestehen somit gerade erhebliche Probleme für den Bürger, das Inkrafttreten bestimmter Inhalte des § 20a I BIfSG n.F. zeitlich klar einordnen zu können. Das “Outsourcen“ wesentlichster grundrechtsrelevanter Fragen führt auch dazu, dass das PEI und das RKI dazu ermächtigt werden, keinerlei Vertrauensschutz gewähren zu müssen. Wer zuvor einmal mit dem Janssen-Impfstoff geimpft gewesen ist, galt als jemand, der den sog. “vollständigen Immunschutz“ hat. Ab dem Tag der “Veröffentlichung“ auf der Homepage des PEI war dieser staatlich garantierte Immunschutz von einem Tag auf dem anderen “weg“. Es gab keinerlei Vertrauensschutz für diese Personen und das PEI hat für diese auch keinen angemessenen Impfzeitraum, um die vermeintlich notwendige zweite Janssen-Impfung nachholen zu können, festgelegt.

Vgl. die obige Entscheidung des VG Darmstadt

§ 20a IV BIfSG n.F. ist jedenfalls insoweit nicht einschlägig, da das PEI den Wegfall des bis dato anerkannten vollständigen Impfschutzes für einmal mit dem Janssen-Impfstoff

Geimpfte nicht wegen Zeitablaufs begründet hat. Aber selbst wenn man dies anders sehen wollte, wäre jedenfalls das Tatbestandmerkmal “ab dem 16. März“ hier eindeutig nicht erfüllt.

Die “Regelungstechnik“ verstößt somit gegen Art. 82, 20 II, III GG.

4.

Die Darlegungen unter den Rn. 7ff entbehren jeglicher Grundlage. Denn Bundestag und Bundesrat haben nur selber darüber (leider bejahend) abgestimmt, ob das PEI und das RKI die wesentlichen grundrechtsrelevanten Fragen entscheiden sollen. Bundestag und Bundesrat mögen über die Änderungsverordnung vom 14.01.2022 abgestimmt ha-ben und damit bekundet haben, dass sie mit den **zu diesem Zeitpunkt** vom RKI und PEI vertretenen Definitionen des Genesen-Seins und des sog. “vollständigen Impfschutzes“ einverstanden gewesen sind. Nur insoweit mag ein Teil (!; dazu nochmals Näheres nachfolgend) des Sinns und Zwecks des Parlamentsvorbehalts erfüllt gewesen sein. Aber über die nachfolgenden Änderungen der zentralen Definitionen des Genesen-Seins und des sog. “vollständigen Impfschutzes“ durch einseitiges und plötzliches Ändern dieser Definitionen per Änderung der Internetseiten dieser Bundesbehörden haben Bundestag und Bundesrat natürlich nie abgestimmt. Es gab **hierüber** nie eine öffentliche parlamentarische Debatte und nie eine Beteiligung der Opposition!

Die Gegenseite verkennt aber den Sinn und Zweck des Parlamentsvorbehalts, welcher (jedenfalls auch) aus dem Wesen der Grundrechte und der jeweils einschlägigen Grundrechte folgt. Dieser besteht darin, dass nicht nur irgendeine x-beliebige Form der parlamentarischen Debatte und irgendeine x-beliebige Form der Beteiligung der Opposition erfolgt. Aus den Art. 2 II 3, 12 I 2 GG folgt jedenfalls vorliegend, dass diese Dinge **in einem förmlichen Gesetzgebungsverfahren** hätten erfolgen müssen (mehrere Lesungen; förmlicher Gesetzesentwurf; Kontrolle des Gesetzes auch durch den Bundespräsidenten nach Art. 82 I GG; Anfechtbarkeit des im förmlichen Verfahren beschlossenen Gesetzes nach Art. 93 I Nr. 4a GG; Mitarbeit der Opposition im Gesundheitsausschuss; u.A.). Ein schlichter Parlamentsbeschluss genügt dem gerade nicht!

Die Gegenseite verkennt ferner (vgl. Rn 8 im gegnerischen Schriftsatz), dass die Entscheidung der Bundesregierung, die wesentlichen Entscheidungen künftig den Internet-seiten des PEI und des RKI zu überlassen, zwar mittels (verfassungsrechtlich ungenügenden; s.o.) Parlamentsbeschlusses inhaltlich bejaht worden sein mag. Es geht aber gerade um die Frage, ob es der Parlamentsvorbehalt zulässt, dass das Parlament sich seiner eigenen Berechtigung und verfassungsrechtlichen Kernpflicht, die wesentlichen grundrechtsrelevanten Fragen selber zu bestimmen, dadurch entledigen kann, indem es einmal einer Änderungsverordnung zustimmt, die künftige Änderungen aber gerade ohne jede parlamentarische Beteiligung und ohne jede öffentliche Debatte zulässt! Diese Frage ist klar zu verneinen. Hierdurch wird das verfassungsrechtliche Zustimmungserfordernis (= Zustimmung in einem förmlichen Gesetzgebungsverfahren) vollkommen entwertet, und das einfachgesetzliche Zustimmungserfordernis des § 28c Satz 3 BIfSG n.F. ebenso.

Soweit auf S. 7 bzw. unter Rn. 15 des gegnerischen Vortrags eine selbstbewusste Staatssekretärin zitiert wird, so muss man dieser jede medizinische Sachkenntnis

ab-sprechen. Dass innerhalb von ca. 15 Monaten (so lange dauert ungefähr die sog. Impfkampagne) ein Impfstoff vier Mal gespritzt werden muss, ist für die Medizin sehr wohl verwunderlich! Kein einziger Impfstoff in der Geschichte der Medizin wurde innerhalb von 15 Monaten vier Mal gespritzt (derzeit läuft die vierte Impfung)! Selbst der "Ladenhüter" der Influenza-Impfung hält immerhin ein ganzes Jahr! Tetanus-Impfstoffe mindestens 15 Jahre und Masern-, Röteln- und Mumps- oder Pocken-Impfstoffe halten ein ganzes Leben! Und versprochen wurde bereits, dass (nur) die 1. und 2. Impfung der "Game-Changer" sei solle. M.a.W., dass, was hier seit 15 Monaten geschieht, ist entgegen der Staatssekretärin sehr wohl aus medizinischer Sicht etwas "Verwunderliches"! Keiner der sog. Experten und Fachmediziner hat Ende Dezember 2020, als die Impfkampagne damit gerechnet, dass es mindestens 4 Impfungen gibt.

Soweit die Staatssekretärin den rein politischen Begriff der Flexibilität ins Spiel bringt, so ist das verfassungsrechtlich irrelevant. Das Bundesinfektionsschutzgesetz wurde seit März 2020 bestimmt schon 20 bis 30 Mal geändert. Die Zahl der nötigen Impfungen (mit einem Impfstoff), die Beurteilung der Genesenendauer nach einer durchgemachten Infektion etc. ändern sich keinesfalls so schnell und schon gar nicht derart häufig als dass es für das hohe Haus des Deutschen Bundestags unzumutbar wäre, sich für oder gegen eine geänderte Sichtweise des PEI oder des RKI in Form eines ordentlichen Gesetzgebungsverfahrens auszusprechen. Von einer "*(…) laufend(en)*" Anpassung kann keine Rede sein, zumindest nicht, soweit damit gemeint sein sollte, dass der Bundestag mit seinen für eine Anpassung an das, was das PEI und das RKI als Wissenschaft bezeichnet, quasi zeitlich gar nicht mehr hinterherkommen würde. Die obige Internetseite des RKI z.B. hat den Stand 03.02.2022, sodass seit gut 1,5 Monaten sich überhaupt nichts geändert hat. Mehr als 1 Jahr lang galt eine Johnson-Impfung als ausreichend. Der Bundestag hätte zeitlich keine Probleme, eine Änderung der wissenschaftli-chen sog. "h.M." jeweils, wenn er es wollte, durch Bundestagsbeschluss i. S. d. § 28c S. 3 BIfSG n.F. bzw. durch ein förmliches Gesetzgebungsverfahren zu bestätigen oder ggf. auch einmal abzulehnen.

Entgegen der Rn. 16 hatten die anderen Fraktionen keine Möglichkeit, zu den Ände-rungen der Homepage Stellung zu nehmen, der Bundesrat (Rn. 18) ebensowenig.

Die Darlegungen unter Rn. 19ff im gegnerischen Schriftsatz sind ein Meisterwerk der Fehlinterpretation bestehender verfassungsgerichtlicher Maßstäbe und des Zitierens außerhalb des Zusammenhangs. Das Urteil vom 19.09.2018, Az. 1 BvF 1/15 u.a., betraf eine ganz andere Konstellation. Hier ging es um den Spielraum des förmlichen Gesetz-gebers – und nicht um irgendein Handeln einer oberen Bundesbehörde wie dem PEI und dem RKI. Die von der Gegenseite in Bezug genommene Rn. 242 steht in einem einem unionsrechtlichen Zusammenhang und befasst sich mit dem Thema Zeitdruck (Rn. 239). Wie oben dargelegt, muss eine etwaige Änderung der Auffassung des RKI oder des PEI keinesfalls innerhalb von wenigen Minuten oder Stunden umgesetzt werden. Und selbst wenn man diesen Punkt anders sehen wollte, so müsste dann eben der Verordnungsgeber selber schnell handeln, wie dies oft auf Landesebene nach § 32 S. 1 BIfSG geschah und immer noch geschieht. Ob man das PEI und das RKI wirklich als staatliche Organe i. S. d. Rn. 242 ansehen wollte, ist zweifelhaft. Selbst wenn man dies aber anders sehen wollte, kommt dem RKI und dem PEI sehr wohl ein gigantischer Spielraum zu Gute – eben, weil die Vorgaben an die Wissenschaft dieser Institute nirgends definiert und nicht durch einen Gesetzes- oder Verordnungswortlaut begrenzt ist. Ob das PEI sich mit einer grob

mangelhaften Notfallmeldestatistik begnügt oder wirkliche wissenschaftliche Studien verlangt, um ernsthafte Nebenwirkungen und Schäden zu erfassen, ist dem uferlosen Spielraum des PEI vorbehalten. Ob das RKI, wie geschehen, sich mit 3 oder 5 Studien begnügt, diese aus dem Zusammenhang zitiert und eine Vielzahl gegenteiliger Studien, die der natürlichen Immunität eine mindestens genauso starke Wirkung bescheinigen (meistens eine viel bessere), unter den Teppich kehrt, um die Verkürzung des Genesenenstatus von 6 Monate auf 3 Monate zunächst für alle, wenige Wochen danach dann aber nur für die "bösen" Ungeimpften, als "Wissenschaft" auszugeben, obliegt dem Wortlaut der Verordnung allein ihm selbst. Auch wenn Letzteres im gewissen Rahmen gerichtlich überprüfbar ist (dazu nachfolgend), ist es abwegig anzunehmen, dass PEI und RKI keinen fachlichen Spielraum hätten. Je nachdem, wie man diesen beurteilt, ergibt sich sehr wohl genügend Raum für ein "Dafürsein" oder "Dagegensein".

Vgl. z.B. auch:

"***Erfolg am VG Stuttgart: Ungleichbehandlung von Geimpften und Genesenen rechtswidrig***

VG Stuttgart kritisiert in mehreren Entscheidungen die politische Aktivität des RKI

Mit vier Beschlüssen vom 14. und 15.März hat das VG Stuttgart den Eilanträgen der von Rechtsanwalt Bögelein vertretenen Antragssteller gegen die Verkürzung des Genesenenstatus vollumfänglich stattgegeben.

Das Gericht folgte vollständig der Argumentation der Antragsteller und begründete den Beschluss nicht nur mit der Rechtswidrigkeit der Verweisung an das RKI in §2 Nr. 5 SchAusnahmV, sondern mit einer weiteren bahnbrechenden Begründung.

Das Gericht vermag nach der Beschlussbegründung keine hinreichende fachwissenschaftliche Begründung der divergierenden Risikoeinschätzung des RKI von (seit längerer Zeit) vollständig geimpften und vor drei Monaten Genesenen zu erkennen. Das VG Stuttgart kritisiert die fehlende fachwissenschaftliche Begründung für die gänzlich unterschiedliche Risiko-einschätzung bezüglich der Gefahr der Virusübertragung bei Genesenen und Geimpften und findet hierfür deutliche Worte:

Keine politischen Erwägung durch das RKI

"Soweit die Verkürzung des Genesenen-Status dem Zweck dienen sollte, die Impfbereitschaft zu erhöhen, läge darin eine politische Entscheidung, deren Zulässigkeit im vorliegenden Verfahren nicht näher zu untersuchen ist. Denn jedenfalls ist das Robert Koch-Institut als wissenschaftliche Fachbehörde nicht zu politischen Erwägungen berufen, sondern auf rein fachwissenschaftliche Erwägungen beschränkt.

Darüber hinaus liegt nach der Beschlussbegründung des VG Stuttgart auch eine Diskrepanz zwischen den Empfehlungen der STIKO und dem Paul-Ehrlich-Institut zugrunde. Die Regelung führt nach Ansicht des Gerichtes zu unzumutbaren Folgen für impfwillige Genesene, die ohne zeitliche Lücke vom Status "genesen" in den Status "geimpft" wechseln wollen.

Gute Erfolgsaussichten auch nach Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Die Beschlussgründe behalten auch nach der Anpassung des §2 Nr. 5 SchAusnahmV mit der geplanten Überarbeitung des Infektionsschutzgesetzes ihre Gültigkeit. Damit haben auch Eilanträge nach der Änderung weiterhin gute Aussichten auf Erfolg.

"Das VG Stuttgart stellt mit den heutigen Beschlüssen nach unserem Kenntnisstand als erstes Gericht die Ungleichbehandlung von Geimpften und Genesen fest und liefert gleichzeitig noch einen Beitrag zur Manifestation der Gewaltenteilung. Nach der völlig richtigen Ansicht des VG Stuttgart darf sich das Robert-Koch-Institut als wissenschaftliche Fachbehörde nicht von politischen Erwägungen leiten lassen, sondern ausschließlich auf wissenschaftlicher Grundlage entscheiden," erläutert Rechtsanwalt Bögelein."

https://boegelein-axmann.com/erfolg-am-vg-stuttgart-ungleichbehandlung-von-geimpften-und-genesenen-rechtswidrig/ **- als Anlage B 295 -**

(Hinweis: Die Entscheidungen sind leider noch nicht veröffentlicht, was der Unterzeichner heute beim VG Stuttgart in Erfahrung bringen konnte. Dies wird jedoch zeitnah nachgeholt).

Wenn die Empfehlungen des RKI mit denen der STIKO nicht übereinstimmen, dann besteht erst recht ein politischer wie fachwissenschaftlicher Spielraum. Die Gegenseite versucht alle Entscheidungen des RKI und des PEI quasi als alternativlos richtige Wissenschaft darzustellen, die so unhinterfragbar und eindeutig sein sollen wie in der Mathematik die Aussage 2 + 2 = 4 unhinterfragbar ist. Das ist falsch, wie nicht zuletzt die weltweit sehr unterschiedlichen Corona-Politiken, die unterschiedliche Bewertungen des PCR-Tests u.v.a.m. belegen. Es gibt viele Länder in z.B. Afrika und Asien, die nie einen Lockdown hatten, nie eine Maskenpflicht, nie einen Impfzwang u.Ä. (und das dortige Gesundheitssystem ist mitnichten zusammengebrochen), es gibt Länder wie Schweden, deren Gesundheitsbehörde sich vom PCR-Test längst als alleiniges Kriterium für eine Infektion verabschiedet hat und wo es nur viel mildere Maßnahmen gegeben hat und es gibt Länder wie vor allem Deutschland, wo die Maßnahmen gut 2 Jahre lang ganz überwiegend streng gewesen sind. Es gibt Länder mit Impfquoten um die Null Prozent – und diese Leben immer noch. Es gibt Länder mit Impfquoten mit weit über 80, nahe 90%, die viel höhere Inzidenzen haben etc.. – Ein noch mehr an Spielraum ist kaum vorstellbar.

Die Gegenseite verkennt schlicht und einfach, dass § 28c BIfSG n.F. eine Delegation an das PEI und das RKI nicht zulässt, sondern allenfalls an die Landesregierungen. Selbst wenn man die Darlegungen unter Rn. 21 im Grundsatz für plausibel halten wollte, müsste der Gesetzgeber eine solche Delegation zumindest einmal im Gesetz selber vorsehen, woran es vorliegend eklatant mangelt.

Natürlich wurden Einwände (Rn. 22) nicht erhoben, weil zum Zeitpunkt der Beschlussfassung die Absenkung der Genesenendauer von 6 auf 3 Monate noch nicht einmal im Ansatz zur Debatte stand, ebenso die Wegnahme des Impfschutzes für Millionen mit dem Janssen-Impfstoff geimpfter Menschen. Die Zustimmung zu abstrakten Zielen, etwa, dass man "der Wissenschaft" folgen wollte, stellt keine Zustimmung zu massiven konkreten Grundrechtseingriffen dar.

Die in Rn. 23 zitierte Erwartung des Herrn MP Haseloff, der offenbar nicht weiß, dass RKI und PEI sehr wohl politisch weisungsgebundene oberste Bundesbehörden sind, dürfte sich mit den Beschlüssen des VG Stuttgart (s.o.) wohl erledigt haben … .

Auch in der PCR-Test-Corona-Pandemie gibt es keinesfalls so schnell umzusetzende Erkenntnisse als dass es unmöglich wäre, den Bundestag, hilfsweise, den Verordnungsgeber selber entscheiden zu lassen. Niemand verlangt, dass der Gesetzgeber oder der Verordnungsgeber "*(…) jedes behördliches Handeln bis ins Einzelne vor(zu)bestimm(t)(en) (…)*". Verfassungsrechtlich würde es schon ausreichen, wenn das RKI oder das PEI der Bundesregierung über das Gesundheitsministerium mitteilt, dass es neue wissenschaftliche Erkenntnisse hat. Wenn die Bundesregierung diese für plausibel hält, so kann sie binnen kürzester Zeit eine Änderungsverordnung erstellen und binnen ebenfalls kürzester Zeit Bundestag und Bundesrat über diese abstimmen lassen. Das Initiativrecht für die Festlegung des Voraussetzungen für eine sog. Immunisierung liegt nach § 28c BIfSG nur und ausschließlich bei der Bundesregierung. Diese darf diese Kompetenz nicht an das PEI oder das RKI übertragen, sondern, wenn, dann nur an die Landesregierungen. Indem das PEI und das RKI durch schlichte Änderung der Homepage die Anforderungen für den Immunschutz ändern können, erhalten diese faktisch das Initiativrecht für Änderungen, was § 28c BIfSG n.F. nicht zulässt.

Das VG Darmstadt hat wegweisend ausgeführt, dass durch die Genesenen- und Impfdefinition in § 2 BAusnahmSchV, die auf die Homepage des RKI und des PEI verweisen, nicht nur die letzte Änderung vom 14.01.2022 (und die erneute beschlossene Änderung vom 18.03.2022, die jedoch noch nicht in Kraft ist), ungültig und nicht sei, sondern auch die Ursprungsfassung des § 2 BAusnahmSchVO!

Vgl.

"***Verwaltungsgericht Darmstadt weist Eilantrag auf Verlängerung der Geltungsdauer eines digitalen Impfnachweises ab***

03.03.2022
Pressestelle:
VG Darmstadt

Die unter anderem für das Infektionsschutzrecht zuständige 4. Kammer des Verwaltungsgerichts Darmstadt hat mit Beschluss vom 23.02.2022 im vorläufigen Rechtsschutzverfahren den Antrag eines Antragstellers abgelehnt, die Gültigkeitsdauer eines ihm ausgestellten digitalen Covid-Zertifikats des Robert Koch-Instituts auf ein Jahr bzw. neun Monate zu verlängern.

Der Antragsteller wurde im September 2021 mit dem Impf-Arzneimittel "Covid-19-Vaccine Janssen" der Firma Janssen-Cilag International ("Johnson & Johnson") geimpft und erhielt infolgedessen vom Robert Koch-Institut ein entsprechendes digitales Impfzertifikat ausgestellt. Mit entsprechender Veröffentlichung auf der Webseite des Paul-Ehrlich-Instituts vom 15.01.2022 wurde die Anforderung für einen vollständigen Impfschutz mit dem entsprechenden Impfstoff der Firma Johnson & Johnson von ursprünglich einer Impfung auf

zwei Impfungen erhöht. Hierdurch verlor der Antragsteller am selben Tage seinen entsprechenden Impfnachweis, woraufhin er beim Verwaltungsgericht Darmstadt einen einstweiligen Rechtsschutzantrag auf Verlängerung der Geltungsdauer seines Impfnachweises stellte.

Diesen Antrag lehnte das Gericht ab. In der Beschlussbegründung wird unter anderem ausgeführt, § 2 Nr. 3 der Covid-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung (kurz: SchAusnahmV), der hinsichtlich der Kriterien für einen vollständigen Impfnachweis auf das Paul-Ehrlich-Institut verweise, sei nach summarischer Prüfung im Eilverfahren voraussichtlich unwirksam, weil danach allein das Paul-Ehrlich-Institut (im Benehmen mit dem Robert Koch-Institut) die Kriterien bestimme, die für einen Impfnachweis erfüllt sein müssten; dies widerspreche jedoch dem Rechtsstaats- bzw. Demokratieprinzip, weil die der Verordnung zugrunde liegende bundesrechtliche Regelung in § 28 c Infektionsschutzgesetz (IfSG) nur die Bundesregierung (als Verordnungsgeberin der Covid-19-Schutzmaßnahmenausnahmeverordnung) ermächtigt habe, die Voraussetzungen für Erleichterungen und Ausnahmen im Rahmen der Covid-19-Pandemie zu bestimmen. Nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 28 c IfSG dürfe die Bundesregierung ausschließlich Landesregierungen ermächtigen, weitere Ge- und Verbote zu erlassen. Die dem Paul-Ehrlich-Institut übertragene selbständige Entscheidungsmacht über die Anforderungen an einen Impfnachweis sei daher gerade bezüglich der grundrechtsrelevanten Frage der Geltungsdauer rechtswidrig. Aus denselben Gründen sei allerdings auch die vorausgegangene Regelung, wonach bereits eine Impfung des vorgenannten Präparates für eine vollständige Impfung ausreichen sollte, rechtswidrig.

Aufgrund dieser Umstände fehle es derzeit an einer gültigen Verordnungsbestimmung darüber, wann nach einer erfolgten Impfung von einer Immunisierung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 auszugehen sei. Wegen des Grundsatzes der Gewaltenteilung sei das Gericht ohne gesetzliche oder verordnungsrechtliche Grundlage daran gehindert, anstelle der Bundesregierung eine Regelung über die Geltungsdauer eines Impfzertifikats gegen das Coronavirus zu erlassen, mit der Folge, dass der geltend gemachte Anspruch auf Verlängerung nicht gegeben und der einstweilige Rechtsschutzantrag abzulehnen gewesen sei.

Gegen den Beschluss kann der Antragsteller innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung Beschwerde zum Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel einlegen.

Das Verfahren trägt das Aktenzeichen 4 L 210/22.DA

https://verwaltungsgerichtsbarkeit.hessen.de/pressemitteilungen/verwaltungsgericht-darmstadt-weist-eilantrag-auf-verl%C3%A4ngerung-der-geltungsdauer **- als Anlage B 296 -**

Diesen Worten ist nichts hinzuzufügen! Auch die Ursprungsfassung der Bundesausnahmenverordnung vom Mai 2021 verwies auf die Homepage des RKI und des PEI und war daher von Anfang an Nichtig. Wenn nun § 20a I BIfSG n.F. auf diese nichtigen Vorschriften verweist, enthält das Gesetz keine verfassungskonforme Genesenen- und Geimpft-Definition und ist damit in Gänze verfassungsrechtlich hinfällig. Eine Impfpflicht in bestimmten Lebensbereichen setzt voraus, dass es – de jure – eine (gültige, wirksame) Definition gibt, wer als geimpft oder (erneut) ungeimpft oder (erneut) (un)genesen gilt.

Auch mit dem heutigen Gesetz vom 18.03.2022 hat sich hieran nichts geändert. Dies ist schon nichtig, weil es ein materielles Zustimmungsgesetz ist, aber als bloßes Einspruchsgesetz behandelt wurde. Ferner ist auch dessen Art. 1 Nr. 4, der die neuen Definitionen für den Impfschutz, Genesenen- wie Teststatus enthält, viel zu unbestimmt formuliert, sodass es auch nicht weiterhilft, dass dessen Art. 1 Nr. 1, 2 lit. a) und b) nunmehr nicht mehr auf die Bundesausnahmenschutzverordnung, sondern auf § 22a BIfSG n.F. verweist. Zu all diesen Punkten wird noch separat vorgetragen werden. Wichtig und entscheidend für das hiesige Hauptsacheverfahren ist aber: Selbst wenn man davon ausgehen wollte, dass der bisherige Verstoß des § 22a I BIfSG n.F. u.a. gegen die Art. 20 II, III, 82 GG nunmehr "geheilt" worden wäre, kann doch nicht ernsthaft daran gezweifelt werden, dass der § 22a I BISG n.F. jedenfalls bis einschließlich 18.03.2022 materiell verfassungswidrig gewesen ist – und damit auch das ganze Gesetz hinfällig geworden ist. Selbst wenn man aber unter Außerachtlassung sämtlicher bisheriger Maßstäbe und Logik auch dies anders sehen wollte, so würde diese Heilung kaum rückwirkend gelten, weil dann die ungeimpften Beschwerdeführer rückwirkend ein Bußgelddelikt begangen hätten, sondern wenn, dann nur für die Zukunft. Bis einschließlich 18.03.2022 war wegen der Verfassungswidrigkeit des § 20a I BIfSG n.F. selbst dann auf jeden Fall keiner verpflichtet, sich impfen zu lassen. Eine Heilung könnte daher frühestens ab 19.03.2022 eintreten. Dann aber kann es nicht ernsthaft zweifelhaft sein, dass die Fristsetzung in § 20a IIff BIfSG – Impfen bis zum 15.03.2022 – unmöglich und undurchführbar ist, was auch das neue Gesetz in Gänze hinfällig macht.

Wir bitten ferner, die hiesige Verfassungsbeschwerde auch noch dem Vertreter für Impfschäden

XXX, c/o Bundesverband Impfschaden e.V., Postfach 1146, 93327 Neustadt
(ehemals Schutzverband für. Impfgeschädigte e. V.)

zur Stellungnahme zukommen zu lassen. Er kann fundiert zur Frage der Untererfassung von erheblichen Impfnebenwirkungen und Impfschäden Stellung nehmen. Es dürfen nicht nur diejenigen Institutionen Stellung nehmen, bei denen eine Unterstützung des Gesetzes von vornherein klar gewesen ist, sei es, weil sie im Bundesrat zugestimmt haben (so z.B. die Landesregierungen), sei es, weil sie das Gesetz selber gemacht haben (Bundestag) oder weil sie bereits im Vorfeld die 1., 2., 3. und derzeit 4. Impfung klar empfohlen haben (RKI und PEI).

Zu den Darlegungen unter **II.** im gegnerischen Schriftsatz vom 28.02.2022 wird zeitnah ein weiterer Schriftsatz erfolgen. Ebenfalls werden baldmöglichst weitere Schriftsätze erfolgen, um auf die Stellungnahmen u.a. des PEI und des RKI zu erwidern. Schließlich wird auch das morgen in Kraft tretende Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften vom 18.03.2022 angefochten werden und diese Anfechtung ausführlich dargelegt werden.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt

Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 292 – B 295

19. März 2022

In Sachen
XXXXXXX ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
Az.: 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird auf die gegnerischen Stellungnahmen vom 28.02.2022 und vom 11.03.2022 weiter wie folgt erwidert; die Gliederung setzt diejenige aus dem letzten Schriftsatz fort. Wir bitten das Schreibversehen auf der letzten Seite des Schriftsatzes vom 18.03.2021 höflich zu entschuldigen. Denn auf der letzten Seite hätte es korrekterweise "**Anlagen B 292 – 296**" heißen müssen.

5.

Die Darlegungen der Gegenseite auf S. 11ff unter den Rn. 25ff. verkennen den Wortlaut des § 28c BIfSG, verkennen die eng begrenzte Anzahl an grundgesetzlich zulässigen Delegataren, verkennen, dass eine Übertragung der Kompetenz, die Personen festzulegen, bei denen von einer Immunisierung auszugehen ist (was bei den Impfstoff-fen ohnehin nicht der Fall ist), auf eine Bundesbehörde oder Landesbehörde ohnehin nur nach Art. 80 I 4 GG möglich ist. Des Weiteren kann der Gegenseite auch in diesem Zusammenhang der Vorwurf, Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts gründ-lich aus dem Zusammenhang zu zitieren, leider nicht erspart werden.

Im Einzelnen:
Die doppelt-dynamische Verweisung ist ein Paradebeispiel für eine eklatant unzulässige dynamische Verweisungstechnik, die sowohl mit dem Bestimmtheitsgrundsätzen (Art.20 III, 80 I 1 und Art. 103 II GG) als auch mit der Wesentlichkeitsdoktrin (Art. 20 II, III GG) unvereinbar und nichtig war und ist. Aufgrund dieser materiellen Verfassungswidrigkeit der Vorschrift, die sich auf alle mit dem ersten Absatz des § 20a BIfSG n.F. untrennbar verbundenen Folgeabsätze des § 20a BIfSG n.F. bezieht, sind die Eingriffe in die Grundrechte u.a. aus Art. 2 II 1 und 12 I GG verfassungswidrig. Richtigerweise wird man auch einen Verstoß gegen Art. 19 IV 1 GG annehmen müssen.

Die von der Gegenseite ins Feld geführte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 31.05.2011, Az. 1 BvR 857/07, Rn. 72 - 74 – juris, zum Investitionszulagengesetz bestätigt vielmehr richtigerweise, dass die Vorschriften vorliegend verfassungswidrig sind. Der von der Gegenseite zitierte Passus spricht von der "*(…) Konkretisierung unbestimmter Rechtsbegriffe*". Die hier relevanten Begriffe der vollständigen Immunisierung, d.h. des (hilfsweise einmal unterstellten) vollständigen Impfschutzes (den es so noch nicht einmal durch das RKI gibt) bzw. des Genesenennachweises sind aber schon primär keine Rechtsbegriffe, schon gar keine unbestimmten Rechtsbegriffe, sondern, jedenfalls in erster Linie, medizinische Fachbegriffe. Letzteres gibt der gegnerische Schriftsatz später auf S. 18 dann auch selber zu. Schon deshalb ist dieser von der Gegenseite bemühte Passung für den hiesigen Sachverhalt nicht geeignet, die von der Gegenseite gewünschten

Schlussfolgerungen zu ziehen. Auch ist in dem zitierten Passus von "*(…) bestimmte(n) Verwaltungsvorschriften oder sonstige(n) untergesetzlichen Regelwerke (…)*" die Rede. Die jederzeit änderbaren Internetseiten sind aber schon schwerlich ernsthaft als Verwaltungsvorschrift zu klassifizieren. Denn Verwaltungsvorschriften sind bekanntlich Anordnungen, die innerhalb einer behördlichen Verwaltungsorganisation **von einer übergeordneten Verwaltungsinstanz oder einem Vorgesetzten** an nachgeordnete Verwaltungsbehörden oder Bedienstete ergehen und deren Wirkbereich grundsätzlich auf das Innenrecht der Verwaltung beschränkt sind. Sie beruhen auf dem hierarchischen Aufbau der Verwaltung und regeln "von oben nach unten" Einzelheiten der Tätigkeit nachgeordneter Verwaltungsbehörden. Vorliegend sind RKI und PEI schon keine vorgesetzten Behörden gegenüber den Landesbehörden, die die 2G und 2G-Plus-Regelungen oder die Impfpflicht durchsetzen, und schon gar nicht gegenüber der Bundesregierung. Auch deshalb können die Vorgaben auf den Internetseiten des PEI und RKI schwerlich als "*(…) sonstige Regelwerke*" bezeichnet werden.

Vor allem aber ist in Rn. 72ff in dieser Entscheidung von einer **gesetzlichen** Verweisung die Rede. Aus dem Gesamtzusammenhang wird klar, dass damit eine parlamentsförmliche Verweisung gemeint ist – und keine Verweisung einer Verordnung auf "*(…) bestimmte Verwaltungsvorschriften (…)*". § 20a I BIfSG n.F. verweist nicht auf die besagten Internetseiten, sondern nur auf die Bundesrechtsverordnung die diese Verweisung dann ihrerseits dynamisch vornimmt. Das ist aber nicht die Konstellation, die Gegenstand der Entscheidung vom 31.05.2011, Az. 1 BvR 857/07, gewesen ist, sodass die Gegenseite aus dieser Entscheidung nicht die gewünschten Schlussfolgerungen herleiten kann. Deutlich für die Bejahung eines Verfassungsverstoßes spricht jedoch der Orientierungssatz 2d der besagten Entscheidung, der da lautet:

"*Von Gerichten nicht oder nur eingeschränkt überprüfbare Letztentscheidungsbefugnisse über Rechte des Einzelnen dürfen der vollziehenden Gewalt nur aufgrund eines Gesetzes eingeräumt werden. Dabei hat auch der Gesetzgeber, wenn er die gerichtliche Kontrolle zurücknehmen will, zu berücksichtigen, dass die letztverbindliche Normauslegung und die Kontrolle der Rechtsanwendung im Einzelfall grundsätzlich den Gerichten vorbehalten ist. Deren durch Art 19 Abs 4 garantierte Effektivität darf auch der Gesetzgeber nicht durch zu zahlreiche oder weitgreifende Beurteilungsspielräume für ganze Sachbereiche oder gar Rechtsgebiete aushebeln. Die Freistellung der Rechtsanwendung von gerichtlicher Kontrolle bedarf stets eines hinreichend gewichtigen, am Grundsatz eines wirksamen Rechtsschutzes ausgerichteten Sachgrunds.*"

BVerfG, Beschluss vom 31.05.2011, Az. 1 BvR 857/07, Orientierungssatz 2d - juris

Genau jede **Letztentscheidungsbefugnis** über die Grundrechte der Bürger liegt infolge der doppelt-dynamischen Verweisung nunmehr beim RKI und beim PEI. Sobald die Homepage geändert wird, ist der Genesenenstatus (ohne Übergangsfrist o.Ä.) "weg", und schon ist die Verpflichtung, sich nach § 20a I BIfSG n.F. impfen lassen zu müssen, sofort wieder existent. Das Gesetz, nämlich der § 28c BIfSG, sieht genau diese Letzt-entscheidungsbefugnis des PEI und des RKI nicht vor, sondern nur ein solches der Bundesregierung oder, nach § 28c S. 4 und 5 BIfSG n.F., der Landesregierungen. Der einzige u.U. rechtlich mögliche Weg, diese Letztenscheidungsbefugnis über die Grundrechte und die gesellschaftlichen Teilhaberechte der Bürger aus u.a. Art. 2 II 1, 12 I und 2 I GG zu entscheiden, an das PEI

und/ oder RKI zu delegieren, dürfte der Weg nach Art. 80 I 4 GG sein, was vorliegend aber nicht vertieft werden muss, weil dieser Weg von keinem Normgeber gewählt worden ist.

Bezüglich weiterer Verfassungsverstöße wird vollumfänglich auf die **Anlage B 297** verwiesen, in der das VG Stuttgart Verstöße gegen die Wesentlichkeitstheorie (dort S. 11 des Beschlusses), gegen das Rechtsstaats- und Demokratieprinzip (dort S. 12 unter 3.4.2.2. des Beschlusses) sowie gegen den Bestimmtheitsgrundsatz und gegen den Grundsatz der Normenklarheit (dort S. 15ff unter 3.4.2.3. des Beschlusses) sehr substanziiert darlegt. Dem ist wenig hinzuzufügen. Sehr zu begrüßen ist es auch, dass in dieser Entscheidung bereits der § 28c BIfSG n.F. als möglicherweise verfassungswidrig, da ebenfalls gegen den Wesentlichkeitsgrundsatz verstoßend, eingestuft wird, wenngleich das VG Stuttgart diese Frage als besonders schwierig einstuft und insoweit auf das Hauptsacheverfahren verweist (dort S. 11, unten, unter 3.4.2.1.). Zu Recht betont das Gericht auch den klaren Verstoß gegen die Judikatur des Bundesverwaltungsgerichts, wonach, allenfalls, **in einem eng bemessenen Maße** eine Verweisung erfolgen darf. Davon kann vorliegend keine Rede sein, weil das RKI und das PEI, wie das Gericht ebenfalls zu Recht darlegt, vorliegend "(…) pauschal zu einer Entscheidung lediglich "*unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft" ermächtigt (…)*" worden ist, mit der Folge, dass es daher "*(…) insbesondere schon an Vorgaben zu genauen Abwägungs- und Entscheidungskriterien, die die Entscheidung über die Gültigkeitsdauer des Genesenen-Nachweises leiten sollen (VG Halle (Saale), Beschluss vom 16.02.2022 – 1 B 41/22 HAL -, juris Rn. 26; VG Hamburg, Beschluss vom 14.02.2022 – 14 E 414/22 - , juris Rn. 28))*"

Vgl. S. 14 des gerichtlichen Beschlusses

völlig fehlt.

Nur in einem Punkt muss dem VG Stuttgart – in Übereinstimmung mit dem bereits zitierten VG Darmstadt – recht deutlich widersprochen werden: Selbstverständlich litt auch die Ursprungsfassung des § 2 BIfSG a.F., d.h. die vor dem 15.01.2022 gültige Fassung, an diesem Mangel. Diese Fassung lautete:

"*(…) 2. eine geimpfte Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Impfnachweises ist*

"*(…) 3. ein Impfnachweis ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer vollständigen Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Schutzimpfung mit einem oder mehreren vom Paul-Ehrlich-Institut im Internet unter der Adresse www.pei.de/impfstoffe/covid-19 genannten Impfstoffen erfolgt ist, und*

a) entweder aus einer vom Paul-Ehrlich-Institut im Internet unter der Adresse www.pei.de/impfstoffe/covid-19 veröffentlichten Anzahl von Impfstoffdosen, die für eine vollständige Schutzimpfung erforderlich ist, besteht und seit der letzten erforderlichen Einzelimpfung mindestens 14 Tage vergangen sind oder

b) bei einer genesenen Person aus einer verabreichten Impfstoffdosis besteht,

"*(…) 4. eine genesene Person eine asymptomatische Person, die im Besitz eines auf sie ausgestellten Genesenennachweises ist,*

"*5. ein Genesenennachweis ein Nachweis hinsichtlich des Vorliegens einer vorherigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung durch eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist und mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegt,*"

https://www.buzer.de/gesetz/14607/al163617-0.htm **- als Anlage B 298 -**

Jedenfalls die Impfstatus-Definition wurde schon vor dem 15.01.2022 zu 100% in die Hände der Internetseite des PEI gelegt. Das PEI hätte einfach durch Änderung seiner Homepage definieren können, dass die sog. Grundimmunisierung z.B. generell schon bei einer einzigen Impfdosis oder doch erst bei 3 Impfdosen vorliegt oder dass beim Janssen-Impfstoff nun doch 2 Impfungen notwendig sind etc. etc.. Die frühere Fassung enthielt noch nicht einmal die Einschränkung, wonach der aktuelle Stand der medizinischen Wissenschaft berücksichtigt werden müsse. Alle Fassungen enthalten keinerlei Begründungsanforderungen für die Behörde. Insbesondere ließ sich schon der frühe-ren Fassung auch mit noch so viel juristischer Phantasie nicht entnehmen, dass die Definition des ausreichenden Impfschutzes, die das PEI auf seiner Homepage festlegen konnte, nur "eng begrenzt" gewesen wäre. Das war sie nämlich damals nicht und das war sie jedenfalls bis 18.03.2022 erst recht nicht. Selbst wenn die frühere Genesenen-Definition, die nicht auf eine Internetseite verwies, unterstellt gültig gewesen wäre, wäre jedenfalls auch die frühere Impfstatus-Definition bereits ungültig und nichtig gewesen –

und damit natürlich die gesamte Ausnahmenschutzverordnung, deren sämtliche anderen Vorschriften ohne eine verfassungskonforme Definition des sog. Impfschutzes natürlich sinnfrei, widersprüchlich und bestenfalls einen juristischen Torso darstell(t)en. Diese Nichtigkeit der gesamten Ursprungsverordnung konnte natürlich auch nicht durch eine bloße partielle Änderungsverordnung vom 14.01.2022 und auch nicht durch die Änderungsverordnung vom 18.03.2022 wieder hergestellt werden; wenn, dann hätte je-weils die gesamte nichtige Verordnung erneut – unter Beseitigung sämtlicher Nichtigkeitsgründe – erlassen und verkündet werden müssen, was bis heute nicht geschehen ist.

Summa summarum: Von Anfang an und jedenfalls bis 18.03.2022 war die gesamte Bundesrechtsverordnung nichtig, sodass auch § 20a I (sowie II – VII) BIfSG nichtig war und ist.

Die Darlegungen in Rn. 28f. im gegnerischen Schriftsatz können verfassungsrechtlich nicht ernst genommen werden. Denn natürlich lässt der Wortlaut nur die Auslegung zu, dass die Bundesregierung oder (unter hier ersichtlich nicht einschlägigen Voraussetzungen) die Landesregierungen diese Definitionen vornehmen und hierfür auch die politische Verantwortung übernehmen müssen. Der Wortlaut spielt eine zentrale Rolle, das gebietet schon der Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 80 I 2 GG. Die von der Gegenseite in den Wortlaut hineingelesene "*(…) innere Systematik des § 28c Satz 2 IfSG (…)*" ist reines

Wunschdenken und findet insbesondere auch keinerlei Stütze in den Begründungen zur ursprünglichen Bundesausnahmenschutzverordnung sowie in den Änderungsverordnungen. Diese äußerst “kreative“ Interpretation, von der unklar ist, ob sie eine systematische oder teleologische Interpretation sein soll, hätte wenn, dann im Wortlaut oder zumindest in den Begründungen zur Bundesrechtsverordnung erläutert werden müssen. Selbst wenn man mit viel Phantasie das RKI und das PEI (beide weisungsabhängigen Institute sind schon oft genug des wissenschaftlichen Irrtums überführt worden) tatsächlich als “*(…) hierfür fachkundige Institute prädestiniert (…)*“ sehen wollte, würde das nichts daran ändern, dass die Bundesregierung diese Fragen regeln muss. Diese kann sich natürlich von diesen Instituten beraten lassen und, wenn ihr deren (jeweilige) Wissenschaft als plausibel erscheint, in die Verordnung übernehmen. Aber die juristische wie politische Verantwortung für diese “*(…) von den Instituten ermittelten Kenntnisständen (…)*“ liegt dann eben zwingend bei der Bundesregierung – und nicht beim RKI oder PEI, welche der Bundesregierung nur unterstellt sind. Die bis 18.03.2022 maßgebliche Regelung verschob diese Verantwortung zu Unrecht von der Bundesregierung auf das PEI bzw. RKI.

Auch die Darlegungen unter Rn. 34, nachdem zuvor diverse Judikatur zur Thematik dynamischer Verweisungen im Grundsatz korrekt zitiert worden ist, gehen fehl. Zunächst verkennt die Bundesregierung, dass wir es vorliegend nicht nur mit einer “normalen“ dynamischen Verweisung zu tun haben, sondern dass auf eine Bundesrechtsverordnung verwiesen wird, die ihrerseits strikt an die sie legitimierende förmliche Ermächtigungsgrundlage – und an die (engen) Voraussetzungen des Art. 80 I 1 GG – gebunden ist. Bestenfalls kopfschüttelnd kann man die Behauptung der Bundesregierung zur Kennt-nis nehmen, dass angeblich “*(…) (D)die Problematik einer Fortentwicklung der betrof-fenen Vorgaben außerhalb des Einflussbereichs des parlamentarischen Gesetzgebers und/ oder des Verordnungsgebers (…) vorliegend praktisch nicht gegeben (…)*“ sei(!).

Man fragt sich schon, wie es dann zu einer derart ausführlichen und durch harte Kritik geprägten Debatte hat kommen können. Sogar Karl Lauterbach erklärte, nachdem die Internetseiten des RKI und des PEI entsprechend geändert worden und schon längere Zeit angewendet worden sind, dass er diese Entscheidungen doch bitte künftig wieder selber treffen wolle. Lauterbach selbst als Regierungsmitglied sprach im Zusammenhang mit der Verkürzung des Genesenenstatus selber von einer “*(…) tiefgreifenden Entscheidung (…)*“, ferner sprach er ausdrücklich davon, dass er nicht die politische Verantwortung für Entscheidungen anderer tragen wolle (“*Sonst trage ich die politische Verantwortung für das Handeln anderer.*”)

Vgl.

“***RKI-Befugnisse - Genesene: Lauterbach will selbst entscheiden***

Datum: 16.02.2022 07:47 Uhr

Gesundheitsminister Lauterbach will dem RKI die Befugnis über den Corona-Genesenenstatus wieder entziehen. Künftig wolle er diese "tiefgreifende" Entscheidung selbst treffen.

Die Verkürzung des Genesenenstatus durch das Robert-Koch-Institut quasi über Nacht hatte reichlich Kritik ausgelöst. Nun will Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) dem RKI diese Kompetenz wieder entziehen.

"Über tiefgreifende Entscheidungen wie etwa den Genesenenstatus möchte ich selbst und direkt entscheiden", sagte Lauterbach der "Bild". "Sonst trage ich die politische Verantwortung für das Handeln anderer."

Grundlage für die Entscheidungshoheit

Mit der Covid-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom Januar waren das RKI und das Paul-Ehrlich-Institut ermächtigt worden, darüber zu entscheiden, wer unter welchen Umständen und wie lange als genesen beziehungsweise geimpft gilt.

Das RKI war Mitte Januar heftig kritisiert worden, weil es kurzfristig den Genesenenstatus von sechs auf drei Monate verkürzt hatte und sich somit für Millionen Deutsche der Zugang zur Gastronomie und Veranstaltungen über Nacht veränderte.

Heftige Kritik an Wieler

RKI-Chef Lothar Wieler war daraufhin unter anderem von der FDP heftig angegangen worden. Lauterbach hatte sich jedoch vor den Behördenchef gestellt und ihm sein Vertrauen versichert.

Die umstrittene Verkürzung des Genesenenstatus soll indessen einer vorab bekanntgewordenen Beschlussvorlage für die Bund-Länder-Beratungen am Mittwoch zufolge ebenfalls wieder rückgängig gemacht werden.

MPK berät über Corona-Maßnahmen

Die Ministerpräsidentenkonferenz berät an diesem Mittwoch über weitreichende Öffnungen. Die Corona-Vorgaben sollen nach einem ersten Entwurf für eine MPK-Beschlussvorlage bis 20. März weitgehend entfallen. Danach soll es laut dem Entwurfsvorschlag nur "niedrigschwelliger Basisschutzmaßnahmen" bedürfen - etwa Maskenpflicht in Innenräumen.“

https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-lauterbach-genesene-rki-100.html

- als Anlage B 299 -

Insoweit sollten sich Minister Lauterbach als Teil der Bundesregierung und die Kollegen der Kanzlei Redeker Sellner Dahs zunächst einmal auf eine gemeinsame Version einigen … . Die Praxis bestätigt somit gerade die mit dynamischen, noch dazu doppelt dynamischen Verweisungen verbundenen erheblichen Probleme und Risiken, sodass die gegenteilige Behauptung in Rn. 34 deutlich zurückzuweisen ist. Es gibt auch entgegen der Bundesregierung weder in § 28c BIfSG n.F. selbst noch in der Ausnahmenschutzverordnung irgendein Zustimmungserfordernis für eine beabsichtige Änderung der Internetseiten des PEI und/oder des RKI, sodass von einer Sicherung des parlamentarischen Willens, wie in Rn. 34 behauptet, auf besondere Weise gerade nicht gesprochen werden kann.

Der vorbezeichnete Bericht belegt vielmehr, dass sehr wohl gegen den Willen der Bundesregierung wirksam und für einen erheblichen Zeitraum Recht gesetzt werden kann und damit erst recht gegen den Willen des Parlaments. Von einer Normsetzung, die "*(…) vollständig in der Sphäre des Verordnungsgebers (…)*" (Rn. 35 am Ende) liegt, kann daher vorliegend keine Rede sein.

Ob das PEI oder RKI im Sinne der einschlägigen höchstrichterlichen Judikatur "Dritte" sind, kann letztlich dahinstehen. Beim PEI und RKI handelt es sich jedenfalls nicht um einen Delegatar i. S. d. Art. 80 I 1 GG und auch nicht um Behörden, die im Wege ver-fassungs- und gesetzeskonformer Subdelegation ermächtigt worden wären, den Impf- oder Genesenenstatus zu definieren. Dass die Behörden formal irgendeiner Aufsicht unterstehen, wie das bei allen Behörden der Fall ist, ändert hieran gar nichts. Rn. 35 im gegnerischen Schriftsatz geht daher ebenfalls ins Leere.

Gleiches gilt für die Darlegungen in Rn. 36. Insoweit kann ebenfalls vollumfänglich auf die substanziierten und plausiblen Darlegungen des VG Stuttgart verwiesen werden, dort S. 14 und 15 der Anlage B 297. Erneut zitiert die Gegenseite aus dem Zusammenhang. Der dortige "Bundesnotbremsen-Fall" betraf den Fall, dass die Geltung der Bundesnotbremse im Internet auf einer eigens dafür vorgesehenen amtlichen Bekanntmachungsplattform (vgl. § 28b X 2 BIfSG a.F.) die mehrtägige Überschreitung der 7-Tages-Inzidenz bekanntgemacht worden ist, nachdem bereits der Gesetzgeber selber das wesentliche 7-Tages-Inzidenz-Kriterium geregelt hatte. Die Internetseiten von RKI und PEI kann man nicht mit den seit jeher bekannten und verwendeten Amtsblättern, Gemeindeblättern o.Ä. der Landkreise und Kommunen vergleichen, die § 28b X 2 BIfSG a.F. erwähnte, die im Internet veröffentlicht werden und die vom Bundesverfassungsgericht gebilligt worden sind. Vorliegend wurden RKI und PEI jedoch ermächtigt, eigenständig und allenfalls minimalst begrenzt durch das sehr "dehnbare" Kriterium des Standes der Wissenschaft eigenmächtig den Impf- oder Genesenenstatus festzulegen – und Letzteres sogar ohne jede "*(…) Vorgaben zu genauen Abwägungs- und Entscheidungskriterien, die die Entscheidung über die Gültigkeitsdauer des Genesenen-Nachweises leiten sollen (…)*" (s.o.; für den Impfstatus kann schwerlich etwas anderes gelten).

Der vorliegende Sachverhalt lässt sich nicht daher eindeutig nicht mit dem "Bundesnotbremsen-Fall" vergleichen.

6.

Die Bundesregierung räumt selber ein, dass es keine zwingenden Gründe gegen eine Regelung wenigstens im Verordnungstext gibt (Rn. 39). Dann aber kann es schwerlich als Wille der Verfassung angesehen werden, eine solche doppelt dynamische, schwer durchschaubare Verweisungstechnik zu akzeptieren.

Allein durch die Tatsache, dass es Bundestag und Bundesrat am 18.03.2022 gut 15 Monate nach Beginn der milliardenschweren Impfkampagne tatsächlich geschafft haben, in § 22a BIfSG sogar in einem förmlichen Gesetz (und nicht nur in einer Bundes-rechtsverordnung) selber (vorbehaltlich freilich von dessen ebenfalls verfassungswidrigen Absatz 4) die

Voraussetzungen des sog. Impfschutzes und des Genesenen-status zu definieren, belegt doch eindeutig, dass es gerade nicht so war und ist, dass die

"*(…) gewählte Regelungstechnik (…) für das "(...) vom Verordnungsgeber verfolgte Ziel einer kontinuierlichen, dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand ent-sprechenden Weiterentwicklung der Definition des Impf- bzw. Genesenennachweises (…)*"

erforderlich gewesen ist. Es muss aber realistischerweise unterstellt werden, dass die Verfassung generell bereits "einfache" dynamische Verweisungen nur sehr restriktiv zulassen will – für doppelt dynamische Verweisungen müssen daher erst recht noch viel striktere Maßstäbe gelten, gegen die vorliegend verstoßen worden ist.

Es gab und gibt mithin keinerlei sachliche Gründe, weshalb die Vorgaben, denen ein Impf- oder Genesenennachweis entsprechen muss, vom PEI im Benehmen mit dem RKI bzw. vom RKI alleine und nicht – wenigstens und allermindestens – vom Verordnungsgeber selber geregelt werden könnten. Dies ist zudem ein starkes Argument, weshalb die Vorschrift des § 28c BIfSG n.F. bereits grundsätzlich mit den Vorgaben der Wesentlichkeitstheorie nicht übereinstimmt. Denn wenn sogar eine Regelung durch den förmlichen Gesetzgeber selber offenbar – wie das gestrige Gesetz belegt – unabhängig von deren Verfassungswidrigkeit aus vielen Gründen keinerlei grundsätzliche Probleme bereitet, dann müssen die enorm grundrechtsintensiven Definitionen und Eingriffe (hier: § 20a I BIfSG i. V. m. nunmehr § 22a BIfSG n.F.) eben selber durch den Gesetzgeber geregelt werden; diese Regelung der, um nochmals den Herrn Gesundheitsminister zu zitieren, "*(…) tiefgreifenden Entscheidungen (…)*", die zudem auch für das gesamtgesellschaftliche Zusammenleben von zentraler Bedeutung sind, hätte daher von Anfang an der parlamentarische Gesetzgeber selber regeln müssen.

Die Darlegungen unter Rn. 41 der Gegenseite sind ebenfalls nicht überzeugend. Die jedenfalls deutliche Einschränkung der gerichtlichen Kontrolle (der obige Beschluss des VG Stuttgart ist insoweit eine erfreuliche Ausnahme) der Vorgaben für Impf- oder Genesenennachweise folgt vorliegend jedenfalls daraus, dass vorliegend

"*(…) pauschal zu einer Entscheidung lediglich "unter Berücksichtigung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft" ermächtigt (…)*" worden ist, mit der Folge, dass es daher "*(…) insbesondere schon an Vorgaben zu genauen Abwägungs- und Entscheidungskriterien, die die Entscheidung über die Gültigkeitsdauer des Genesenen-Nachweises leiten sollen (…)*

VG Stuttgart , a.a.O.

fehlt! Dass dies die gerichtliche Kontrolle enorm erschwert, dürfte offensichtlich sein.

Im Übrigen geht auch das Zitat in Rn. 41 fehl. Denn vorliegend hat wenn, dann nicht der Gesetzgeber, sondern der Verordnungsgeber auf diese Weise eine massive Einschränkung auch des Grundrechts aus Art. 19 IV 1 GG vorgenommen. Die Rn. 75 im Urteil vom 31.05.2022 behandelt aber den Fall, dass eine solche Einschränkung durch den förmlichen Gesetzgeber vorgenommen worden ist. Wenn aber sogar dieser eine solche Einschränkung

nur vornehmen darf, wenn ein hinreichend gewichtiger Sach-grund vorliegt, dann muss dies, was die Bundesregierung verkennt, für den Verordnungsgeber erst recht gelten.

7.

Auch die Darlegungen unter Rn. 42ff im gegnerischen Schriftsatz verkennen Wesentliches. Denn natürlich enthalten die Vorgaben des RKI und des PEI fachliche Wertungen im großen Umfang. Die Institute haben es in der Hand, viele Studien gar nicht erst zu berücksichtigen, Mängel von Studien “großzügig“ zu übersehen und bei einem mehr oder weniger “Gleichstand“ an Studienergebnissen

fiktives Beispiel: 5 Studien legen nahe, dass die natürliche Immunität auch gegen künftige Mutanten viel robuster und langanhaltender ist als die durch Impfung erzeuge Immunität; 5 andere Studien legen das Gegenteil nahe; (in Wahrheit, dies wurde vorgetragen, ist die natürliche Immunität die viel robustere).

sich für die eine oder die andere Seite zu entscheiden.

Ob Stiko-Empfehlungen uneingeschränkt umgesetzt werden (s.o. die Ausführungen des VG Stuttgart), ist ebenfalls eine Frage von Wertungen der Institute.

Dass der Wortlaut viel zu unpräzise ist und mehrere Deutungen zulässt – insoweit ist der Bundesregierung beizupflichten –, ist schon im Hinblick auf den “großzügigeren“ allgemeinen Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 20 III GG bedenklich, im Hinblick auf die viel strengeren Bestimmtheitsgrundsätze des Art. 80 I 2 GG und 103 II GG jedoch bereits nicht mehr. Denn die Definitionen in der Verordnung sind in Landesverordnungen gemäß § 32 S. 1 BIfSG bußgeldbewehrt. Aber unabhängig vom viel zu unpräzisen Wortlaut: Die Normen gewähren dem PEI und RKI einen viel zu großen Spielraum, begrenzen diesen überhaupt nicht und gewähren auch keine effektive Kontrolle dieser Institute z.B. durch den Bundestag, wenn diese Institute, wie bei der Verkürzung des Genesenenstatus eindrücklich geschehen, ihrerseits unwissenschaftlich handeln. Auch entbinden die Vorschriften die Institute von der rechtstaatlichen Pflicht, ihre neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse nur unter Berücksichtigung von angemessenen Übergangsfristen auf ihren Internetseiten zu “verkünden“. Auch Letzteres ist ein triftiger verfassungsrechtlicher Grund, sowohl die ursprüngliche Impfschutz-Definition vom Mai 2021 als auch alle anschließenden Impfschutz-Definitionen, die durch Änderungsverordnung entstanden sind, als ungültig einzustufen. Jedenfalls für die bis 18.03.2022 gültige Fassung der Genesenen-Definition gilt dies dann ebenfalls.

8.

Die Darlegungen in Rn. 45 können keine rückwirkende Heilung der aufgezeigten viel-fältigen Verfassungsverstöße u.a. gegen das Rechtsstaatsprinzip und die Rechts-schutzgarantie bewirken. Auch deshalb sind alle Fassungen des § 2 BAusnahmSchVO jedenfalls bis zum 18.03.2022 nichtig und damit auch der § 20a I BIfSG und die gesam-te Vorschrift des § 20a I

– VII BIfSG n.F.. Eine Heilung ab 19.03.2022, die eine Impfpflicht rückwirkend ab 15.03.2022 postuliert, scheidet verfassungsrechtlich definitiv aus.

Der gegnerische Schriftsatz vom 11.03.2022 befasst sich ebenfalls noch nicht einmal ansatzweise mit der aus den genannten Gründen klar zu verneinenden Frage, ob eine Heilung des früheren Verfassungsverstoßes so auf diese Art und Weise wie geschehen überhaupt möglich ist.

Der Verfassungsbeschwerde in der Hauptsache ist somit weiterhin stattzugeben.

Weiterer Vortrag wird folgen.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 297 – B 299

26. März 2022

In Sachen
XXXXXXX ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
Az.: 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

werden wie angekündigt die Anträge wie folgt angepasst und teils auch erweitert:

Die hiesigen Beschwerdeführer stellen im Hauptsacheverfahren nunmehr folgende

Anträge:

I. Art. 1 Nr. 4 und Nr. 9 a) aa) 7e) - 7h des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BGBl. 2021, 5161, 5164 – 5166) in der Fassung von Art. 1 Nr. 2 - 4 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften vom 18.03.2022 (BGBl. 2022, 466 – 472) verletzt die Beschwerdeführer in ihren Grundrechten aus

- Art. 1 I GG (Recht auf Menschenwürde)

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit),

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG (Recht auf allgemeines Persönlichkeitsrecht und auf informationelle Selbstbestimmung),

- Art. 2 I GG,

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 20 III GG,

- Art. 3 I GG,

- Art. 4 I GG,

- Art. 6 II GG,

- Art. 10 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 11 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 12 I GG sowie in

- Art. 13 I, VII GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie

- Art. 33 II, V GG

und ist nichtig,

hilfsweise, für den Fall, dass das Gericht die aktuelle Fassung des am 19.03.2022 in Kraft getretenen neuen Gesetzes als nichtig erachtet und auch davon ausgeht, dass in diesem Falle die frühere Fassung des § 20a BIfSG wiederauflebt:

II. Art. 1 Nr. 4 und Nr. 9 a) aa) 7e) - 7h des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie (BGBl. 2021, 5161, 5164 – 5166) verletzt die Beschwerdeführer in deren Grundrechten aus

- Art. 1 I GG (Recht auf Menschenwürde),

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 20 III GG,

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 2 II 1 GG (Recht auf körperliche Unversehrtheit),

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I 1 GG (Recht auf allgemeines Persönlichkeitsrecht und auf informationelle Selbstbestimmung),

- Art. 3 I GG,

- Art. 4 I GG,

- Art. 6 II GG,

- Art. 10 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 11 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG,

- Art. 12 I GG sowie in

- Art. 13 I, VII GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie

- Art. 33 II, V GG

und ist nichtig.

III. Art. 1 Nr. 5 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften vom 18.03.2022 (BGBl. 2022, 466 – 472) verletzt die Beschwerdeführer in deren Grundrechten aus

- Art. 2 I GG,

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 20 III GG,

- Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG,

- Art. 2 II 1 GG,

- Art. 3 I GG,

- Art. 8 I GG,

- Art. 11 I, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG, sowie aus

- Art. 13 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG und ist nichtig.

IV. Art. 1 Nr. 6 und 8 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und anderer Vorschriften vom 18.03.2022 (BGBl. 2022, 466 - 472) verletzt die Beschwerdeführer in deren Grundrechten aus

- Art. 2 I GG,

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 20 III GG,

- Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG,

- Art. 2 II 1 GG,

- Art. 3 I GG,

- Art. 8 I GG,

- Art. 11 I, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG, sowie aus

- Art. 13 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie

- Art. 103 II GG und ist nichtig,

hilfsweise, für den Fall, dass das Gericht die aktuelle Fassung des am 19.03.2022 in Kraft getretenen neuen Gesetzes als nichtig erachtet und auch davon ausgeht, dass in diesem Falle die frühere Fassung wiederauflebt:

V. § 28b I, II, III, V, 73 Ia Nr. 11b) – 11e) BIfSG in der Fassung bis einschließlich 18.03.2022 verletzt die Beschwerdeführer in deren Grundrechten aus

- Art. 2 I GG,

- Art. 2 I GG i. V. m. Art. 20 III GG

- Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG,

- Art. 2 II 1 GG,

- Art. 3 I GG,

- Art. 8 I GG,

- Art. 11 I, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG, sowie aus

- Art. 13 I GG, auch i. V. m. Art. 19 I 2 GG sowie

- Art. 103 II GG und ist nichtig.

VI. Die Bundesrepublik Deutschland hat den Beschwerdeführern ihre notwendigen Auslagen zu erstatten.

Zumindest bis auf Weiteres wird ein erneuter Eilantrag zurückgestellt werden, weil die Unterzeichner u.a. auf eine zeitnahe Entscheidung in der Hauptsache durch das Bundesverfassungsgericht hoffen. Wir bitten aber höflich um Verständnis, dass die Stellung eines nochmaligen Eilantrags vorbehalten bleiben muss.

A) Aktuelles Rubrum

Wir bitten höflich, das aktuelle Rubrum wie folgt zu ergänzen:

“In dem Verfassungsbeschwerdeverfahren

1. -
[…]
50. -
51. neu!

Beschwerdeführer Nr. 51 ist Professor an einer Universitätsklinik. Er ist stellvertretender Leiter eines Sonderforschungsbereichs und kann u.a. deshalb auch nicht ins Homeoffice geschickt werden. Auch er fällt unter die bereichsbezogene Impfpflicht des § 20a I Nr. 1 BIfSG n.F.. Er ist ungeimpft und will dies aufgrund der hohen allgemeinen erheblichen Risiken und aufgrund seiner individuellen gesundheitlichen Situation auch bleiben.

Als Anlage B 300 wird die Vollmacht des neuen Beschwerdeführers vorgelegt.

Vgl.
Vollmacht Beschwerdeführer Nr. 51 **- als Anlage B 300 -**

B) Ergänzende Anmerkungen zum Schriftsatz vom 18.03.2022

I.

Soweit auf S. 13, Mitte, unseres Schriftsatzes vom 18.03.2022 formuliert wurde:

"*(…) Natürlich wurden Einwände (Rn. 22) nicht erhoben, weil zum Zeitpunkt der Beschlussfassung die Absenkung der Genesenendauer von 6 auf 3 Monate noch nicht einmal im Ansatz zur Debatte stand, ebenso die Wegnahme des Impfschutzes für Millionen mit dem Janssen-Impfstoff geimpfter Menschen. Die Zustimmung zu abstrakten Zielen, etwa, dass man "der Wissenschaft" folgen wollte, stellt keine Zustimmung zu massiven konkreten Grundrechtseingriffen dar (…)*"

muss die Aussage:

"*Natürlich wurden Einwände (Rn. 22) nicht erhoben, weil zum Zeitpunkt der Beschlussfassung die Absenkung der Genesenendauer von 6 auf 3 Monate noch nicht einmal im im Ansatz zur Debatte stand.*"

wie folgt richtig gestellt werden:

Die Abgeordnete Dr. Baum (AfD) wollte eine Frage zur angedeuteten Verkürzung des Genesenenstatus stellen, jedoch wurde ihr diese explizit verwehrt. Ganz offensichtlich wollte die Ampel-Koalition keine Debatte im Bundestag dazu lostreten, sondern ihr Vorhaben "durchziehen" und die Opposition bewusst "kleinhalten".

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://dserver.bundestag.de/btp/20/20011.pdf (dort S. 140 = Blatt 696) **- als Anlage B 301 -**

Dieser Vorgang belegt, dass ein bloßes einmaliges parlamentarisches Zustimmungsverfahren außerhalb eines ordentlichen förmlichen Gesetzgebungsverfahrens ineffektiv ist und nicht im gleichen Maße Raum für unterschiedliche Auffassungen, für notwendige Fragen und Oppositionsbeteiligung bietet. Deshalb sind namentlich Eingriffe in Art. 2 II 1, 3 GG auch nur durch förmliches Gesetz(gebungsverfahren) zulässig, dem die Bundesausnahmenschutzverordnung genauso wenig genügt wie der Verweis auf Internetseiten des PEI und/ oder des RKI.

II. Verstoß gegen § 24 AMG und RL (EG) 2001/83

Soweit auf S. 11 im Schriftsatz vom 18.03.2022 ausgeführt worden ist,

“*Ob das PEI sich mit einer grob mangelhaften Notfallmeldestatistik begnügt oder wirkliche wissenschaftliche Studien verlangt, um ernsthafte Nebenwirkungen und Schäden zu erfassen, ist dem uferlosen Spielraum des PEI vorbehalten.*”

ist zu ergänzen:

Das PEI hat selbst im Rahmen einer Presseanfrage zugegeben, über kein Sachverständigengutachten nach § 24 AMG oder alternativ RL (EG) 2001/83 über die Impfstoffe zu verfügen. Dies kann man nur gänzlich als “Unding” und das Gegenteil von Wissenschaft bezeichnen. Die nachfolgende E-Mail-Korrespondenz zwischen dem PEI und dem einem Journlisten bestätigt Letzteres:

Gesendet: Montag, 10. Januar 2022 um 17:28 Uhr

Von: "Pressestelle, Paul-Ehrlich-Institut" <PRESSE@pei.de>

An: [...]

Cc: "Lübbing-Raukohl, Carola" <Carola.Luebbing-Raukohl@pei.de>, "Reiss, Marco" <Marco.Reiss@pei.de>, [...]

Betreff: AW: [...] Presseanfrage zu Sachverständigenbericht für COVID-19 Impfstoffe

Sehr geehrter Herr [...],
vielen Dank für Ihre Anfrage, die aber – so hat es den Anschein – von falschen Voraussetzungen ausgeht.
Die (bedingte) Zulassung für alle EU-Impfstoffe hat jeweils die EU-Kommission erteilt, nach einem Verfahren bei der Europäische Arzneimittelagentur EMA. Alle entsprechenden Unterlagen werden daher von der EMA zur Verfügung gestellt.

Zahlreiche Informationen finden Sie in den so genannten Europäischen öffentlichen Bewertungsberichten, (EPAR) auf den Seiten der EMA, die in der Tabelle der COVID-19-Impfstoffe unter www.pei.de/covid-19-impfstoffe jeweils in der letzten Spalte verlinkt sind.

Einige der Dokumente stehen ausschließlich in Englisch zur Verfügung, andere in allen Sprachen der Mitgliedsstaaten. Für Ihre Anfrage dürften die Dokument im Unterpunkt “Assessment History“ besonders interessant sein

Wenn Sie Dokumente vermissen, wenden Sie sich bitte an die Pressestelle der EMA (press@ema.europa.eu)

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag
Susanne Stöcker

Dr. Susanne Stöcker
Presse, Informationen / Press and Information Office
Pressesprecherin / Press Spokeswoman
>> www.pei.de/presse

>>www.pei.de/presse-aktuelles
>>www.pei.de/press-news

>> www.pei.de/faq
>> www.pei.de/coronavirus

--
Paul-Ehrlich-Institut
Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel
Federal Institute for Vaccines and Biomedicines
Paul-Ehrlich-Str. 51-59
63225 Langen
Phone +49 6103 77 1030
Fax +49 6103 77 1262
E-Mail presse@pei.de
>> www.pei.de

Das Paul-Ehrlich-Institut ist eine Einrichtung im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.
The Paul-Ehrlich-Institut is an Agency of the German Federal Ministry of Health.

Gesendet: Montag, 10. Januar 2022 um 17:12 Uhr

Von: [...]

An: "Pressestelle, Paul-Ehrlich-Institut" <PRESSE@pei.de>

Cc: Redaktion

Betreff: Presseanfrage zu Sachverständigenbericht für COVID-19 Impfstoffe

Priorität: Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich weiß, dass Sie momentan in Fragen untergehen. Daher brauche ich für meine Recherche eigentlich nur ein paar Dokumente, die dann selbsterklärend sind und bei Ihnen im Hause keine weitere und/oder zusätzliche Arbeit verursachen. Ich benötige die Sachverständigenberichte gemäß § 24 AMG oder entsprechend RL 2001/83 (Anhang 1, Teil 1, C. Sachverständigenberichte) für die derzeit bedingt zugelassenen Impfstoffe.

Einfache PDF reicht völlig aus. Meine Redaktion ist cc.

Mit freundlichem Gruß und bestem Dank

Beweis und Glaubhaftmachung:

E-Mail-Korrespondenz vom 10.01.2022 zwischen dem PEI und dem Jorunal

- als Anlage B 301.1. -

Die EMA hat jedoch nur zwei Dosen BioNTech in der EU zugelassen, und keine – wie nunmehr von § 22a I BIfSG n.F. als Mindestzahl geforderte – drei!

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty

sowie

https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/comirnaty-epar-medicine-overview_en.pdf **- als Anlage B 301.2. und B 301.3 -**

Und natürlich auch nur zwei Dosen des Impfstoffes von Moderna:

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spikevax **- als Anlage B 301.4. -**

Genauso wie auch nur zwei Dosen des Impfstoffs von AstraZeneca.

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca **- als Anlage B 301.5. -**

Alles Weitere hat die EMA an die nationalen Behörden delegiert, was nach hiesiger Auffassung bereits rechtlich unzulässig gewesen ist.

In dem obigen Link (Anlage B 301.3), betreffend das Beispiel von Comirnaty heißt es:

"*At national level, public health bodies may issue official recommendations, taking into account emerging effectiveness data and the limited safety data.*"

Übersetzung:

"*Auf nationaler Ebene können öffentliche Gesundheitsbehörden offizielle Empfehlungen aussprechen und dabei neue Wirksamkeitsdaten und die begrenzten Sicherheitsdaten berücksichtigen.*"

Insofern hätte dem PEI das Sachverständigengutachten vor der StIKo-Empfehlung zur dritten Impfung vorliegen müssen. Dieses scheint es daher entweder nicht zu geben oder die Herausgabe wird verweigert.

III.

In Ergänzung zum Vortrag auf S. 14

"*Indem das PEI und das RKI durch schlichte Änderung der Homepage die Anforderungen für den Immunschutz ändern können, erhalten diese faktisch das Initiativrecht für Änderungen, was § 28c BIfSG n.F. nicht zulässt.*"

möchten wir auch nochmals höflich darauf hinweisen, dass die hiesigen Beschwerdeführer bereits umfassend zur formellen Verfassungswidrigkeit (fehlende Zustimmung des Bundesrates zum sog. Bundesnotbremsengesetzes-Paket) und zur materiellen Verfassungswidrigkeit (u.a. Verstoß gegen die Wesentlichkeitstheorie) vorgetragen haben.

C) Zulässigkeit der Anträge I. und II.

I. Beschwerdebefugnis im Hinblick auf § 20a I i. V. m. § 22a I – VI BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 7e) – 7h) BIfSG n.F. sowie § 20a II 1 und VII BIfSG n.F.

1. Schutzbereich namentlich der Art. 2 II 1 GG und 12 I GG berührt sowie Eingriff(sintensität)

Die neue Fassung von § 20a I i. V. m. § 22a I – IV BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 7e) – 7h) BIfSG n.F. verschärft und intensiviert die bisherigen Eingriffe in die Grundrechte der Beschwerdeführer enorm. War es bislang so, dass man den Genesenenstatus als zweifach geimpfte Person immerhin für 6 Monate zugestanden bekam,

Beweis und Glaubhaftmachung:

Vgl.

"***Diese fachlichen Vorgaben für den Genesenennachweis beziehen sich ausschließlich auf Personen, die ungeimpft sind, d.h. weder vor, noch nach ihrer durchgemachten Infektion eine Impfung erhalten haben.**** *Die Gültigkeit des Genesenennachweises wurde von 6 Monaten auf 90 Tage reduziert, da die bisherige wissenschaftliche Evidenz darauf hindeutet, dass Ungeimpfte nach einer durchgemachten Infektion mit der Deltavariante oder einer früheren Virusvariante einen im Vergleich zur Reinfektion mit der Deltavariante herabgesetzten und zeitlich noch stärker begrenzten Schutz vor einer SARS-CoV-2-Infektion mit der Omikronvariante haben (1-3).*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Genesenennachweis-old.html **- als Anlage B 302 -**

Zwar weist das RKI darauf hin:

"***Bitte beachten:*** *Mit Wirkung vom 19.3.2022 sind die fachlichen Vorgaben für COVID-19-Genesenennachweise unmittelbar in § 22a Abs. 2 Infektionsschutzgesetz geregelt worden. Die fachlichen Vorgaben des RKI für COVID-19-Genesenennachweise nach der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung sind daher zum 19.3.2022 außer Kraft getreten.*

Die zuletzt geltende Fassung mit Stand vom 3.2.2022 ist im Archiv abrufbar."

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Genesenennachweis.html **- als Anlage B 303 -**;

dass sich insoweit die fachlich wissenschaftliche Auffassung des RKI geändert habe, ist aber nicht erkennbar.

Durch die neue Definition wird der Eingriff in Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG z.B. für den hiesigen Beschwerdeführer Nr. 30, der sich zweifach hat impfen lassen, der aber die dritte Impfung ablehnt und der am 10.03.2022 einen positiven PCR-Test erhalten hat, deutlich verschärft: Nicht nur dass sich seine Genesenendauer – ohne Einräumung jeglichen Vertrauensschutzes – vom 18.03. auf den 19.03.2020 von 180 auf 90 Tage glatt halbiert hat.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. PCR-Testergebnis-Bescheinigung des ersten positiven Testergebnisses vom 10.03.2022 **- als Anlage B 304 -**

2. Genesenenbescheinigung **- als Anlage B 305 -**

Er ist nunmehr nach § 20a I i. V. m. § 22a I Nr. 3 BIfSG n.F. verpflichtet, sich dreifach impfen zu lassen. Die Voraussetzungen nach § 22a I 2 Nr. 1 und 2 BIfSG n.F. liegen bei ihm nicht vor. Die Voraussetzungen von § 22a I 2 Nr. 3 BIfSG n.F. treffen auf ihn zwar zu, jedoch wird die Genesendauer, die der Gesetzgeber ihm zubilligt, also nur 90 Tage, nach Abzug der (willkürlichen; dazu an anderer Stelle noch mehr) 28 Tage seit dem Tag der Durchführung des PCR-Tests letztlich nur 68 Tage, bereits am 09.06.2022 abgelaufen sein. Er wird sich daher spätestens am 30.09.2022 das dritte Mal impfen lassen müssen, was er ablehnt, weil der Staat verlangt, dass er nun sogar ein drittes Mal ganz erhebliche Impfnebenwirkungen und Impfschäden eingehen muss. Angesichts der bereits umfangreich dargelegten erheblichen gesundheitlichen Risiken und angesichts weiterer aktueller, glaubhafter Berichte, die das Zustandekommen der PEI-Zahlen und -Statistiken massiv hinterfragen (dazu an anderer Stelle noch mehr) stellt dies einen zusätzlichen massiven Grundrechtseingriff in Art. 2 II 1 GG und auch in Art. 12 I GG dar, da von der Duldung dieses massiven Grundrechtseingriffs seine wirt-schaftlich-berufliche Existenz abhängt (§ 20a V BIfSG).

Der neue Eingriff, der am 18.03.2022 beschlossen worden ist, ist aber gleich aus einem noch weiteren Grund noch viel intensiver und extremer als der ursprünglich am 10.12.2021 beschlossene: Nach § 20a I i. V. m. § 22a I, II i. V. m. § 22a IV BIfSG n.F. kann die Bundesregierung, fast nur durch das völlig unbestimmte, sehr dehnbare Kriterium "*(…) nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft und Forschung (…)*" begrenzt, von den Anforderungen des § 22a I, II BIfSG n.F. durch Rechtsverordnung abweichen. Die Bundesregierung wird in Absatz 4 u.a. ermächtigt, sowohl die Intervallzeiten als auch die Anzahl der für erforderlich gehaltenen Impfstoffdosen für den sog. "*(…) vollständigen Impfschutz (…)*" und auch Impfstoff i. S. d. § 22a I 1 Nr. 1 lit. b) BIfSG n.F. anerkannt wird, zu regeln. M.a.W., die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung auch vier oder fünf Einzelimpfungen (oder natürlich auch noch mehr) als Nachweis für das Vorliegen des sog. "*(…) vollständigen Impfschutz (…)*" es definieren. Der Eingriff in die Grundrechte u.a. aus Art. 2 II 1 GG und 12 I GG hat daher durch die Gesetzesänderung vom 18.03.2022 eine ganz andere Qualität im Sinne einer bis dato nicht dagewesenen Eingriffsintensität erhalten.

Das Vorgenannte gilt auch für alle hiesigen ungeimpften Verfassungsbeschwerdeführer entsprechend.

Ein Teil der Beschwerdeführer, nämlich u.a. die Beschwerdeführer Nr. 5, Nr. 4 und Nr. 43, sind von der Verkürzung des Genesenenstatus von ursprünglich immerhin noch 6 Monate auf nunmehr parlamentsgesetzlich festgelegt auf 3 Monate persönlich betroffen.

Der Beschwerdeführer Nr. 5 wurde am 13.02.2022 PCR-positiv getestet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. PCR-Testungsnachweis des Klägers und Antragstellers Nr. 5 des Labors vom 14.02.2022 (Ct-Wert bei 22,141) **- als Anlage B 306 -**

2. Genesenenzertifikat des Beschwerdeführers Nr. 5 **- als Anlage B 307 -**

Der Beschwerdeführer Nr. 43 wurde am 07.01.2022 mittels PCR-Testung positiv getestet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Positives PCR-Testergebnis des Beschwerdeführers Nr. 43 vom 07.01.2022 **- als Anlage B 308 -**

2. Genesenenzertifikat des Beschwerdeführers Nr. 43 **- als Anlage B 309 -**

Der Beschwerdeführer Nr. 4 wurde am 10.01.2022 positiv getestet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Positives PCR-Testergebnis des Beschwerdeführers Nr. 4 vom 10.01.2022 **- als Anlage B 310 -**

2. Genesenenzertifikat des Beschwerdeführers Nr. 4 **- als Anlage B 311 -**

Es sei am Rande erwähnt, dass keiner der drei Beschwerdeführer ernsthaft erkrankt gewesen ist, insbesondere wurde keiner von den dreien – wie bei der exorbitanten Mehrheit aller PCR-positiv Getesteten – hospitalisiert.

3. Verfassungsrechtliche Rechtfertigung der Eingriffe

a) Verstöße gegen Art. 19 I 2 GG

Dieser Eingriff in Art. 2 II 1 GG ist schon deshalb offensichtlich verfassungswidrig, da dieser nicht i. S. d. Art. 19 I 2 GG förmlich zitiert wird. Art. 4 des Gesetzes vom 18.03.2022 zitiert ausdrücklich nur den dortigen Artikel 1 Nr. 5. Die Änderung von § 20a I BISG n.F. i. V. m. § 22a I – IV BIfSG n.F. erfolgte jedoch in Art. 1 Nr. 2 bis 4 des Gesetzespaketes! Dass eine

Impfpflicht in die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit und auch in das Grundrecht auf Leben eingreift, wurde bereits umfassend dargelegt. Beide Grundrechte sind daher bereits offensichtlich verletzt, da Art. 19 I 2 GG nicht eingehalten worden ist.

Angesichts der dargelegten massiven Intensivierung der Grundrechtseingriffe verglichen mit der ursprünglichen Regelung, die am 10.12.2021 verabschiedet worden war, kann auch keine Rede davon sein, dass diese vorliegend lediglich "*(…) bereits geltende Grundrechtsbeschränkungen unverändert oder mit geringen Abweichungen wiederholen*".

vgl. zu dieser Ausnahme BVerfGE 5,13, 16; 15, 288, 293; 35, 185, 189; 61, 82, 113, letztere zitiert nach Enders in: Epping/Hillgruber, GG, Kommentar, 3. Auflage 2020, Art. 19 Rn. 16

Auch der Umfang der § 22a I – IV BIfSG n.F. spricht bereits gegen die Annahme, dass hier nur ein bereits vorhandener Grundrechtseingriff nur mit geringen Abweichungen wiederholt werden würde.

b) Einspruchsgesetzespaket hätte als Zustimmungsgesetz behandelt werden müssen – Nichtigkeit des gesamten Gesetzespakets wegen Verstoßes gegen Art. 78 GG

Darüber hinaus ist eine Verletzung der Grundrechte aus u.a. Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG auch deshalb allemal möglich, weil das gesamte Gesetzespaket bereits zu Unrecht als bloßes Einspruchsgesetz behandelt worden ist. Formell und materiell nichtige Gesetze können Eingriffe in Grund- und Freiheitsrechte jedoch verfassungsrechtlich nicht rechtfertigen.

St. Rspr. seit BVerfGE 6, 32ff., Rn. 17, 18, 32, 33 - juris

Es wurde bereits zur früheren Fassung des § 20a BIfSG umfangreich zu den allgemeinen Voraussetzungen einer Zustimmungsbedürftigkeit eines Gesetzespakets nach Art. 74 II GG und Art. 84 I 5, 6 GG vorgetragen. Ferner wurde dargelegt, dass, wenn in einem Gesetzespaket "nur" eine oder mehrere die Zustimmungsbedürftigkeit durch den Bundesrat auslösenden Einzelvorschriften enthalten sind, dass dann gleichwohl – weiterhin – das gesamte Gesetzespaket nichtig ist und nicht nur die darin enthaltenen zustimmungsbedürftigen Teile. Der Solitär-Meinung von Kment in der Kommentierung von Jarass/Pieroth kann keinesfalls gefolgt werden, weil sie u.a. zu großen praktischen Schwierigkeiten führt, die von der Verfassung nicht gewollt sind, weil sie den Willen des verfassungsändernden Gesetzgebers der Föderalismusreform ignoriert (dieser wollte insoweit keine Änderung der bisherigen Praxis und schon damals ganz h. L.) und der Wortlaut der Art. 74 II, 84 I 5, 6, GG sich erkennbar auf den formellen Gesetzesbegriff bezieht – und nicht auf einzelne darin enthaltene materielle Regelungen. Ferner gefährdet diese seltene Mindermeinung auch die politische Kompromissfähigkeit, die von der Verfassung stillschweigend vorausgesetzt wird. Schließlich wäre es auch widersprüchlich, nur bei Zustimmungsgesetzen, deren Zustimmungsbedürftigkeit aus Art. 84 I GG folgt, die Einheitsthese aufzugeben, weil der verfassungsändernde Gesetzgeber dies angeblich mit der Föderalismusreform beabsichtigt hätte, bei anderen Zustimmungsgesetzen, deren Zustimmungsbedürftigkeit z.B. aus Art. 74 II GG folgt, hingegen nicht. Die Einheitsthese beruht zu Recht auf der strikten formalen Trennung der Verfassung zwischen Einspruchs- und Zustimmungsgesetz.

Auf all diese bereits erfolgten Ausführungen wird zur Vermeidung von ausführlichen Wiederholungen Bezug genommen.

Hiernach ist das Gesetzespaket vom 18.03.2022 bereits formell in Gänze nichtig. An Einzelvorschriften in diesem Gesetzespaket, die die Zustimmungsbedürftigkeit nach Art. 74 II, 84 I, 5 u. 6 GG auslösen, herrscht vorliegend kein Mangel:

aa) § 20a III 5, V 3 BIfSG n.F.

erhält durch das Änderungsgesetz einen deutlich anderen Sinn. Die Folge ist, dass die dort geregelten Tätigkeits- und Zutrittsverbote auch für Beamte und Angestellte i. S. d. Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 Nr. 25 GG gelten. Beamte und Angestellte der hiesigen Beschwerdeführergruppe erhalten durch die massive Verschärfung der Betretungsverbotsmöglichkeiten und der Möglichkeiten, Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote für Ungeimpfte anzuordnen, künftig keinen Zugang mehr zu ihrem Arbeitsort; der Dienstherr kann sie nicht mehr beschäftigen. Entsprechendes gilt für die im juristischen Sinne Nicht-mehr-Geimpften, die nicht (oder ab 01.10.2022 nicht mehr) die in § 22a BIfSG n.F. geregelten neuen Voraussetzungen erfüllen. Die Beendigung der Zugangsmöglichkeiten zum Dienstort, den der Dienstherr bestimmt hat, stellt de facto eine Beendigung des öffentlichen Dienst- oder Beamtenverhältnisses dar.

Ein ungeimpfter Beschwerdeführer kann ab 15.03.2022 auch gar nicht mehr Beamter z.B. im Gesundheitsamt oder Medizinprofessor an einer Universität, Klinik oder als Rettungssanitäter werden, weil er die Einstellungsvoraussetzungen nach § 20a III BIfSG n.F. nicht mehr erfüllt. Dass dort nicht explizit von Einstellungsvoraussetzungen für den öffentlichen Dienst die Rede ist, sondern “nur” von einem Beschäftigungsverbot, ändert nichts daran, dass es sich jedenfalls der Sache nach um eine “No-Go-Regelung” auch für den öffentlichen Dienst handelt; in der Sache genauso wie die Einstellungsvoraussetzungen nach § 7 BeamStG, wonach Voraussetzung in der Regel ist, dass man Deutsche(r) i. S. d. Art. 116 GG sein muss, wenn man Beamter im Gesundheitsamt oder im Rettungsdienst werden will. Ob eine Regelung von Statusrechten oder -pflichten i. S. d. Art. 74 Nr. 25 GG vorliegen, kann jedenfalls nicht von der Wortwahl des einfachen Gesetzgebers abhängen. Maßgeblich ist, ob bei Nichtvorliegen des Tatbestandsmerkmals “geimpft” oder “genesen” bei einer Person noch eine Verbeamtung oder die Begründung eines öffentlich-rechtlichen Angestelltenverhältnisses möglich ist. Das ist hier klar zu verneinen. Dementsprechend kann sich z.B. der Beschwerdeführer und Notfallsanitäter Nr. 40 nicht, wie von ihm gewünscht, bei einem anderen öffentlichen Arbeitgeber in einem anderen Bundesland bewerben, um dort nach dem 15.03.2022 als Beamter im Rahmen eines neuen Dienstverhältnisses tätig werden zu können.

bb) § 20a VII BIfSG n.F.

enthält Datenschutzregelungen im öffentlichen Bereich, die auch keinesfalls nur die Rechte der Betroffenen regeln (vgl. § 20a VII 7, 2. HS BIfSG n.F. lässt erkennen, dass die Norm sich auch als besonderes Datenschutzrecht versteht). Es wird geregelt, dass die Übertragung an das RKI in anonymisierter Form zu erfolgen hat (§ 20a VII 1 BIfSG n.F.; = Art und Weise des

Verwaltungshandelns sowie zugleich Regelung der Handlungsform), dass verwaltungsinterne Mitwirkungs- und Kontrollpflichten erfolgen (§ 20a VII 4 BIfSG n.F. i. V. m. § 22 II BDSG, insbesondere i. V. m. § 22 II Nr. 3 - 7 und Nr. 10 BDSG, die eine Mehrzahl an verwaltungsinternen Mitwirkungs- und Kontrollpflichten enthalten) sowie dass eine sechsmonatige Frist für die Datenlöschung einzuhalten ist (= Vorschriften über das Tätigwerden von Behörden innerhalb bestimmter Fristen). Hierbei handelt sich allesamt um Regelungen von Verwaltungsverfahren.

Vgl. statt aller: Henneke in: Schmidt-Bleibtreu/Hofmann/Henneke, GG, Kommentar, 14. Auflage 2018, Art. 84 Rn. 19; Kment in: Jarass/Pieroth, GG, Kommentar, 16. Auflage 2020, Art. 84 Rn. 9; Suerbaum in: Epping/Hillgruber, a.a.O., Art. 84 Rn. 31; zu Form- und Fristvorschriften siehe auch BVerfGE 24, 184, 195

Ähnliche Regelungen des Verwaltungsverfahrens finden sich in dem Gesetzespaket vom 18.03.2022 u.a.

cc) § 22a V BIfSG n.F.

(Antragserfordernis, das als “Wunsch der geimpften Person” bezeichnet wird; Regelungen der Mitwirkung privater Apotheker und Ärzte, vgl. Suerbaum, a.a.O., Art. 84 Rn. 24; das digitale Format, das bescheinigt wird, ist eine Formvorschrift);

dd) § 22a VI, VII BIfSG n.F.:

Hier gilt das Vorgenannte entsprechend.

Liegen somit Regelungen des Verwaltungsverfahrens i. S. d. Art. 84 I 1 GG durch den Bundesgesetzgeber vor, so stellt sich die Frage, ob diese abweichungsfest i. S. d. Art. 84 I 5, 6 GG sind. Vorliegend sind diese schon deshalb abweichungsfest, weil der Sinn und Zweck der oben aufgeführten Regelungen eine bundesweit einheitliche Anwendung zwingend gebietet. Das Gesetz wäre kaum vollziehbar, wenn die Länder die o.g. 6-Monatsfrist jeweils unterschiedlich gestalten könnten und/ oder wenn die Datenübersendungsmodalitäten der Länder an das RKI durch 16 verschiedene landesverwaltungs-rechtliche Regelungen konterkariert werden oder gar einige Länder eine andere Form des Verwaltungshandelns als das Ausstellen digitaler Formate wählen würden. Würde man vorliegend vom Regelfall ausgehen, d.h. den Ländern bezüglich der obigen Punkte eine Abweichungsbefugnis zubilligen, würde das Chaos ausbrechen sowie massive Ungerechtigkeiten und Widersprüche zwischen den Bundesländern wären nicht vermeidbar. Daher spricht alles für die Annahme, dass das Gesetzespaket nach Art. 84 I 6 GG zustimmungsbedürftig gewesen ist.

ee) Auch die neuen Vorschriften in § 28a VII 1 Nr. 1, Nr. 2 sowie vor allem VIII 1 Nr. 3 BIfSG n.F.

enthalten teils der Sache nach und teils ausdrücklich Zutrittsverbote auch für Angestellte und Beamte des öffentlichen Dienstes. Ein kommunaler Beamter, der im Rathaus ohne Homeoffice-Möglichkeit arbeiten muss, erhält zu seinem Arbeitsplatz, zu den ihn sein

Dienstherr abgeordnet hat, nach § 28a VIII 1 Nr. 3 BIfSG n.F. keinen Zutritt mehr, wenn er bei einer 3G-Regelungen weder geimpft, genesen noch getestet oder bei einer 2G-Regelung weder geimpft noch genesen ist. Neben dem hiesigen Beschwerdeführer Nr. 40 gilt dies auch für alle anderen verbeamteten Beschwerdeführern, welchen durch die Norm der Zugang zu ihrem bisherigen Dienstort auch nach dieser Vorschrift (§ 28a VIII 1 Nr. 3 BIfSG n.F.) genauso verwehrt wird wie nach § 20a V 3 BIfSG n.F.. oder § 20a III BIfSG n.F..

Beschwerdeführer Nr. 51 kann künftig bei diesen gesetzlichen Regelungen als Ungeimpfter mit Tätigkeitsverbot (§ 20a III, V 3 BIfSG n.F.) nicht mehr beruflich in ein anderes Bundesland wechseln. Denn er ist wie die meisten der hiesigen Beschwerdeführer ungeimpft und (im juristischen Sinne) ungenesen und hält auch, bei einer 3G-Regelung, von den sog. Schnelltests gar nichts und von PCR-Tests allenfalls nur sehr eingeschränkt etwas, nämlich nur dann, wenn die klinische Symptomatik und der Ct-Wert berücksichtigt werden, was aber bis heute nicht durchgehend der Fall ist. Dass die Coronavirus-Mutanten für bestimmte, zahlenmäßig begrenzte Kollektive gefährlich sein können und dass gewisse Maßnahmen zur Eindämmung geboten sein könnten, stellt aber auch er wie die übrigen Beschwerdeführer natürlich nicht in Abrede.

Auch im Hinblick auf die § 28a VII 1 Nr. 1, Nr. 2 sowie vor allem VIII 1 Nr. 3 BIfSG n.F. gilt, dass für die Frage, ob eine Regelung von "*(…) Statusrechte(n) und -pflichten der Beamten der Länder, Gemeinden und anderen Körperschaften des öffentlichen Rechts sowie der Richter in den Ländern mit Ausnahme der Laufbahnen, Besoldung und Versorgung (…)*" i. S. d. Art. 74 II Nr. 27 GG vorliegt, nicht die sprachliche Formulierung des einfachen Gesetzgebers entscheidend ist, sondern ob ohne Einhaltung der neuen gesetzlich vorgegebenen (Zugangs- und Beschäftigungs-/Tätigkeits-)Voraussetzungen eine (Weiter-)Anstellung als Beamter oder eine erstmalige Ernennung als Beamter möglich ist. Dies ist vorliegend klar zu verneinen, weil das regelmäßige Betreten und der regelmäßige Aufenthalt am Dienstort sowohl für Angestellte des öffentlichen Dienstes als auch für Beamte eine zentrale Pflicht darstellt. Dass § 28a VII 1 Nr. 1 und 2 BIfSG n.F. nicht ausdrücklich erwähnt, dass "unmaskierte", verbeamtete Pflegekräfte oder Ärzte, die unter die Nr. 1 der Vorschrift fallen oder verbeamtetes Kontroll- und Ser-vicepersonal bei der Deutschen Bahn, welches es immer noch gibt, im "unmaskierten" Zustand, ihren Arbeitsort nicht betreten dürfen, ist unerheblich. Der Sinn und Zweck der Vorschrift geht davon aus, dass „unmaskierte" Beamte oder Bewerber i. S. d. Nr. 1 und ungetestete z.B. verbeamtete Lehrer oder Justizvollzugsbeamte i. S. d. Nr. 2 der Vorschrift bzw. entsprechende Bewerber dort „nichts (mehr) zu suchen haben", d.h. weder ihrer Tätigkeit dort fortsetzen noch erstmalig dort als Beamte anfangen dürfen. Jedenfalls aber ist in § 28a VIII 1 Nr. 3 BIfSG n.F. klar geregelt, dass der Zugang für nicht geimpfte, nicht genesene und nicht getestete verboten werden kann, was klar und eindeutig der Sache nach auf eine Regelung der Voraussetzung der Begründung einer Beamtentätigkeit hinausläuft. § 28a VIII 1Nr. 3 BIfSG verweist u.a. auf § 36 BIfSG und umfasst daher Zutrittsbeschränkungen und -verbote u.a. für Justizbeamte, die in Justizvollzugsanstalten tätig sind (§ 36 I Nr. 6 BIfSG) sowie über die Verweisung u.a. auf § 33 BIfSG auch für verbeamtete Lehrer. Auch in Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern, vollziehbar Ausreisepflichtigen, Flüchtlingen und Spätaussiedlern i. S. d. § 36 I Nr. 4 BIfSG n.F. arbeiten in der Praxis durchaus noch viele Bundes-, Landes- und Kommunalbeamte, für die das Vorgenannte entsprechend gilt. Eine verfassungskonforme Auslegung, dass die Vorschriften nicht für Beamte oder Beamtenbewerber gelten, ist nicht möglich. Der klare Wortlaut der neuen

Normen lässt eine solche Differenzierung nicht zu. Der behauptete Sinn und Zweck der neuen Vorschriften – Schutz der Gesundheit der Allgemeinheit – wäre grob widersprüchlich und infektionsmedizinisch grob unlogisch geregelt, wenn man Beamte und Beamtenbewerber von den Zutrittsbeschränkungen in Gestalt der Maskenpflichten und der Pflicht, geimpft, genesen oder getestet zu sein, ausnehmen würde, mit der Folge, dass diese Normen dann nur für Privatpersonen und für Justizvollzugsbeamte, für Lehrer, für Mitarbeiter der Ausländerbehörden etc. gelten würden, die nicht verbeamtet sind.

Somit ergibt sich auch hieraus die Notwendigkeit, das Gesetzespaket nach Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 27 GG als Zustimmungspaket zu behandeln. Hiergegen wurde eklatant verstoßen.

ff) Auch § 28b I 1 BIfSG n.F.

regelt Benutzungsverbote und damit Tätigkeitsverbote auch für Landes- und Kommunalbeamte. Auch in diesem Zusammenhang gibt es namentlich bei der Deutschen Bahn noch knapp 20.000 Beamte.

Beweis und Glaubhaftmachung:

"*16.885 Beamte und Beamtinnen der Deutschen Bundesbahn wurden Anfang 1994 der DB AG zur Dienstausübung zugewiesen. Zur Zeit sind noch ca. 19.300 Beamtinnen und Beamte der DB AG zugewiesen.*"

https://www.bev.bund.de/DE/Personal/Personaldienstleister/BeschaeftigungsbedingungenFuerZugewieseneBeamte/Rechtsstellung/rechtsstellung_node.html **- als Anlage B 312 -**

Diese haben infolge des § 28b S. 1 BIfSG n.F. ebenfalls im "unmaskierten" Zustand keine Möglichkeit mehr, ihren Dienstort, namentlich die Züge, in denen sie als Kontroll- oder Servicepersonal arbeiten, zu betreten. Würden sie dennoch und entgegen dieser Regelung die Züge des Personenfernverkehrs betreten, würden sie gegen eine zentrale Pflicht, nämlich die Erbringung ihrer Arbeitsleistung, verstoßen und hierdurch ihren Beamtenstatus einbüßen. Dies gilt umso mehr als dass man die Tätigkeit des Kontroll- und Servicepersonals naturgemäß nicht ins Homeoffice verlagern kann.

Auch die in § 28b I 1 BIfSG n.F. enthaltenen Benutzungsverbote und damit Tätigkeitsverbote fallen somit unter Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 27 GG. Ähnliches dürfte für die beim Luftfahrtbundesamt und bei den Luftfahrtbehörden der Länder noch tätigen Beamten gelten, bei denen das Fliegen ein Teil der Dienstaufgaben ist. Auch diese fliegen ein "*(…) Verkehrsmittel des Luftverkehrs (…)"* i. S. d. § 28b I 1 BIfSG n.F., sodass die Vorschrift diesem Personenkreis die dienstliche Tätigkeit verbietet, wenn sie "unmaskiert" zum Dienst erscheinen.

Somit gibt es eine Vielzahl an Gründen, warum das gesamte Gesetzespaket zwingend als Zustimmungsgesetz hätte behandelt werden müssen.

Die Beschwerdebefugnis ist daher zu bejahen.

Letzteres gilt auch für die infolge der massiven Verschärfungen des § 20a I, II BIfSG sich inhaltlich geänderten Vorschriften der § 73 Ia Nr. 7e) – 7h) BIfSG. Da diese Normen auf § 20a BIfSG n.F. verweisen und deren Verfassungsmäßigkeit voraussetzen, ist eine Verletzung der Beschwerdeführer in deren Grundrecht aus Art. 103 II GG zumindest möglich, wenn man, wie oben dargelegt, die Verfassungsmäßigkeit des § 20a BIfSG n.F. aus vielen Gründen zumindest stark anzweifeln muss. Denn dann ist die Bußgeldbewehrung nicht i. S. d. Art. 103 II GG "*(…) gesetzlich bestimmt (…)*".

4. Beschwerdebefugnis im Hinblick auf § 20a II 1 und VII BIfSG n.F.

a) Zu § 20a II 1 BIfSG n.F.

Wie oben dargelegt gibt es eine Vielzahl an Gründen, auch den neuen § 22a BIfSG n.F. als verfassungswidrig einzustufen. Weitere Gründe werden in weiteren Schriftsätzen noch ergänzt werden. Die bisherigen dargelegten Grundrechtseingriffe durch § 20a II BIfSG a.F. (Eingriffe in die Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG, aus Art. 12 I GG, aber auch aus Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I GG, dem Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung) gelten entsprechend auch für die neue Fassung. Die neue Fassung ist bereits aus formellen Gründen nichtig, da das Gesetz in Gänze formell nichtig ist (s.o.). Unabhängig hiervon wurde in den vergangenen Schriftsätzen dargelegt, dass sämtliche Fassungen von § 2 BAusnahmSchV nichtig gewesen sind. War dies der Fall, so war nicht nur § 20a I BIfSG a.F., sondern natürlich auch alle anderen Absätze nichtig, also auch § 20a II BIfSG a.F.. Da eine nichtige Norm eben nichtig ist, kann der Gesetzgeber dieser auch nicht ändern. Für § 20a II BIfSG a.F. galt dies ebenfalls. Denn vor dem 19.03.2020 nichtig gewesen waren nicht nur die Worte „entweder geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmeverordnung in der jeweils geltenden Fassung", sondern der gesamte Absatz bzw. alle Absätze der Norm. Diese kann man schon rein redaktionell nicht heilen, indem man nur die vorzitierten Worte austauscht. Am 18.03.2022 hätte das Bundesverfassungsgericht im Hauptsacheverfahren nicht nur diese wenigen Worte, sondern die ganze Norm für nichtig erklären müssen. Selbst wenn man dies aber anders sehen wollte, wäre auch der neu formulierte zweite Absatz nichtig, weil er auf die nichtigen Inhalte des § 22a I BIfSG n.F. Bezug nimmt. Eingriffe in die Grundrechte der Beschwerdeführer sind auf diese Weise nicht möglich.

Die Beschwerdebefugnis ist daher zu bejahen.

b) Zu § 20a VII BIfSG n.F.

Die neue Norm greift sowohl in die Grundrechte der ungeimpften als auch in die Grundrechte der geimpften Beschwerdeführer ein. Satz 1 der Vorschrift verpflichtet Arbeitgeber, persönliche Daten der Geimpften zu anonymisieren und an das RKI weiterzuleiten. Jedoch erfährt der Arbeitgeber auf diese Weise, ob ein Arbeitnehmer geimpft oder ungeimpft ist, und der Arbeitgeber darf und muss die Daten der Geimpften zuvor ohne Anonymisierung verarbeiten (§ 20a VII 2 BIfSG n.F.).

Die Vorschrift greift somit zum einen in die Berufsausübungsfreiheit der Arbeitgeber ein (z.B. die hiesige Beschwerdeführerin Nr. 41), aber auch in die persönlichen Daten der geimpften wie ungeimpften Pflegekräfte (z.B. die Beschwerdeführerin Nr. 8), weil der Arbeitgeber (ggf. auch gegen dessen Willen) erfährt, welcher Arbeitnehmer geimpft oder ungeimpft ist. Die staatlich angeordnete Weitergabe persönlicher Daten stellt einen Eingriff in das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung aus Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I GG dar.

Ferner enthält § 20a VII 2 BIfSG n.F. ebenfalls einen Eingriff in Art. 2 II 1 GG. Denn jeder ungeimpfte Arbeitnehmer, der seinem Arbeitgeber keinen Impfnachweis übermittelt, weiß, dass der Arbeitgeber hiervon erfährt und diese Daten nach dieser Vorschrift verarbeiten darf. Der ungeimpfte Arbeitnehmer weiß ferner, dass er zu der (Minderheit) an Arbeitnehmern gehört, die bei der Bewertung im Rahmen von Satz 3 der Vorschrift als „Problemfälle“ gesehen werden, und zwar von seinem Arbeitgeber wie von den Gesundheitsbehörden. Der ungeimpfte Arbeitnehmer kann schließlich auch sehr leicht erkennen, dass seine Einstufung als “ungeimpft” ihm mindestens 6 Monate lang erhalten bleiben kann (siehe Satz 7 des Absatzes 7 der Vorschrift). Es handelt sich mithin um einen sog. mittelbaren, in seiner Intensität jedoch gleichwohl intensiven Eingriff in Art. 2 II 1 GG. Der Staat sagt sinngemäß: “*Wer ungeimpft ist, bekommt auch unter datenschutzrechtlichen Aspekten Probleme. Er wird beim Arbeitgeber und bei den Behörden auch datenschutzrechtlich einer ganz bestimmten Gruppe, nämlich der Minderheit der Ungeimpften, zugeordnet.*”

Dieser Eingriff in Art. 2 II 1 GG, der so in der bisherigen Fassung von § 20a BIfSG n.F. nicht vorhanden ist und der insoweit ganz neuer Natur ist, ist schon nach Art. 19 I 2 GG nichtig, da der Eingriff in dieses Grundrecht durch den Gesetzgeber nicht förmlich zitiert wird.

Diese Eingriffe sind zum einen deshalb nicht verfassungskonform, weil das Gesetz bereits verfassungswidrig zu Stande gekommen ist (s.o.). Das Gesetz ist aber auch deshalb erkennbar unverhältnismäßig, weil es keinerlei Anhörung oder Widerspruchsrecht des Arbeitnehmers gibt und auch kein Löschungsrecht vor Ablauf der Sechsmonatsfrist des § 20a VII 7 BIfSG n.F.. Ein solches vorzeitiges Löschungsrecht gegenüber dem Arbeitgeber muss aber grundsätzlich möglich sein, z.B., wenn der Arbeitnehmer deutlich vor Ablauf dieser Frist das Unternehmen oder die Einrichtung verlässt.

Die Beschwerdebefugnis ist daher auch insoweit gegeben.

II. Rechtswegerschöpfung/Subsidiarität

Auch Verstöße der Beschwerdeführer gegen die neue Fassung des § 20a i. V. m. § 22a BIfSG n.F. sind vollumfänglich bußgeldbewehrt, was sich weiterhin aus § 73 Ia Nr. 7e) – 7h) BIfSG ergibt. In diesem Fall ist den Beschwerdeführern die vorherige Anrufung der Fachgerichte nicht zuzumuten. Zudem weist auch die neue Fassung des § 20a BIfSG n.F. viele Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung auf. Der bisherige ausführliche Vortrag zu § 90 II BVerfGG gilt auch für die neue Fassung entsprechend. Eine vorherige Anrufung der Fachgerichtbarkeit wäre umso unzumutbarer, weil diese wegen des Art. 100 I GG das formelle Parlamentsgesetz nicht “aussetzen” könnte und selbst dann, wenn man die Fachgerichte vom Vorliegen eines evidenten Verfassungsverstoßes hypothetisch

überzeugen könnte, wären diese nach § 31 BVerfGG an die Eilentscheidung des hiesigen Senats gebunden. Dass diese Eilentscheidung sich mit vielem Vortrag der Beschwerdeführer nicht auseinandergesetzt hat, etwa, zum Zustandekommen der PEI-Aussagen, betreffend die Anzahl der schweren Impfnebenwirkungen, mit den formellen Rügen u.a. Dingen, ändert an der formellen Bindung der Fachgerichte an § 31 BVerfGG juristisch nichts.

§ 20a VII BIfSG n.F. steht jedenfalls im untrennbaren Zusammenhang mit § 20a I 1 Nr. 2 BifSG. Die Anrufung der Fachgerichte wäre zudem aussichtslos, und zwar jedenfalls wegen des Art. 100 I GG.

Die Verfassungsbeschwerde hinsichtlich des Antrags I. ist daher (weiterhin) vollumfänglich zulässig. Die Zulässigkeit des Hilfsantrags II. ergibt sich aus dem bisherigen Vortrag.

D) Zulässigkeit des Antrags III.

I. Beschwerdebefugnis hinsichtlich des § 28a VII, VIII und X BIfSG n.F.

1. § 28a VII BIfSG n.F.

Sämtliche Beschwerdeführer müssen nach § 28a VII BIfSG n.F. an den dort genannten Orten sowohl als Arbeitgeber als auch als Patienten oder als Fahrgäste die Maske tragen. Die Maskenpflicht greift in Art. 2 II 1 GG und auch in Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 GG als auch für die hiesigen Arbeitgeber in Art. 12 I GG ein.

a) Art. 2 II 1 GG

Die Maskenpflicht behindert das freie Atmen und hat körperliche Auswirkungen, weil der Atemwiderstand ansteigt. Die staatliche Aufzwingung eines sog. “Maskenschutzes” und dies auch noch bußgeldbewehrt (§ 73 Ia Nr. 11a und 24 BIfSG i. V. m. § 32 S. 1 BIfSG) greift nicht nur in das Grundrecht der persönlichen Freiheit und in das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein, sondern auch in das – in § 28a VII BIfSG n.F. nicht zitierte – Grundrecht aus Art. 2 II 1 GG. Denn es kann nicht ernsthaft streitig sein, dass sich das Tragen einer Maske - insbesondere beim längeren Warten im Wartezimmer eines Arztes oder bei längeren Zugfahrten - auf die körperliche Atmung auswirkt und damit auf den biologisch-physischen Bereich. Dass der biologisch-physische Bereich von Art. 2 II 1 GG geschützt wird, ist wohl unstreitig, ebenso, dass es insoweit nicht auf eine Schädigungsabsicht des Staates ankommt.

Vgl. statt aller: Lang in: Epping/Hillgruber, Kommentar, 3. Auflage 2020, Art. 2 Rn. 62; BVerfGE 56, 54, 73 = Rn. 53 – juris; Antoni in: Hömig/Wolff, GG, Kommentar, 12. Auflage 2018, Art. 2 Rn. 12 mit zutreffendem Verweis auf BVerfGE 128, 300 (Rn. 40 – juris)

Ebenso dürfte geklärt sein, dass eine enge Auslegung des Art. 2 II 1 GG verfassungsrechtlich nicht überzeugend ist. Hierfür spricht nicht auch zuletzt der allgemeine Ver-fassungsgrundsatz, wonach der Schutzbereich von Freiheitsnormen weit auszulegen ist, damit das Grundrecht seine Wirkkraft optimal entfalten kann, ferner auch, dass na-mentlich das Grundrecht des Art. 2 II 1 GG – Grundrecht auf Leben und körperliche Un-versehrtheit – einen ganz besonders hohen Rang innerhalb der Grundrechte des Grundgesetzes einnimmt.

Vgl. BVerfGE 56, 54, 73 = Rn. 55 – juris; BVerfGE 6, 55, 72; 43, 154, 167

Demzufolge gibt es auch, ohne dass dies vermutlich vorliegend relevant sein dürfte, namhafte Rechtsprechung und Literaturstimmen, die (zu Recht) der Auffassung sind, dass sogar die Freiheit vor Angst und/ oder Beeinträchtigungen des geistigen Wohlbe-findens durch den Schutzbereich des Art. 2 II 1 GG geschützt sind.

Vgl. z.B. OVG Koblenz, NJW 1998, 1422, 1423, zitiert nach Lang, a.a.O., Art. 2 Rn. 62a

Ohne dass es hierauf vermutlich ankommen dürfte, fühlen sich (und fühlen sich immer noch) die Beschwerdeführer durch die Maskenpflicht bedrängt und extrem psychisch beeinträchtigt, wenn sie gegen ihren Willen eine Maske tragen müssen.

Dass Atemschutzmasken jedenfalls zu einem erhöhten Atemwegswiderstand führen als im Normalzustand, kann nicht ernsthaft streitig sind.

Beweis und Glaubhaftmachung (und unter Protest gegen die Beweislast):

1. Sachverständigengutachten

2. Zeugnis des RKI, Nordufer 20, 13353 Berlin

3. Internetlink unter
https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2020/200424_DGKJ_MaskenEmpfehlung.pdf **- als Anlage B 313 -**

Dementsprechend räumen auch die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages ein, dass ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit jedenfalls in den Fällen vorliegt, in denen Atemschwierigkeiten, allergische Reaktionen o.Ä. eintreten; dass es diese Fälle gibt, kann nicht streitig sein, andernfalls würden die entsprechenden Aus-nahmebestimmungen in den Corona-Verordnung auch gar keinen Sinn ergeben.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bundestag.de/resource/blob/696624/b661d3e87184fbfce136ae8af0926fc1/WD-3-109-20-pdf-data.pdf (dort S. 8) **- als Anlage B 314 -**

Die Unverhältnismäßigkeit der Norm folgt auch daraus, dass sie die Anordnung einer ausnahmslosen Maskenpflicht zulässt, d.h. noch nicht einmal für Personen mit medizinisch anerkannten Atemschwierigkeiten (Asthma u.ä.) gibt es Ausnahmen. Dass dies

unverhältnismäßig ist, liegt auf der Hand (vgl. VerfGH München, Entscheidung vom 08.05.2020, Az. Vf. 34-VII-20, Rn. 125 – juris). Entsprechendes gilt z.B. für Personen, die sich nur mit der Gebärdensprache verständigen können. Diese Ausnahmen können nach hiesiger Auffassung auch nicht in den Wortlaut des Gesetzes, welcher hierzu völlig schweigt und insoweit mit der Gesetzesbegründung übereinstimmt, verfassungskonform "hineininterpretiert" werden. Allermindestens müsste eine verfassungskonforme Auslegung durch das Bundesverfassungsgericht, falls dieses wider Erwarten keine anderen Nichtigkeitsgründe finden würde, angeordnet werden, wobei dann aber die Bestimmung des Umfangs der Ausnahme durch das Gericht seinerseits schwierig sein dürfte.

Dies ist auch deshalb juristisch zwingend, weil viele Menschen ja noch gar nicht wissen, ob das (vor allem längere) Tragen von Masken, bei Ihnen zu erheblichen Atemschwierigkeiten, allergischen Reaktionen o.Ä. führen kann. Auch für diese gilt die Maskenpflicht des § 28a VII BIfSG n.F. und erst nach einer ärztlichen Untersuchung kann diese (zusammen mit der Bußgeldbewährung) ggf. (je nach Ergebnis der medizinischen Einzelfalluntersuchung) entfallen. Die Beweislast der ausnahmsweisen Befreiung von der Maskenpflicht liegt beim Bürger, der dieser Verpflichtung nur durch eine von ihm nicht gewollte ärztliche Untersuchung nachkommen kann, was die Eingriffsintensität zusätzlich erhöht.

Aber selbst wenn man annehmen wollte, das Gesetz enthalte eine hinreichend bestimmte Ausnahmenregelung für zwingend notwendige Fälle: Das Vorliegen eines juristischen Eingriffs in den Schutzbereich durch die gesetzlichen Maskenregelungen entfällt auch bei Einräumung von (seltenen) Befreiungsmöglichkeiten nicht. Hierfür spricht auch die allgemeine Gesetzessystematik: Niemand käme auf die Idee, bei den Vorschriften des §§ 1ff BauNVO bereits das **Vorliegen eines Eingriffs** in die Grundrechte des Bürgers deshalb zu verneinen, weil die einzelnen BauNVO-Vorschriften in den jeweiligen Absätzen 3 und (teils auch) 4 gewisse Ausnahmen vorsehen. Zudem: Der Bürger, der sich aus gesundheitlichen Gründen mittels ärztlicher Bescheinigung von der Maskenpflicht befreien will, ist gezwungen, sich ärztlich untersuchen zu lassen. Diese ärztliche Untersuchung (im Zweifel auch gegen den Willen des Betroffenen) stellt aber auf jeden Fall und erst recht einen Eingriff in Art. 2 II 1 GG dar, weil dies bei Zwangsuntersuchungen immer der Fall ist (vgl. z.B. BVerfGE 128, 282 - 322). Es wäre wertungswidersprüchlich, wenn man einerseits im Einklang mit dem Bundesverfas-sungsgericht annehmen wollte:

"*Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen (kurz: Zwangsbehandlung) greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit ein (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG). Dieses Grundrecht schützt die körperliche Integrität des Grundrechtsträgers und damit auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht. Zu seinem traditionellen Gehalt gehört der Schutz gegen staatliche Zwangsbehandlung.*"
(BVerfGE 128, 282, Rn. 39 – juris),

andererseits aber eine landesweite und grundsätzlich pauschal-einzelfallunabhängige medizinische Schutz- und Vorsorgemaßnahme sogar bei (nachweislich) gesunden Menschen, die das freie Atmen behindert und die zumindest bei einigen Menschen zu körperlich negativen Reaktionen führt, nicht als Eingriff in den Schutzbereich des Art. 2 II 1 GG zu werten. Es wäre widersprüchlich, insoweit eine "Vernunfthoheit" des Staates (vgl. BVerfGE 128, 282, Rn. 55 – juris) zum einen überhaupt und dann auch noch der-gestalt anzuerkennen, dass noch nicht einmal der Schutzbereich des Art. 2 II 1 GG gewährleistet

sein sollte! Wenn eine solche “Vernunfthoheit” sogar bei einwilligungsunfähigen Personen zu Recht durch das Bundesverfassungsgericht nicht anerkannt wird, dann muss dies erst recht für praktisch die gesamte Bevölkerung gelten, die durchaus zurechnungsfähig und damit potenziell einwilligungsfähig, aber oft eben, wie vorliegend, nicht einwilligungsbereit sind.

Ein Eingriff auch in Art. 2 II 1 GG ist somit eindeutig zu bejahen. Dieser ist schon wegen des fehlerhaften Zustandekommens des Gesetzespakets verfassungswidrig.

b) Art. 2 I GG i. V. m. Art. 1 I GG

Der Eingriff durch die Maskenpflicht hat zudem auch im Lichte des allgemeinen Persönlichkeitsrechts nicht nur geringes Gewicht. Der Maskenträger kann nicht mehr mit seiner Gesichtsmimik kommunizieren. Der Nicht-Maskenträger wird weiterhin von einigen wichtigen öffentlichen Bereiche ausgeschlossen.

Vgl. z.B. VGH Mannheim, Beschluss vom 18.05.2020, Az. 1 S 1357/20, Rn. 60 – juris; zuvor bereits VGH Mannheim, Beschluss vom 13.05.2022, Az. 1 S 1314/20, Rn. 51 – juris

Dieser Eingriff ist aus den o.g. Gründen ebenfalls unverhältnismäßig und schon deshalb verfassungswidrig, da das Gesetz formell verfassungswidrig zu Stande gekommen ist.

Die Beschwerdebefugnis ist somit zu bejahen.

c) Artikel 3 GG

Es verstößt eklatant gegen Art. 3 I GG, wenn zwar in Arztpraxen, nicht aber auch in Zahnarztpraxen eine Maskenpflicht durch die Länder angeordnet werden darf. § 28a VII 1 Nr. 1 a) BIfSG n.F. umfasst Zahnarztpraxen (§ 23 III 1 Nr. 8 BIfSG n.F.) ausdrücklich nicht. Für diese völlige Ungleichbehandlung von im wesentlichem infektionsmedizinisch gleich gelagerten Sachverhalten ist keine auch nur ansatzweise medizinisch plausible Erklärung in Sicht. Eine solche ist auch insbesondere nicht in der Gesetzesbegründung enthalten. Ebenso ist unklar, warum die Bereiche aus § 23 III 1 Nr. 10 und 11 BIfSG n.F. ausgenommen sein sollten.

Im Hinblick auf § 28a VIII 1 Nr. 1 b) BIfSG n.F. ist völlig unlogisch, dass der öffentliche Personenfernverkehr nicht mit enthalten ist, getreu dem Motto: Fernfahrten bedürfen keiner Maskenpflicht, nur kürzere Fahrten des öffentlichen Personennahverkehrs. Dass dies, mit Verlaub, eine gänzlich unsinnige Differenzierung ist, liegt auf der Hand. Mit dem Zug von Heidelberg nach Mannheim zu fahren wäre eine Fahrt des Personennahverkehrs, weil die Entfernung weniger als 50 km beträgt. Hier darf dann eine Maskenpflicht angeordnet werden. Fährt man mit dem Zug aber von Heidelberg nach Freiburg, so wäre dies nach § 8 I PBefG bereits eine Fahrt des Personenfernverkehrs, weil sowohl die Fahrtzeit mehr als 1h beträgt und auch deutlich mehr als 50 km beträgt. Hier würde dann keine Maskenpflicht nach § 28 VIII 1 Nr. 1 b) BIfSG n.F. mehr möglich.

Der Gesetzgeber treibt den Irrsinn schließlich auf die Spitze, indem er nur die Maskenpflicht für das Service- und Kontrollpersonal der Einschränkung unterwirft, dass diese nur besteht, wenn für “*(…) dieses tätigkeitsbedingt physischer Kontakt zu anderen Personen besteht*

(…)". Die hiesigen Beschwerdeführer als normale Fahrgäste müssen aber dem klaren Wortlaut zufolge die Maske im Nahverkehrszug (nicht im Fernverkehrszug; s.o.) auch dann tragen, wenn sie ganz alleine im Abteil sitzen und keinerlei Kontakt zu irgendeiner anderen Person haben. Auch das ist eine weitere schlicht unsinnige Differenzierung.

§ 28a VII 1 Nr. c) BIfSG n.F. ist jedenfalls nach § 78 S. 2 BVerfGG analog für ungültig zu erklären. Auch diese Norm ist u.a. gleichheitswidrig, weil der Fall des § 36 I Nr. 5 BIfSG nicht umfasst ist. Warum die Maskenpflicht in "*(…) sonstigen Massenunterkünften (…)*" nicht gelten soll, sondern nur in den Fällen des § 36 I Nr. 3 und 4 BIfSG, erschließt sich nicht.

Die Beschwerdebefugnis ist mithin auch insoweit zu bejahen.

d) Eingriff in Art. 11 I GG i. V. m. Art. 19 I 2 GG

Wie dargelegt schützt Art. 11 I GG u.a. das Recht, nach seiner freien Entscheidung Aufenthalt zu nehmen. Jedenfalls bei einer Übernachtung kann die Einschlägigkeit des Schutzbereichs nicht in Zweifel gezogen werden, erst recht nicht, wenn diese mehrfach pro Woche geschieht. § 23 III 1 Nr. 1 - 5 BIfSG umfasst u.a. Krankenhäuser und Kliniken. Der Beschwerdeführer Nr. 49, Herr Hoppe, übernachtet regelmäßig in der Klinik, um am Folgetag gleich morgen früh weiterarbeiten zu können. Er nimmt dort mithin regelmäßig Aufenthalt i. S. d. Art. 11 I GG.

§ 28a VII Nr. 1 a), b) und c) verbietet jedoch den Aufenthalt für „Maskenlose". Mithin greift die Norm in den Schutzbereich des Art. 11 I GG ein. Dieser Eingriff ist schon deshalb offensichtlich verfassungswidrig, da Art. 11 I GG durch Art. 4 des Gesetzespakets vom 18.03.2022 nicht i. S. d. Art. 11 I GG förmlich zitiert wird.

2. § 28a VII 2 BIfSG n.F.

Für die in dieser Vorschrift angeordnete Testpflicht in Krankenhäusern, Pflegeheimen, Wohngruppen, für die nicht unter § 23 V 1 BIfSG fallenden ambulanten Pflegedienste und Unternehmen, die den Einrichtungen nach Nummer 2 vergleichbare Dienstleistungen anbieten sowie für Schulen und Kindertageseinrichtungen, Justizvollzugs-anstaltungen etc. gilt das Vorgenannte entsprechend: Die minderjährigen Beschwerdeführer nehmen regelmäßig in den Schulen und Kita-Einrichtungen Aufenthalt i. S. d. Art. 11 I GG, selbst wenn sie dort nur selten übernachten. Auch ist es gleichheitswidrig, die in § 23 III Nr. 2 - 10 sowie 12 BIfSG hiervon auszunehmen. Weshalb soll die hier ungeimpfte Beschwerdeführerin Nr. 38, die in einem Pflegeheim arbeitet, nach § 28a VII 1 Nr. 1 a) BIfSG n.F. i. V. m. § 23 III 1 Nr. 11 BIfSG sich testen lassen müssen, während dies Personen, die in den § 23 III 1 Nr. 2 - 10 sowie 12 BIfSG genannten Bereichen arbeiten, nicht tun müssen?! Warum müssen Strafgefangene in Justizvollzugsanstalten und abschiebepflichtige Asylbewerber in Abschiebungshafteinrichtungen, die dort unzweifelhaft Aufenthalt i. S. d. Art. 11 I GG nehmen, sich bei verfassungskonformer Auslegung von § 28a VIII 1 Nr. 1 c) BIfSG n.F. nicht testen lassen, weil Art. 11 I GG nicht förmlich i. S. d. Art. 19 I 2 GG zitiert wird, während Schüler, Kita-Kinder etc. dies müssen (zumindest, wenn man insoweit nicht von einem Eingriff in Art. 11 I GG ausgehen wollte) und die hiesigen Klinikärzte und

Pflegekräfte, die nicht übernachten, dies sogar ganz sicher tun müssen?! Die Norm ist daher ebenfalls eklatant gleichheitswidrig und unlogisch und lässt somit jede innere Stimmigkeit und Widerspruchsfreiheit vermissen.

Schließlich stellt die Testpflicht auch einen Eingriff in die Berufsfreiheit der Pflegeeinrichtungsbetriebe (hier: der Beschwerdeführerin Nr. 41) dar. Diese müssen die Testungen durchführen, bezahlen und überwachen. Jede Testpflicht greift zudem auch in das Grundrecht aus Art. 2 II 1 GG ein, erst recht, wenn diese regelmäßig umgesetzt werden soll. Auch diese Eingriffe sind jedenfalls deshalb verfassungswidrig, weil das Gesetzespaket in Gänze bereits wegen fehlender Zustimmung durch den Bundesrat nichtig ist.

Die Beschwerdebefugnis liegt daher auch im Hinblick auf § 28a VII 2 BIfSG n.F. vor.

II. Rechtswegerschöpfung/Subsidiarität

Das Vorgenannte gilt entsprechend. Die Maskenpflicht gemäß § 28a VIII 1 BIfSG n.F. erweitert den Anwendungsbereich von § 28 I BIfSG und damit die Regelungskompetenzen der Landesverordnungsgeber nach § 32 BIfSG n.F.. Die Bußgeldbewehrung folgt aus § 73 Ia Nr. 11a und 24 BIfSG i. V. m. § 32 S. 1 BIfSG. Dass sich die Beschwerdeführer, wenn sie ohne Maske in der Arztpraxis oder im Nahverkehrszug sitzen, sich zumindest der Gefahr einer Verurteilung wegen einer Ordnungswidrigkeit ausset-zen, was prozessual ausreichend ist,

vgl.
BVerfG, Beschluss vom 29.06.2016, Az. 1 BvR 1015/15, Rn. 44 – juris

liegt auf der Hand.

Zudem stellt die Frage, ob die Maske einen Eingriff auch in Art. 2 II 1 GG darstellt, einen sehr überschaubaren Bereich dar, der ganz sicher nicht der vorherigen Abklärung durch die Fachgerichtsbarkeit bedarf, zumal Entscheidungen der Bußgeldgerichte auch nicht ohne Weiteres bundesweit gelten, solange nicht diese Frage vom Bundesgerichtshof geklärt wäre, was nicht ersichtlich ist.

Zudem stehen auch bei den erweiterten Anträgen auch erkennbar genuine verfassungsrechtliche Fragen zur Entscheidung an, vor allem auch rein formelle Fragen, wie namentlich die Einhaltung von Art. 19 I 2 GG und die Frage, ob ein Einspruchs- oder in Wahrheit ein Zustimmungsgesetz gegeben ist. Für deren Beantwortung ist eine vorherige fachgerichtliche Klärung und Aufbereitung der "*(…) tatsächlichen Rahmenbedingungen der Coronavirus-Pandemie sowie fachwissenschaftliche – virologische, epidemiologische, medizinische und psychologische - Bewertungen und Risikoeinschätzungen (…)*" erkennbar nicht erforderlich.

BVerfG, Beschluss vom 15.07.2020, Az. 1 BvR 1630/20, Rn. 11 – juris

Daher bedürfen auch die dargelegten, offensichtlichen Verstöße gegen Art. 3 I GG insoweit schwerlich 16 verschiedener Eilverfahren vor den Verwaltungsgerichten und Oberverwaltungsgerichten der Republik, um diese festzustellen, zumal auch in diesen Verfahren wegen der Schranke des Art. 100 I GG auch ein Verstoß gegen Art. 3 I GG genauso wenig von den Fachgerichten festgestellt werden kann wie ein Verstoß gegen Art. 2 II 1 i. V. m. Art. 19 I 2 GG.

Die direkte Anrufung des Bundesverfassungsgerichts ist somit zulässig.
Für die Testpflicht des § 28a VII 1 Nr. 2 BIfSG n.F. gilt das Vorgenannte entsprechend.

E) Zulässigkeit der Verfassungsbeschwerde hinsichtlich der Anträge IV. und V.

I. Beschwerdebefugnis zu § 28b I 1 BIfGS n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 11 b) BifSG n.F.

Alle hiesigen Beschwerdeführer wollen ohne Einschränkung ihrer natürlichen Atmung die Verkehrsmittel des Luftverkehrs und des ÖPNV nutzen dürfen. Die dortige Maskenpflicht greift ebenfalls in die Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG, aus Art. 11 I GG und aus Art. 2 I i. V. m. Art. 1 I GG ein (s.o. die entsprechenden Darlegungen zur Maskenpflicht nach § 28a VII 1 Nr. 1 BIfSG n.F.).

Dieser Eingriff ist schon deshalb offensichtlich verfassungswidrig, weil § 28b I 1 BIfSG n.F. das Zitiergebot nicht wahrt.

Greift § 28b I 1 BIfSG n. F. somit in das Grundrecht aus Art. 2 II 1 GG ein, so kann kein Zweifel daran bestehen, dass die Norm wegen Verstoßes gegen Art. 19 I 2 GG nichtig ist. Ob der Staat, wie so oft, „hoffnungslos gutgläubige Absichten“ mit diesem Eingriff verfolgt oder nicht, spielt im Rahmen des Art. 19 I 2 GG keine Rolle.

Als **Anlage B 315** wird eine vorläufige Rechtseinschätzung des OLG Stuttgart vorgelegt, die bejaht hat, dass auf § 28 BIfSG a.F. keine Maskenpflichtanordnung gestützt werden kann, die nicht förmlich den Art. 2 II 1 GG zitiert. Das war erst durch das 3. Pandemiegesetzes vom 18.11.2020 geschehen. Würde der Schutzbereich des Art. 2 II 1 GG durch staatliche Maskentrageanordnungen nicht berührt, wäre § 28 BIfSG a.F. damals kaum ergänzt worden. Dass Letzteres während des Gesetzgebungsverfahrens nur sehr knapp begründet worden ist, auch nicht im zuständigen Gesundheitsausschuss (vgl. BT-Drs. 19/24334, S. 21 und 71: “*Dem Zitiergebot nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 des Grundgesetzes wird damit Rechnung getragen.*”; abrufbar unter

http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/243/1924334.pdf **- als Anlage B 316 -**), ist machtpolitisch nur allzu verständlich: Man wollte natürlich in der Öffentlichkeit nicht zum Ausdruck bringen, dass alle bisherigen „Masken-Bußgeldbescheide“ schon formell

verfassungswidrig gewesen sind. Der Eingriff in die freie körperliche Atmung, den der Gesetzgeber mit der Anordnung der Maskenpflicht zwangsläufig zumindest billigend in Kauf genommen hat bzw. nehmen musste, wird jedoch selbst mit der oben zitierten “Minibegründung” anerkannt.

Vgl. E-Mail des Herrn OLG Richter und Senatsvorsitzenden Joachim Saam vom 08.12.2021 im Verfahren 1 Rb 36 Ss 574/21= 36 SsRs 574/21 (Hinweis der Name des dortigen Beschwerdeführers ist anonymisiert) **- als Anlage B 315 -**

http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/243/1924334.pdf (dort u.a. S. 87)**- als Anlage B 316 -**

Die Beschwerdebefugnis ist somit klar zu bejahen. Soweit Eilentscheidungen der Verwaltungsgerichtshöfe und der Oberverwaltungsgerichte keinen Verstoß gegen Art. 19 I 2 GG bislang gesehen hatten, so lag dies schlicht und einfach daran, dass diese diesen zentralen Punkt nicht geprüft haben, sei es, dass sie diesen übersehen haben oder übersehen wollten oder dass sie sich mangels insoweit ausreichenden Vortrags der jeweiligen Antragsteller prozessual nicht zu einer Berücksichtigung dieses offensichtlichen Verfassungsverstoßes in der Lage gesehen haben.

Dass § 28b I 1 BIfSG n.F. die Art. 2 II 1 und 11 I GG nicht förmlich i. S. d. Art. 19 I 2 GG zitiert, kann aber nicht streitig sein.

Die Norm ist schließlich auch mit Art. 3 I GG eklatant unvereinbar. Während der Gesetzgeber in § 28a VII 1 Nr. 1 BIfSG n.F. die Maskenpflicht nur für den Nahverkehr angeordnet hat, nicht aber auch für den Fernverkehr, ist es bei § 28b I 1 BIfSG n.F. groteskerweise umgekehrt: Fahren die Beschwerdeführer von Heidelberg nach Freiburg mit der Bahn, müssen sie Maske tragen, weil die Strecke mehr als 1h Zeit in Anspruch nimmt und auch deutlich mehr als 50 km beträgt. Fahren sie mit der Straßenbahn von Heidelberg nach Mannheim, so unterliegen sie nicht der Maskenpflicht, weil die Strecke deutlich weniger als 50 km beträgt und auch keine ganze Stunde Zeit in Anspruch nimmt. Auch diese grob unsinnige Regelung kann man nur als eklatanten Verstoß gegen Art. 3 I GG einstufen. Das Gleiche gilt auch für die Einschränkung “*(…) soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen (…)*”. Dass diese Einschränkung sich nur auf das Kontroll- und Servicepersonal sowie das Fahr- und Steuerperson bezieht, ist hanebüchen, weil dies dazu führt, dass der Schaffner, der alleine im Abteil Mittagspause macht, eine Maske tragen muss, ein hiesiger Beschwerdeführer, der ebenfalls alleine im Abteil sitzt, hingegen schon. Das Wort “*(…) tätigkeits-bedingt (…)*” kann man auch nicht ernsthaft auf Fahrgäste beziehen.

Hinsichtlich des angefochtenen § 73 Ia Nr. 11b) BIfSG n.F. folgt die Beschwerde-befugnis aus Art. 103 II GG. Den Beschwerdeführern, die im öffentlichen Personenfernverkehr keine Maske tragen, droht ein Bußgeldverfahren. Da § 28b S. 1 BIfSG jedenfalls wegen offensichtlichen Verstoßes gegen Art. 19 I 2 GG i. V. m. Art. 2 II 1, 11 I GG verfassungswidrig und nichtig ist, erfolgt diese Bußgeldandrohung ohne gesetzliche Grundlage, was Art. 103 II GG aber gerade zwingend voraussetzt.

Im Hinblick auf den Hilfsantrag ist die Beschwerdebefugnis ebenfalls zu bejahen. Denn die Vorgängerfassung verwies auf die damals verfassungswidrige(n) Fassung(en) des § 2 Nr. 2

und 4 BAusnahmSchV und ordnete somit die Vorlage eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises für Arbeitgeber und Arbeitnehmer an, ohne eine verfassungskonforme Impf- und Genesenendefinition zu gewährleisten. Darüber hinaus behandelte die damalige Bundesausnahmenschutzverordnung zu Unrecht viele medizinisch Genesene (also z.B. Personen mit Antikörpernachweis und/ oder T-Zellenimmunität; einige Beschwerdeführer haben diesen Nachweis, bezogen auf ihre Person vorgelegt) zu Unrecht nicht auch als juristisch Genesene. Die Eingriffe in die Art. 3 I GG und Art. 12 I GG waren daher verfassungsrechtlich nicht haltbar, sodass eine Beschwerdebefugnis zu bejahen ist. Entsprechendes gilt für die Pflichten für die hiesigen und anderen Arbeitgeber aus Absatz 3 der damaligen Vorschrift, weil diese Verpflichtung untrennbar mit Absatz 1 und Absatz 2 der damaligen Vorschrift verknüpft gewesen ist.

Auch § 28b V BIfSG a.F. war jedenfalls mit Art. 3 I GG unvereinbar, weil auch diese Vorschrift es erlaubte, dass der einzelne Schaffner, der alleine Mittagspause in seinem Abteil machte, keine Maske tragen musste, während die hiesigen Beschwerdeführer als Fahrgäste dies auch als Einzelperson in einem Zugabteil sehr wohl mussten. Schon bei der früheren Fassung war es nicht möglich die (im Grundsatz sinnvolle) Einschränkung "*(…) soweit tätigkeitsbedingt physische Kontakte zu anderen Personen bestehen (…)*", auch auf normale Fahrgäste zu beziehen, denn diese sind weder in Bussen noch Zügen noch in Straßenbahnen in dem vorgenannten Sinne "tätig".

Da die § 28b I, II, III, V BIfSG n.F. verfassungswidrig waren, war auch § 73 Ia Nr. 11b) – 11e) BIfSG a.F. mit dem Grundrecht der hiesigen Beschwerdeführer, welche Arbeitnehmer oder Arbeitgeber waren, aus Art. 103 II GG unvereinbar gewesen.

II. Rechtswegerschöpfung/Subsidiarität

Da die Einhaltung des § 28b I 1 - 5 BIfSG n.F. bußgeldbewehrt ist, ist die direkte Anrufung des Bundesverfassungsgerichts zulässig. Zudem sind die hier gerügten Verfassungsverstöße auch offensichtlich und genuin verfassungsrechtlicher Natur und bedürfen keiner vorherigen verwaltungsgerichtlichen Abklärung oder Aufbereitung für das Bundesverfassungsgericht.

Die direkte Anrufung des Bundesverfassungsgerichts ist daher zulässig.

Das Vorgenannte gilt auch für den Hilfsantrag.

Zwischenergebnis zu C) – E): Die Verfassungsbeschwerde ist in Gänze zulässig.

Weitere Ausführungen zur Begründetheit, insbesondere zur zwischenzeitlich medizini-schen Entwicklung, sowie weitere genuin juristische Darlegungen, insbesondere zu Art. 2 I GG i. V. m. Art. 20 III GG i. V. m. völkerrechtlichen Normen, werden in einem separaten Schriftsatz erfolgen. Ferner wird zu den bisherigen Stellungnahmen u.a. von RKI und PEI Stellung genommen werden.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 300 – B 316

11. April 2022

In Sachen
XXXXXXX ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
Az.: 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird zunächst höflich darum gebeten, das Rubrum wie folgt zu ergänzen:

A) Rubrum

„In dem Verfassungsbeschwerdeverfahren

1. -
[…]
51. -
52. neu!
53. neu!
54. neu!
55. neu!
56. neu!

Die Beschwerdeführerin Nr. 52 arbeitet als Heilerziehungspflegerin in einem Kinderheimim. Dort werden Kinder aus dem Bereich des SGB VIII und SGB IX betreut. Die Beschwerdeführerin fällt unter § 20a 1 lit. l) BIfSG. Sie arbeitet in einer stationären Einrichtung mit Förderschule am Heim, dort als Erzieherin im Heimbereich. Bei den dortigen Kindern handelt es sich nicht um eine sog. vulnerable Gruppe. Dort leben hauptsächlich Kinder mit seelischen Behinderungen, aber auch Kinder mit chromosomalen Anomalien. Soweit es überhaupt Covid-Infektionen (bzw. positive PCR-Tests, die in der öffentlichen Berichterstattung und RKI-Statistik zu Unrecht pauschal als Infektionen bezeichnet werden) gegeben hatte, verliefen diese durchweg symptomfrei oder allenfalls mit ganz leichten Symptomen, die noch vor 2,5 Jahren niemanden interessiert hätte. Auch diese Kinder sind genausowenig betroffen wie andere Kinder.

Die Vollmacht der Beschwerdeführerin Nr. 52 wird als **Anlage B 316.1** vorgelegt.

Die Beschwerdeführerin Nr. 53 arbeitet als Hebamme in einer Klinik. Sie ist ungeimpft und will dies auch weiterhin, vor allem wegen des Umstandes, dass die Zahl der tatsächlichen ernsthaften Impfnebenwirkungen und Impfschäden viel höher ist als offiziell durch das PEI einge-rämt, bleiben. Wie alle anderen Beschwerdeführer hält sie das PEI-Notfallmeldesysstem für völlig aussagekraftlos und völlig ineffektiv. Die Beschwerdeführerin Nr. 53 fällt unter § 20a 1 lit. a) und f) BIfSG n.F.. Sie hatte zwar am 28.03.2022 einen positiven PCR-Test und bekommt daher voraussichtlich Ende April den

rein juristischen Genesenenstatus i. S. v. § 22a II BIfSG n.F. zugesprochen, dies jedoch nur für letztlich 62 Tage, d.h. bis Ende Juni. Spätestens Anfang Juli 2022 wird sie daher erneut und zwangsläufig ins Visier ihres Arbeitgebers und des Gesundheitsamts geraten. Bei wertender Betrachtung ist daher auch sie weiterhin bereits jetzt persönlich und unmittelbar durch das neue bereichsbezogene Impfpflichtgesetz betroffen. Wie alle anderen medizinisch genesenen hiesigen Beschwerdeführer hält sie es für absurd und in der Medizingeschichte für beispiellos negativ, dass die natürliche Immunität überhaupt zeitlich begrenzt wird und dann auch noch gegen die ganz herrschende Meinung der Virologen, Mediziner und ausländischer Gesundheitsbehörden auf einen derart geringen Zeitraum.

Die Beschwerdeführerin Nr. 53 wurde bereits vom Landratsamt Karlsruhe „abgemahnt“, weil sie keinen Impfnachweis vorlegen konnte. Juristisch ist sie derzeit auch noch und, wie dargelegt, spätestens Anfang Juli 2022 erneut, ungenesen, weshalb eine Entscheidung in der Hauptsache zeitnah geboten ist. In dem als **Anlage B 316.2** aufgeführtem Abmahnungsschreiben vom 04.04.2022 wird der Beschwerdeführerin Nr. 53 offen mit einer Bußgeldandrohung i. H. v. 2500€ gedroht.

Beweis und Glaubhaftmachung:
Schreiben des LRA vom 04.04.2022 **- als Anlage B 316.2 -**

Die Vollmacht der Beschwerdeführerin Nr. 53 wird ebenfalls zeitnah nachgereicht werden.

Die Beschwerdeführerinnen Nr. 54 und 55 sind zwei Töchter der Beschwerdeführerin Nr. 53. Sie haben beide zwei vom Gesundheitsamt anerkannte ärztliche Maskenbefreiungsatteste. Sie wenden sich gegen die § 28a VII 1 Nr. 1 a), b), VIII 1 Nr. 1 BIfSG n.F., weil diese Normen – anders als z.B. § 28b IX 2 BIfSG a.F. in der Fassung des Bundesnotbremsengesetzes – keine Ausnahme für Personen mit ärztlichen Attesten vorsehen und daher unverhältnismäßig sind. Sie sind der der Auffassung, dass der Gesetzgeber selber und nicht die Exekutive über die für die Grundrechtsausübung wesentlichen Ausnahmen entscheiden muss.

Die Vollmachten der Beschwerdeführerinnen Nr. 54 und 55 werden ebenfalls zeitnah nachgereicht werden.

Der Beschwerdeführer Nr. 56 fällt als Medizinstudent und zugleich Promotionsstudent unter § 20a III BIfSG und die dazugehörige Bußgeldvorschrift unter § 73 Ia Nr. 7g) BIfSG n.F.. Er ist im Rahmen seiner Ausbildung verpflichtet, noch in diesem Jahr eine mehrwöchige Famulatur in einem Krankenhaus zu absolvieren, in dem er zuvor noch nicht tätig geworden ist. Er ist ungeimpft und im juristischen Sinne nicht genesen. Seine Famulatur ist vorgeschriebener Teil seiner medizinischen Ausbildung und damit durch Art. 12 I GG geschützt. Das Gesetz hindert ihn daran, seine schon vor Ausrufung der PCR-Testpandemie im März 2020 begonnene medizinische Ausbildung zum Abschluss zu bringen. Die Impfpflicht sowie das Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot i. S. d. §§ 20a III, 73 Ia Nr. 7g) BIfSG n.F. stellen somit auch für ihn einen besonders schwerwiegenden Eingriff in Art. 12 I GG, und daneben natürlich auch in Art. 2 II 1 GG, dar. Der Beschwerdeführer will natürlich bereits jetzt Patientenkontakt haben, um seine berufliche Karriere fortführen zu können. Dem hiesigen Beschwerdeführer wurde von der sog. „CoronaTaskForce“ seiner Universität von drei Professoren nahegelegt, sich doch bitte impfen zu lassen, weil er ansonsten so

nicht zu Ende studieren könne und die Impfpflicht ja auch sicherlich verlängert werden würde. Unabhängig von der Frage, ob diese bereichsbezogene Impfpflicht tatsächlich verlängert werden wird oder (hoffentlich) nicht: Die Professoren haben recht, dass ohne das “freiwillige” Impfen der Beschwerdeführer sein Studium nicht wird fortsetzen können.

Auch die Vollmacht des Beschwerdeführers Nr. 56 wird zeitnah nachgereicht werden.

Die Beschwerdeführerin Nr. 57 fällt ebenfalls in den Anwendungsbereich des § 20a III BIfSG n.F. i. V. m. § 73 Ia Nr. 7g) BIfSG n.F.. Sie studiert ab Mitte April 2022 im 10. Semester Medizin an der Universität Ulm. Sie ist nur noch bis Mitte Mai 2022 (juristisch) genesen. Sie war und ist ungeimpft und will dies künftig bleiben. Ab Mitte Mai 2022 darf sie weder an Seminaren noch an praktischen Kursen im Rahmen ihres Studiums teilnehmen noch an Vorlesungen oder Prüfungen, und zwar unabhängig davon, ob mit oder ohne Patientenkontakt. Das bedeutet, sie kann ab Mitte Mai ihr Studium überhaupt nicht mehr fortsetzen. Auch die Praktika, die zur Zulassung zum Staatsexamen nötig sind, kann sie nicht mehr durchführen. Das gleiche gilt im Übrigen auch für ihre Dissertation. Die Beschwerdeführerin Nr. 57 will noch in diesem Jahr eine Famulatur im Freistaat Bayern machen, und zwar in einer Praxis im ländlichen Raum. Eine solche Famulatur wird mit bis zu 1000,- € gefördert.

Vgl.
“***Famulaturförderungen***

Famulaturförderung der KVB: FamuLAND bis zu 1000€ pro Monat

Bis zu 1000 Euro pro Famulatur: die Famulaturförderung der KVB

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) fördert Famulaturen im Rahmen des Studiums der Humanmedizin in ländlichen Regionen Bayerns. Jeder Famulus erhält 500 € für eine erfolgreich absolvierte Famulatur.

Was bedeutet „ländliche Region“?

Bei hausärztlichen Famulaturen darf die Gemeinde, in der die Praxis angesiedelt ist, maximal 20.000 Einwohner haben, bei fachärztlichen Famulaturen höchstens 40.000 Einwohner. Wenn sich die gastgebende Praxis in einem Gebiet befindet, in dem für die jeweilige Fachgruppe eine drohende Unterversorgung oder Unterversorgung herrscht, kommen weitere 200 € bzw. 350 € hinzu. Ist der Praxisstandort mehr als 60 Fahrtkilometer vom nächsten Universitätsstandort für Humanmedizin (Augsburg zählt bereits als

Universitätsstandort) entfernt, gibt es zudem einen Entfernungszuschlag von 150 €. Die Gesamtförderung kann sich also auf maximal 1000 € addieren.

Weitere Informationen & Bewerbung

Interessiert? Dann einfach das zweiseitige Bewerbungsformular der KVB ausfüllen und zurückfaxen. Eine Bewerbung ist frühestens vier Wochen vor Beginn und spätestens vier Wochen nach Ende der Famulatur möglich. Alle Details zur Bewerbung sowie das Formular finden Sie auf der Internetseite der KVB unter https://www.kvb.de/nachwuchs/studium/famulatur/“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.fachschaft-medizin.de/famulatur/#1537643153648-c5e8e7fd-5dee

- als Anlage B 316.3 -

Die Beschwerdeführerin ist daher auch insoweit, neben ihrem Grundrecht aus Art. 2 II 1 GG, auch in ihrem Grundrecht aus Art. 12 I GG, massiv betroffen.

Der Beschwerdeführer Nr. 3 ist zwischenzeitlich volljährig geworden und wird daher nicht mehr durch seine Eltern gesetzlich vertreten. Auch er verfügt über ein gültiges, vom Gesundheitsamt anerkanntes Maskenattest. Er kritisiert das Gleiche wie die neuen Beschwerdeführerinnen Nr. 54 und 55.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Maskenattest vom 08.09.2020 **- als Anlage B 316.4 -**

B) Weitere juristische Argumente für die Bejahung der Verfassungswidrigkeit des Gesetzespakets vom 18.03.2022

I. Weitere Argumente für die Zustimmungsbedürftigkeit des gesamten Gesetzespakets vom 18.03.2022

1. Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 GG i. V. m. § 56 BIfSG

Nach Art. 74 II GG i. V. m. Art. 74 I Nr. 25 GG bedarf eine Regelung, die die Staatshaftung betrifft, der Zustimmung des Bundesrates.

Bei Staatshaftung handelt es sich um die “*spezifisch öffentlich-rechtliche Haftung juristischer Personen des öffentlichen Rechts und umfasst Haftung für legislatives Unrecht, die öffentlich-rechtliche Gefährdungshaftung, den enteignungsgleichen und enteignenden*

Eingriff sowie Aufopferung und Folgenbeseitigung. Ebenfalls einbezogen sind Haftungen aus öffentlich-rechtlichem Vertrag sowie öffentlich-rechtliche Erstattungs- und Herstellungsansprüche."

Kment in: Jarass/Peroth, a.a.O. Art. 74 Rn. 71

§ 28a VII und VIII BIfSG n.F. regeln neue Zugangsvoraussetzungen für das Betreten von Arztpraxen, Verkehrsmitteln, Schulen, Kindertageseinrichtungen, von Betrieben, Einrichtungen oder Angeboten mit Publikumsverkehr u.Ä.. Wer als Beamter, Angestellter des öffentlichen Dienstes oder als Privatmann (Angestellter oder Selbständiger) diese Voraussetzungen (Maskenpflicht; Testpflicht; Vorlage Impf- oder Genesenennachweis u.Ä.) nicht erfüllt, der kann seine Arbeitsstätte nicht mehr betreten. Dann sind Entschädungszahlungen nach § 56 I BIfSG, insbesondere i. V. m. § 31 BIfSG, grundsätzlich möglich. Dies auch für Personen, die aus medizinischen Gründen nicht „maskenfähig", testfähig und impffähig sind.

Durch diese Neuregelungen werden mithin öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche konkretisiert und erweitert. Ob sich dadurch die Anzahl und die Summe der bisherigen Erstattungsansprüche i. S. d. § 56 BIfSG reduziert oder, was wahrscheinlicher sein dürfte, erhöht hat, kann dahinstehen. Denn selbst wenn man unterstellen wollte, dass sich durch die Neuregelungen die Zahl und/ oder die Höhe der nach § 56 BIfSG anfallenden Entschädigungsansprüche in Summe verringert hätte, würde dies nichts an der Einschlägigkeit von Art. 74 II GG ändern, d.h. auch dann würde durch die Neuregelungen eine Regelung der Staatshaftung getroffen werden. Denn der Wortlaut des Art. 74 Nr. 25 GG differenziert nicht danach, ob die Staatshaftung (der Länder) durch eine gesetzliche Regelung verschärft oder, ggf. wie hier, verringert wird. Dies legt auch der Sinn und Zweck des Art. 74 II GG nahe. Der Bund sollte durch die Reform aus dem Jahre 1994 die Möglichkeit erhalten, ein bundeseinheitliches Staatshaftungsrecht zu schaffen (vgl. Seiler in: Epping/Hillgruber, GG, Kommentar, 3. Auflage, Art. 74 Rn. 91) im Gegenzug bestanden die Länder, die ihre bisherige Gesetzgebungskompetenz dafür aufgeben mussten, als Korrektiv auf einer Zustimmungsbedürftigkeit solcher Gesetze, um Einfluss auf die Frage nehmen zu wollen, ob man bundesweit ein bestimmtes Staatshaftungsgesetz wünscht oder nicht. Weder der Entstehungsgeschichte zur Verfassungsänderung von 1994 noch zur Entstehungsgeschichte der Föderalismusreform lässt sich Gegenteiliges herleiten. Es deutet entgegen einer absoluten Solitär-Meinung (Linke, DÖV 2005, 289 – 295) auch nichts darauf hin, dass ausgerechnet und nur im Rahmen des Art. 74 I Nr. 25, II GG der verfassungsändernde Gesetzgeber die bis dato (und unverändert) ganz h.M. von der sog. „Einheitsthese" hätte aufgeben wollen.

Somit hätte das Gesetz als Zustimmungsgesetz als Zustimmungsgesetz behandelt werden müssen.

2. Leitsatz 3 und 4 der Entscheidung BVerfGE 37, 363ff

Die Leitsätze dieser Entscheidung lauten:

"*3. Ändert das Änderungsgesetz Regelungen, die die Zustimmungsbedürftigkeit ausgelöst haben, so bedarf es ebenfalls der Zustimmung des Bundesrates.*

4. Enthält ein Zustimmungsgesetz sowohl materiell-rechtliche Regelungen als auch Vorschriften für das Verwaltungsverfahren der Landesverwaltung gemäß GG Art 84 Abs 1, so ist ein dieses Gesetz änderndes Gesetz zustimmungsbedürftig, wenn durch die Änderung materiellrechtlicher Normen die nicht ausdrücklich geänderten Vorschriften über das Verwaltungsverfahren bei sinnorientierter Auslegung ihrerseits eine wesentlich andere Bedeutung und Tragweite erfahren."

BVerfGE 37, 363, Leitsatz 3 und 4 – juris

Das Gesetzespaket hat § 20a I, II 1 BIfSG a.F. sehr stark geändert (s.o.) und somit auch den § 20a III 5 sowie § 20a V 3 BIfSG inhaltlich massiv geändert. Wer geimpft oder genesen ist, beurteilt sich nunmehr nicht mehr nach § 2 BAusnahmSchV, sondern nach dem inhaltlich weitreichend geänderten und verschärften § 22a I, II BIfSG n.F. sowie auch nach § 22a IV BIfSG n.F., weil die letztgenannte neue Vorschrift nunmehr sogar ohne Bundestagsbeschluss im Grundsatz jede Abänderung der Vorgaben der Absätze 1 und 2 der Norm gestattet. § 20a III 5 BIfSG und § 20a V 3 BIfSG, die u.a. auch Beamten Zutritts- und Tätigkeitsverbote für deren Dienstort vorschreiben, haben die Zustimmungsbedürftigkeit des ursprünglichen Gesetzespakets vom 10.12.2022 (mit) ausgelöst. Diese Vorschriften erhalten durch die Änderungen vom 18.03.2022 mithin eine ganz erhebliche andere Bedeutung und eine wesentlich andere Tragweite, da die zentralen Definitionen des Geimpft- und Genesenen-Seins sich deutlich geändert haben. Für die neue ausdrückliche medizinische Kontraindikation des § 20a II Nr. 3 BIfSG n.F. gilt das Vorgenannte entsprechend. Der obige Leitsatz muss für eine Zustimmungsbedürftigkeit nach Art. 74 II GG entsprechend gelten, weil er keinen Sinn machen würde, wenn man ihn nur auf Art. 84 I GG beschränken wollte.

Das Vorgenannte gilt erst recht für § 28a VII Nr. 1, VIII 1 Nr. 3 BIfSG n.F.. Zwar galten Maskenpflichten als Zutrittsvoraussetzungen sowie die 2G- und 3G-Zugangsbeschrän-kungen bereits vorher (vgl. §§ 28a I 1 Nr. 3, 4, VIII BIfSG a.F.); durch die Änderungen haben die bisherigen Normen jedoch eine deutlich andere inhaltliche Tragweite erhalten: Aus dem bisherigen „Land" wurde eine „Gebietskörperschaft", aus der „*(…) konkrete(n) Gefahr der epidemischem Ausbreitung der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) (…)*" (= die Lungenkrankheit Covid-19, ausgelöst durch das Virus), aus der ursprünglichen Vorlagepflicht eines Impf-, Genesenen- oder Testnachweises wurde eine solche Vorlagepflicht zuzüglich der Pflicht, einen Lichtbildausweis vorzulegen etc. etc.. Somit gilt der obige Leitsatz auch im Hinblick auf die § 28a VII Nr. 1, VIII 1 Nr. 3 BIfSG n.F..

3. Art. 19 I 2 GG i. V. m. den beiden Grundrechten aus Art. 2 II 1 GG – Nichteinschlägigkeit der vereinzelt in der Judikatur des Bundesverfassungsgerichts vertretenenen, von der verfassungsrechtlichen Literatur bereits generell abgelehnten Ausnahmen von der Geltung des Zitiergebots

In Ergänzung zum bisherigen Vortrag, wonach die Neufassung von § 20a i. V. m. § 22 a I – IV BIfSG n.F. einen neuen, nicht förmlich zitierten Eingriff in beide Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG enthält, wird noch auf Folgendes verwiesen:

Aus der Entstehungsgeschichte zum Gesetzespaket vom 18.03.2022 wird nicht ersichtlich, dass sich der Gesetzgeber des Umstandes hinreichend bewusst gewesen ist, dass er durch die Impfpflicht qualitativ ganz neue Anforderungen für den sog. vollständigen Impfschutz und auch für den Genesenenstatus setzt, die sich von denen der ursprünglichen Fassung vom 10.12.2021 deutlich unterscheiden. Weder wird das Zitiergebot im Text des Gesetzes eingehalten noch gab es – insbesondere im Hinblick auf das Grund-recht auf Leben – irgendwelche Debatten, aus denen man schließen könnte, dass allen Bundestags- und Bundesratsmitgliedern bewusst gewesen ist, dass Impfstoffe auch Todesfälle hervorrufen können und dass sie – gegen die bisherige Judikatur des Bundesverfassungsgerichts und der praktisch einmütigen staatsrechtlichen Literaturauffassung – eine Abwägung Leben gegen Leben vornehmen. Auch hinsichtlich der neuen, einheit-lich kurzen Genesenendefinition (nur noch 90 – 28 Tage = 62 Tage für Geimpfte wie Ungeimpfte gleichermaßen) ist nicht erkennbar, dass sich die Bundestags- wie Bundesratsmitglieder des Umstandes bewusst gewesen sind, dass sie insoweit zumindest teilweise gegen eine RKI-Empfehlung handeln. Die Warn- und Besinnungsfunktion des Art. 19 I 2 GG wurde daher klar missachtet.

Hilfsweise: Selbst wenn man gleichwohl annehmen wollte, dass allen Bundestags- wie Bundesratsmitgliedern bewusst gewesen sein sollte, dass sie qualitativ ganz andere Eingriffe in Art. 2 II 1 GG beschließen als noch zuvor am 10.12.2021, als das ursprüngliche Gesetz beschlossen worden ist, so würde dies verfassungsrechtlich nicht ausreichen, um den Anforderungen des Art. 19 I 2 GG zu genügen. Denn es genügt eben nicht, dass sich der Gesetzgeber des Grundrechtseingriffs bewusst war.

Vgl. BVerfGE 113, 348, 366f. = Rn. 90 – juris

Vgl. auch "*Das Zitiergebot erfüllt eine Warn- und Besinnungsfunktion (vgl. BVerfGE 64, 72 <79 f.>). Durch die Benennung des Eingriffs im Gesetzeswortlaut soll gesichert werden, dass der Gesetzgeber nur Eingriffe vornimmt, die ihm als solche bewusst sind und über deren Auswirkungen auf die betroffenen Grundrechte er sich Rechenschaft ablegt (vgl. BVerfGE 5, 13 <16>; 85, 386 <404>). Die ausdrückliche Benennung erleichtert es auch, die Notwendigkeit und das Ausmaß des beabsichtigten Grundrechtseingriffs in öffentlicher Debatte zu klären. Diese Warn- und Besinnungsfunktion betrifft nicht nur eine erstmalige Grundrechtseinschränkung, sondern wird bei jeder Veränderung der Eingriffsvoraussetzungen bedeutsam, die zu neuen Grundrechtseinschränkungen führt.*"

BVerfGE 113, 348, 366f. = Rn. 88 – juris

Es ist nicht ersichtlich, dass sich Bundestag und Bundesrat z.B. der Auswirkungen einer gleich dreifachen Impfpflicht bzw. einer zahlenmäßig noch weiterreichenden (Dauer-) Impfpflicht nach § 22a IV BIfGS n.F. im Hinblick auf erhebliche Impfnebenwirkungen und Impfschäden bewusst gewesen wären. Schon die grundsätzlichen Mängel des reinen PEI-Notfallmeldesystems waren nicht Thema der Debatten. Dann aber kann erst recht nicht unterstellt werden, dass die Abgeordneten sich des Ausmaßes der gesundheitlichen,

finanziellen und organisatorischen Auswirkungen für die Impfprobanden und das Gesundheitssystem bei noch mehr Pflichtimpfungen hinreichend bewusst gewesen sein könnten.

Das Bundesverfassungsgericht hat bereits vor geraumer Zeit klargestellt, dass "*(…) jedenfalls die "Offenkundigkeit" der in der Sache gegenüber einem früheren Zustand erweiterten Grundrechtseinschränkung (BVerfGE 35, 185, (189)) die ausdrückliche Nennung der betroffenen Freiheitsgewährleistung nicht erübrigt. Vielmehr greift das Zitiergebot „bei jeder Veränderung der Eingriffsvoraussetzungen …, die zu neuen Grundrechtseinschränkungen führt". Die Benennung des Grundrechts im fortgeltenden (jedoch im Sinne erweiterter Eingriffsmöglichkeiten geänderten) Gesetz reicht also nicht aus, ebenso wenig ein bloßer Hinweis in der Gesetzesbegründung des Änderungsgesetzes, es bedarf des ausdrücklichen Hinweises im Änderungsgesetz selbst (BVerfGE 113, 348 (366f.) = NJW 2005, 2603 zu einer gefahrenabwehrrechtlich erweiterten Möglichkeit des Eingriffs in Art. 10 Abs. 1, Abs. 2 S. 1; BVERfGE 120, 274 (343f.) = NJW 2008, 822).*"

Enders in: Epping/Hillgruber, GG, Kommentar, 3. Auflage 2020, Art. 19 Rn. 16

Es reicht daher nicht aus, dass das ursprüngliche Gesetz vom 10.12.2022 zumindest das eine Grundrecht, das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, förmlich zitiert hat. Die Offensichtlichkeit der massiven Verschärfung der bisherigen Grundrechtseingriffe in beide Grundrechte des Art. 2 II 1 GG steht der Geltung des Art. 19 I 2 GG vorliegend nicht entgegen.

Rechtsfolge des Verstoßes gegen Art. 19 I 2 GG war und ist ausschließlich die Nichtigkeit des Gesetzes. Dem Gesetzgeber kann man insoweit nur, wenn schon keinen Vorsatz (den zu bejahen aufgrund der Evidenz des Verfassungsverstoßes alles andere als abwegig ist), so zumindest gröbste Fahrlässigkeit vorwerfen. Für die Bejahung einer bloßen Unvereinbarkeit, die ohnehin allgemein und auch im Rahmen des Art. 19 I 2 GG nur die seltenste Ausnahme sein kann, besteht keinerlei Raum. Allein die Tatsache, dass Länder wie Großbritannien und mehrere US-Bundesstaaten sowie weitere Staaten die bereichsbezogene Impfpflicht rückgängig gemacht haben, lässt es per se ausgeschlossen erscheinen, dass im Falle einer Nichtigkeitserklärung irgendeine gravierende Situation für die Allgemeinheit entstehen würde – einmal abgesehen davon, dass, wie bereits in den vorherigen Schriftsätzen und auch im Folgenden dargelegt, die Impfungen weit mehr Schaden als Nutzen verursachen. Eine bloße Unvereinbarkeitserklärung scheidet aber auch deshalb aus, weil der Verstoß gegen Art. 19 I 2 GG bei weitem nicht der einzige und auch nicht der einzige evidente Verfassungsverstoß ist. Allein die nicht ordnungsgemäße Beteiligung des Bundesrates führt zwingend zur Nichtigkeit. Eine Heilung durch den einfachen Gesetzgeber scheitert zudem am Verfassungsverbot einer Abwägung Leben gegen Leben. Schließlich spricht auch deutlich gegen eine bloße Unvereinbarkeitserklärung, dass dem Gesetzgeber gleich mehrere Verstöße gegen Art. 19 I 2 GG unterlaufen sind, weil auch die Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG (Recht auf Leben), aus Art. 11 I GG sowie Art. 2 II 2 GG i. V. m. Art. 104 GG sowie Art. 13 VII GG nicht förmlich zitiert werden. Schließlich war und ist dem Gesetzgeber allein schon auf-grund der Tatsache, dass ihm die Schriftsätze des hiesigen Verfahrens zur früheren Fassung durch das Bundesverfassungsgericht zugeleitet worden sind, bestens bekannt, dass schon die frühere Fassung Verstöße gegen Art. 19 I 2 GG enthalten hat. Es wäre, mit Verlaub grotesk, wenn das Bundesverfassungsgericht unter

diesen Umständen im-mer noch eine bloße Unvereinbarkeit erklären würde. Für den politischen Betrieb in Berlin wäre dies ein klares Zeichen, dass man auch künftig bereits “handwerklich” weiter schludern könnte, denn im schlimmsten Fall könnte ja “nachgebessert” werden.

Zu guter Letzt scheidet eine bloße Unvereinbarkeitserklärung auch deshalb aus, weil am 18.03.2022 nicht das Stichtagsdatum geändert worden ist. Eine bloße Unvereinbarkeitserklärung mit dem Auftrag, innerhalb einer Frist “nachzubessern”, würde daher im Ergebnis auf vielfältige, gänzlich neue politische wie juristische Abwägungen hinauslaufen, die die gesamte Systematik des Gesetzes betreffen würde, was wiederum mit dem Sinn und Zweck einer bloßen Unvereinbarkeitserklärung nicht kompatibel wäre.

4. Evidenter Verstoß von § 20a I BIfSG n.F. i. V. m. § 22a I BIfSG n.F. gegen das verfassungsrechtliche Publizitäts- und Bestimmtheitsgebot i. S. d. Art. 20 III GG

Die Eingriffe u.a. in Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG sind schon deshalb materiell verfassungswidrig, weil der Gesetzgeber es fertiggebracht hat, auf eine besonders evidente Weise gegen das Publizitätsgebot des Art. 20 III GG zu verstoßen. § 20a I BIfSG n.F. spricht nur ganz allgemein von einem (angeblich) “*(…) vollständige(r) Impfschutz (…)*”, von “*(…) zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit einem oder verschiedenen Impfstoffen (…)*” sowie davon, dass diese “*(…) von der Europäischen Union zugelassen (…)*” sein müssten oder “*(…) im Ausland zugelassen sind und (…) von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff (…)*” sein müssten. Doch welche Impfstoffe das sein sollen, wo Name und Anzahl der staatlicherseits für erforderlich gehaltenen Impfstoffe für den “folgsamen” Bürger zu finden sein sollen, darüber schweigt das Gesetz sich komplett aus! Denn es enthält keine einzige Angabe einer Fundstelle, und zwar weder eine Fundstelle im Internet noch eine im Bundesgesetzblatt noch eine in irgendeinem Amts- oder Ministerialblatt. Der Bürger muss sich daher zu 100% selber auf die Suche machen, wenn er herausfinden will, wie er als bislang ungeimpfter oder als nicht mehr ausreichend geimpfter Bürger wieder oder erstmalig den sog. vollständigen Impfschutz erhalten kann. Ein krasserer Verstoß gegen den Publizitätsgrundsatz ist kaum vorstellbar. Das gilt insbesondere für die in § 22a I 1 Nr. 1 b) BIfSG n.F. erwähnten Impfstoffe, die im Ausland zugelassen worden sind und die von ihrer Formulierung her identisch mit einem in der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff sind. Auch hier hätte mindestens die Angabe im Amtsblatt der Europäischen Union erfolgen müssen oder die Angabe anderer Amtsblätter anderer Staaten. Ansonsten hängt sogar der impfwillige Bürger “in der Luft”. Dieser kann aus der Gesetzeslektüre und auch aus der Begründung zum Gesetzesvorhaben weder die Namen der (derzeitigen) Impfstoffe noch die Anzahl der (derzeit) erforderlichen Impfstoffdosen (erst recht ab 01.10.2022) noch die erforderlichen Impfintervalle erkennen, um seine Grundrechte namentlich die der Berufsfreiheit, “gnädigerweise” vom Staat zumindest für einen gewissen Zeitraum zurückzuerhalten, d.h. um wieder die Stelle wechseln zu können und um bei der bisherigen Stelle nicht länger mit einem jederzeit möglichen Zutrittsverbot nach § 20a V 3 BIfSG n.F. rechnen zu müssen.

Die Maßstäbe des Publizitäts- und Bestimmtheitsgrundsatzes haben sowohl der VGH München als auch das Bundesverwaltungsgericht hinreichend entwickelt.

Vgl.
“*b) Nach diesen Maßstäben erweist sich die in der Hauptsache angegriffene Regelung des § 14 Abs. 2 Satz 1 6. BayIfSMV wegen eines Verstoßes gegen das Publizitäts- und Bestimmtheitsgebot aus Art. 20 Abs. 3 GG sowie wegen eines Verstoßes gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit voraussichtlich als verfassungswidrig und ist vorläufig außer Vollzug zu setzen. Die Verweisung des Verordnungsgebers auf die „Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts“ entspricht nicht diesen rechtsstaatlichen Grundsätzen.*

In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist geklärt, dass ein Normgeber unter engen Voraussetzungen nicht nur auf eigene, sondern auch auf Regelungen anderer Normgeber verweisen darf (BVerwG, U.v. 26.3.2015 – 5 C 9.14 – BVerwGE 151, 386 Rn. 25 und – 5 C 8.14 – juris Rn. 25). Selbst die Verweisung auf Regelwerke, die von nichtstaatlichen Normungsgremien geschaffen wurden, ist nicht generell ausgeschlossen, solange für den Rechtsunterworfenen klar erkennbar ist, welche Vorschriften für ihn im Einzelnen gelten sollen (BVerwG, U.v. 27.6.2013 – 3 C 21.12 – BVerwGE 147, 100 Rn. 39). Dies darf hingegen nicht in einer Weise geschehen, die dazu führt, dass der Bürger schrankenlos einer Normsetzungsgewalt ausgeliefert ist, die ihm gegenüber weder staatlich noch mitgliedschaftlich legitimiert ist. Das widerspräche sowohl dem Rechtsstaatsprinzip, wonach Einschränkungen der Freiheit des Bürgers, soweit sie überhaupt zulässig sind, nur durch oder aufgrund staatlicher Gesetze erfolgen dürfen, als auch dem Demokratieprinzip, wonach die Ordnung eines nach dem Grundgesetz staatlicher Regelung offenstehenden Lebensbereichs auf eine Willensentschließung der vom Volk bestellten Gesetzgebungsorgane zurückgeführt werden muss. Nur soweit der Inhalt der von einem anderen Normgeber erlassenen Regelungen im Wesentlichen feststeht, genügt die verweisende Norm den Anforderungen, die sich aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaats- und dem Demokratieprinzip ergeben. Für die Beantwortung der Frage, ob diese einer dynamischen Verweisung von Verfassungs wegen gezogenen rechtlichen Grenzen eingehalten wurden, kommt es neben dem Sachbereich und der damit verbundenen Grundrechtsrelevanz wesentlich auf den Umfang der Verweisung an (stRspr, vgl. BVerwG, U.v. 27.6.2013 – 3 C 21.12 – BVerwGE 147, 100 Rn. 42 f. m.w.N.). Dynamische Verweisungen sind daher grundsätzlich zulässig, wenn der Ver-weisungsumfang „eng bemessen“ ist. Bei einer begrenzten Bandbreite der zur Überprüfung stehenden Verweisung kann davon ausgegangen werden, dass der verweisende Verordnungsgeber die in Bezug genommenen Regelungen im Blick behält, so dass er auf den vorgegebenen Rahmen sprengende oder von ihm nicht gewünschte Änderungen umgehend reagieren kann (BVerwG, U.v. 27.6.2013 – 3 C 21.12 – BVerwGE 147, 100 Rn. 44 und vom 26.3.2015 – 5 C 9.14 – BVerwGE 151, 386 Rn. 25 sowie – 5 C 8.14 – juris Rn. 25).

Diesen Anforderungen wird die dynamische Verweisung in § 14 Abs. 2 Satz 1 6. BayIfSMV nicht gerecht. Zwar handelt es sich bei der Veröffentlichung des Robert-Koch-Instituts, auf die verwiesen wird, nicht um eine Regelung mit Normcharakter, sondern um eine schlichte Wissensmitteilung über das aktuelle Infektionsgeschehen. Dies kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Regelungswirkung des § 14 Abs. 2 Satz 1 6. BayIfSMV erst durch das Überschreiten der entsprechenden Infektionszahlen ausgelöst wird. Auch in solch einem Fall ist der Publizitätsgrundsatz zu wahren. Aus der Norm des § 14 Abs. 2 Satz 1 6. BayIfSMV ist aber bereits nicht ersichtlich, wo die Adressaten der Regelung die

„Veröffentlichung des Robert-Koch-Institutes“ finden können. Aufgrund des tagesaktuellen Bezugs liegt zwar nahe, dass es sich hierbei um eine Veröffentlichung im Internet handeln müsste. Dieser Umstand entbindet den Verordnungsgeber jedoch nicht von der Verpflichtung zur Benennung der genauen Fundstelle. Bereits aus diesem Grund erweist sich § 14 Abs. 2 Satz 1 6. BayIfSMV voraussichtlich als unwirksam.

Ohne dass es für die Entscheidung im einstweiligen Rechtsschutzverfahren darauf ankommt, erscheint im Hinblick auf das Publizitätsprinzip auch problematisch, dass die einschlägige Veröffentlichungsseite des RKI, aus der sich die aktuellen 7-Tages-Inzidenzen in den Landkreis und kreisfreien Städten ergeben (https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4), nach eigenen Angaben des Antragsgegners nur in den jeweils neuesten Versionen von Google Chrome, Mozilla Firefox, Apple Safari und Microsoft Edge ausgeführt werden kann und in der Bevölkerung ältere Versionen dieser Browser und Browser anderer Unternehmen durchaus nicht zu vernachlässigende Verbreitung finden (vgl. https://www.stetic.com/de/market-share/browse).”

VGH München, Beschluss vom 28.07.2020, Az. 20 NE 20.1609, Rn. 41 - 44 - juris

Vorliegend wird gar keine Fundstelle angegeben. Es wird noch nicht einmal angegeben, welche konkrete deutsche Behörde (RKI, PEI, Gesundheitsministerium, StIKo etc.) oder EU-Behörde (EU-Kommission, EU-Parlament, EMA etc.) die Zahl der zugelassenen Impfstoffe festlegt und wo in welchem Bekanntmachungsorgan diese Angaben dann allgemein zugänglich bekannt gemacht werden. Das ist verfassungsrechtlich besonders gravierend, wenn und solange noch gar keine Verordnung nach § 22a IV BIfSG n.F. erlassen worden ist, was jedenfalls bis heute der Fall ist! Ohne die Verordnung kann man als Bürger jedoch nicht auf transparente Weise und in einem üblichen Bekanntmachungsorgan erkennen, welche Impfstoffe mit welchen Impfintervallen i. S. d. § 20a I BIfSG n.F. anerkannt werden.

War in dem oben zitierten Fall, über den der VGH München zu entscheiden hatte, immerhin noch klar, dass es sich um Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts han-delte, aus denen sich das jeweilige Ausmaß der Grundrechtseingriffe ergeben würde, ist nunmehr überhaupt rein gar nichts klar für den Bürger, der durch die Erfüllung einer Impfpflicht seine Grundrechte zurückerhalten will (groteskerweise, indem er dem Staat seinen Körper zur Verfügung stellt und auf die Grundrechte aus Art. 2 II 1 GG verzichtet). Er kann weder durch Lektüre des Gesetzestextes noch durch Lektüre der Gesetzesbegründung erkennen, wo er die Zahl der Impfstoffdosen, die Impfintervalle sowie die Zahl und die Herstellernahmen der Impfstoffe in Erfahrung bringen kann. Man kann den § 22a I BIfSG n.F. daher letztlich nur als eine Verweisung auf eine unbegrenzte wie unklare, deutsche, ausländische wie EU-zugehörige Behördenanzahl verstehen. Es kann daher von einer nur eng begrenzten Verweisung im oben zitierten Sinne noch nicht einmal im Ansatz die Rede sein. **Es handelt sich um eine uferlose Verweisung an eine unbekannte Anzahl namentlich nicht genannter Behörden!** Für den Bürger als Grundrechtsträger ist nicht erkennbar, wo er die Angaben zu den Impfstoffen, den Impfdosen und den Impfintervallen finden soll. Das gilt umso mehr für die nach § 22a i 1 Nr. 1 b) BIfSG n.F. zugelassenen ausländischen Impfstoffen. Auf der Erde gibt es mehr als 190 ausländische Staaten. Jeder dieser Staaten könnte heute, morgen oder in 2 Monaten einen Corona-Impfstoff nach seinen Gesetzen

zulassen. Wollte der Bürger sich hierüber auch nur ansatzweise informiert halten, um den Inhalt des § 22a i 1 Nr. 1 b) BIfSG n.F. erfassen zu können, müsste er die Gesetzesblätter, Ministerialblätter, Amtsblätter etc. von allen diesen Staaten kontrollieren – zumindest, solange noch keine Rechtsverordnung nach § 22a IV BIfSG n.F. erlassen worden ist. Dass das nicht zumutbar sein kann, liegt auf der Hand, ebenso, dass vom Bürger nicht erwartet werden kann, alle Gesetzesblätter, Amtsblätter, Ministerialblätter etc. Deutsch-lands und sogar der EU-Behörden und ausländischer Staaten unter Kontrolle zu halten, um in Erfahrung zu bringen, welche Impfstoffe es gibt, für welche dieser Impfstoffe wel-che Impfintervalle gelten etc..

5. Verstoß von § 20a I i. V. m. IV BIfSG n.F. gegen Art. 20 II, III, 38 I GG sowie Art. 80 I 2 GG – Keine Relativierung der vorgenannten Darlegungen durch § 20a IV BIfSG n.F.

a) Verstoß von § 20a I i. V. m. IV BIfSG n.F. gegen Art. 20 II, III, 38 I GG

Die Vorschrift ist evident mit Art. 20 I, III und Art. 38 I GG unvereinbar und nichtig. Zu den allgemeinen Grundsätzen der Wesentlichkeitstheorie wurde bereits umfassend vorgetragen. Die Norm intensiviert und verschärft die bisherigen Eingriffe namentlich in Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG auf besonders gravierende Weise. Die Regelung hat eine extrem hohe Grundrechtsrelevanz. Die Gesetzesregelung delegiert die Regelung der wesentlichen grundrechtsrelevanten Fragen an die Bundesregierung als bloßen Verord-nungsgeber. Besonders gravierend ist, dass die Regierung die gesamten Inhalte der vorherigen Absätze 1 - 3 des § 22a BIfSG n.F. ersetzen kann. Die Zahl der notwendigen Impfungen, die maximalen wie die Mindest-Impfintervalle, die zulässigen Kombinationen von Impfstoffen, die Anerkennung von im Ausland zugelassenen Impfstoffen sowie ähnliche Regelungen für den Genesenenstatus und den Testnachweis führen dazu, dass **alle** grundrechtsrelevanten Bereiche und Fragen von der Exekutive erlassen bzw. geregelt werden können. Der Bundestag als zentrales Organ des Bundesvolkes, das als einziges Staatsorgan direkt vom Volk gewählt wird und als einziges Organ das Volk i. S. d. Art. 20 II GG in seiner Gesamtheit repräsentiert, entmachtet sich selbst, indem er der Bundesregierung erlaubt, per zustimmungsloser Verordnung sämtliche Grundrechtsfragen die durch § 20a I, II, III BIfSG n.F. durch den Bundestag geregelt worden sind, gänzlich neu zu regeln; anstelle des Bundestages regelt die Exekutive die grundrechtsintensivsten Eingriffe seit der Staatsgründung. In diesem Zusammenhang ist insbesondere von Gewicht, dass die Exekutive die Anzahl der als notwendig erachteten Pflichtimpfungen, welche neuerdings von an der Spitzen stehenden Politikern als bloße Nachweispflichten bagatellisiert werden, regeln darf. Die Exekutive und nicht das unmittelbar gewählte Parlament entscheidet mithin, wie oft ein Bürger zur Wiedererlangung seiner Grundrechte erhebliche eigene gesundheitliche Risiken mit bis heute nur notfallzugelassenen Impfstoffen zu dulden hat, welche ohne Karzinogenitätsstudie, ohne Studien zur etwaigen Förderung von Autoimmunkrankheiten durch die Impfungen etc. verimpft werden. Ein eindeutigerer Verstoß gegen den Wesentlichkeitsgrundsatz ist kaum vorstellbar. Dieses Outsourcen der wesentlichsten Pflicht des Parlaments, über zentrale Grundrechtseingriffe zu entscheiden, ist auch mit Art. 38 GG unvereinbar. Denn die Beschwerdeführer wählen dann ein

Parlament, das sich selbst entmachtet und nur die Exekutive zum alleinigen Entscheider über die Grundrechte ernennt.

Da der Bundestag bei der Entstehung der Bundesrechtsverordnung komplett außen vorbleibt, d.h. noch nicht einmal durch formlosen Parlamentsbeschluss zustimmen muss, kann es in diesem Zusammenhang offen bleiben, ob eine bloße Zustimmung durch Parlamentsbeschluss überhaupt ausreichend wäre. Dagegen spricht weiterhin, dass Eingriffe in Art. 2 II 1 GG **nur durch Gesetz**, d.h. nur durch ein in einem formellen Gesetzgebungsverfahren zustande gekommenen Parlamentsgesetz, zulässig sind. Eingriffe durch schlichte parlamentarische Zustimmungsbeschlüsse und/ oder durch bloße Bundesratsbeschlüsse sieht jedenfalls Art. 2 II 1 GG nicht vor.

b) Verstoß von § 20a I i. V. m. IV BIfSG n.F. Art. 80 I 2 GG

§ 20a IV BIfSG n.F. enthält die Befugnis zum Erlass einer sog. anwendungsbeschränkenden Rechtsverordnung. Zu dieser Thematik führen die Wissenschaftlichen

Dienste des Deutschen Bundestages aus:

"*Das Bundesverfassungsgericht setzt solchen "anwendungsbeschränkenden Verordnungen" aber klare Grenzen:*

"Damit ist allerdings nicht gesagt, dass die Verwendung dieser Formen unbeschränkt möglich ist. Die Grenze liegt dort, wo der Gesetzgeber Vorschriften von solcher Bedeutung und in solchem Umfang für subsidiär erklärt, dass sich dadurch innerhalb des Staatsgefüges eine Gewichtsverschiebung zwischen gesetzgebender Gewalt und Verwaltung ergibt."

In dem vom Bundesverfassungsgericht zu entscheidenden Fall sah das Lastenausgleichsgesetz (LAG)6 in § 345 ein "Verfahren bei Ausgleichsleistungen" vor, auf die kein Rechtsanspruch bestand. Das Gesetz ermächtigte in § 346 den Präsidenten der Behörde, "das Verfahren abweichend" zu regeln. Dabei hatte sich der Präsident „im Rahmen dieses Gesetzes, der dazu ergehenden Rechtsverordnungen sowie der Richtlinien der Bundesregierung" zu bewegen. Die Regelung des Präsidenten betraf die Antragstellung ("zuständiges Ausgleichsamt"), die Form ("vorgeschriebenes Formblatt") und organisatorische Einzelheiten des weiteren Entscheidungs- und Widerspruchsverfahrens. Das Bundesverfassungsgericht stellte hierzu fest:

"Die in den §§ 345, 346 LAG angeordnete Subsidiarität hält sich in einem engen Rahmen. Es kann keine Rede davon sein, dass durch sie eine bedeutsame Veränderung des zwischen Gesetzgebung und Verwaltung bestehenden Gewichtsverhältnisses eintritt. […] Die Grenzen sind eindeutig: Nur die in § 345 gegebenen Bestimmungen sollen gegenüber den allgemeinen Verwaltungsvorschriften des Präsidenten des Bundesausgleichsamts – und nur gegenüber diesen – subsidiär sein. Ein Verstoß gegen das Gebot gesetzgeberischer Klarheit liegt demnach nicht vor […]."

In späteren Entscheidungen hat das Bundesverfassungsgericht dieses Verhältnis zwischen Gesetz und Verordnungsgeber weiter konkretisiert:

“Sinn der Regelung des Art. 80 Abs. 1 GG ist es, das Parlament darin zu hindern, sich seiner Verantwortung als gesetzgebende Körperschaft zu entäußern. Es soll nicht einen Teil seiner Gesetzgebungsmacht der Exekutive übertragen können, ohne die Grenzen dieser Befugnis bedacht und diese nach Tendenz und Programm so genau umrissen zu haben, dass schon aus der Ermächtigung erkennbar und vorhersehbar ist, was dem Bürger gegenüber zulässig sein soll […].
(…)”

Bei den vorgenannten Maßnahmen geht es ganz überwiegend um erhebliche Grundrechtseingriffe, insbesondere auch um das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG. Der Gesetzgeber weist hierauf in § 5 Abs. 5 IfSG selber hin. Auch dieser Umstand spricht gegen die Zulässigkeit einer umfassenden Delegation der Gesetzesabweichung an die Exekutive:

“[D]ie Verantwortung für die Freigabe unzureichend getesteter Arzneimittel kann und muss der Gesetzgeber selbst übernehmen.”

Verfassungsrechtler haben in der kurzen Zeit seit Erlass des Gesetzes bereits entsprechend kritisch reagiert:

“Ich halte es [...] für verfassungswidrig, wenn ein Ministerium per Notverordnung Ge-setze des Bundestags ändern kann, ohne dass der Bundestag eine Möglichkeit hat, dies zu verhindern.“

„Mit der Ermächtigung eines Bundesministeriums, gesetzesvertretendes Verordnungs-recht zu erlassen, setzt sich das Parlament in Widerspruch zu zentralen Normen der Verfassung.“

Vgl.
https://www.bundestag.de/resource/blob/690262/cb718005e6d37ecce82c99191efbec49/WD-3-080-20-pdf-data.pdf, dort S. 5ff **- als Anlage B 317 -**

Die vorzitierten Darlegungen der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages gelten für den hiesigen Fall umso mehr: Die Entscheidung, unzureichend getestete Impfstoffe (s.o.) sogar im Wege einer Impfpflicht verimpfen zu lassen, muss, wenn man diese, wie nicht, im Grundsatz doch für verfassungskonform erachten wollte, der Gesetzgeber selber (nach hiesiger Auffassung zudem: in einem förmlichen Gesetzgebungsverfahren) treffen – und darf nicht allein in die Hände der Exekutive gelegt werden. Auch der Umstand, dass solche Bundesrechtsverordnungen der Zustimmung durch den Bundesrat bedürfen, ändert nichts daran, dass es sich um eine schwerwiegende und nahezu grenzenlosen Verlagerung zentraler Kompetenzen des Bundestags auf die Exekutive handelt und eine Aufhebung zentraler Entscheidungen des Bundestages – hier: der Bundestag hat am 18.03.2022 drei Impfstoffdosen und in gewissen Fällen zwei Impfstoffdosen als ausreichend erachtet – durch die Exekutive mit Zustimmung des Bundesrates **auch gegen den Mehrheitswillen des Deutschen Bundestages** durch den Absatz 4 der Vorschrift möglich ist.

Völlig unbestimmt ist die Norm schließlich auch deshalb, weil das Kriterium des “*(…) ak-*

tuellen Stand(es) der Wissenschaft und Forschung (…)" völlig unklar und bestenfalls völlig mehrdeutig ist. Sind damit nur die Auffassungen des RKI und des PEI gemeint, von zwei regierungsweisungsabhängigen Bundesbehörden? Falls ja, dann muss der Gesetzgeber dies auch klar und eindeutig so formulieren. Falls nein, ist damit die einfache oder eine qualifizierte (welche?) Mehrheit der Virologen gemeint, und wie und von wem wird diese Wissenschaftler-Mehrheit ausgesucht? Welchen Rang haben ausländische Gesundheitsbehörden bei der Ermittlung dieses aktuellen Stand(es) der Wissenschaft und Forschung, die fast durchgehend von einem Genesenenzeitraum von mindestens 6 Monaten, oft sogar noch länger, ausgehen und zunehmend dazu übergegangen sind, Corona als normale Grippe zu behandeln und selbst gegenüber Mitarbeitern im Gesundheitswesen nur Auflagen (aber keine Impfpflicht) verlangen?

Vgl. z.B.
"*Das bei Deutschen beliebte Urlaubsland Spanien behandelt eine Corona-Infektion künftig fast nur noch wie eine normale Krankheit ähnlich einer Grippe.*

Wer sich mit Sars-CoV-2 infiziert und keine oder nur leichte Krankheitssymptome entwickelt, kann weiter ein normales Leben führen. Weder ein Test noch häusliche Isolation sind noch Pflicht. Nur für gefährdete Personen gelten die bisherigen Auflagen weiter. Dazu gehören Menschen über 60 sowie solche mit einer Immunschwäche, außerdem Schwangere und Mitarbeiter des Gesundheitswesens. Die Lockerung trat am Montag in Kraft. (…)"

https://www.zeit.de/news/2022-03/28/spanien-corona-fast-schon-normale-krankheit-wie-eine-grippe **- als Anlage B 318 -**

Was ist, wenn es keine klaren Mehrheitsverhältnisse gibt? Muss diese Mehrheit der Wissenschaftler auch eine Abwägung vornehmen mit den Impfschäden und erheblichen Impfnebenwirkungen, die mit einer vierten, fünften oder sechsten Impfung verbunden sind, unter Nachholung der bislang fehlenden klinischen Studien zur Karzinogenität und zu Autoimmunkrankheiten? Die offenen, durch das Gesetz selber nicht ansatzweise geklärten Fragen ließen sich nahezu beliebig erweitern. Die Unbestimmtheit der gesetzlichen Regelung als Verstoß gegen Art. 80 I 2 GG ist daher klar zu bejahen.

Letzteres gilt umso mehr als dass § 22a IV BIfSG n.F. vorschreibt, dass die Bundesrechtsverordnung diverse grundrechtsrelevante Fragen, also namentlich die dort aufgeführten "*(…) zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit einem oder verschiedenen Impfstoffen (…)*" "*(…) abweichend von Absatz 1 regeln darf (…)*". Das verfassungsrechtliche Problem ist jedoch, dass weder in Absatz 1 noch an anderer Stelle diese Dinge geregelt sind! Ist also der Absatz 1 bereits u.a. zu unbestimmt, dann muss dies für die gesetzliche Einräumung der Verordnungskompetenz nach Absatz 4, der auf den völlig unbestimmten Absatz 1 Bezug nimmt, erst recht gelten. Etwas, was völlig unbestimmt ist und vom Grundrechtsträger auch nicht durch Lektüre eines konkret angegebenen Gesetzes-, Ministerial- oder Verordnungsblattes erkannt werden kann, kann auch durch Verordnung nicht abweichend geregelt werden.

6. Verstoß der Impfpflicht gegen Art. 2 II 1, 12 I GG bzw. Art. 2 I GG i. V. m. Art. 20 III GG i. V. m. diversen völkerrechtlich bindenden Verträgen

Eine Missachtung des verfassungsunmittelbaren Rechtsanwendungsbefehls aus Art. 25 GG kann einen Verstoß gegen objektiv geltendes Verfassungsrecht begründen.

Vgl. BVerfGE 46, 342, 363

Dieser Verstoß kann gestützt auf ein einschlägiges Freiheitsgrundrecht (hier: Art. 2 II 1 GG und Art. 12 I GG), hilfsweise auf Art. 2 I GG, im Verfassungsbeschwerdeverfahren als Grundrechtsverstoß geltend gemacht werden.

BVerfGE 18, 441, 448; 23, 288, 300; 27, 253, 274; 64, 135, 157; 74, 102, 178

Bundesgesetze, die mit einer allgemeinen Regel des Völkerrechts kollidieren, vermögen Freiheitsrechte des Einzelnen nicht verfassungskonform einzuschränken.

BVerfGE 95, 96, 128; 96, 68, 96

Die mittelbare Rügefähigkeit allgemeiner Regeln des Völkerrechts über jedenfalls Art. 2 I GG (hier: Art. 2 II 1 und Art. 12 I GG als lex specialis gegenüber dem Auffanggrundrecht des Art. 2 I GG) ist nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts auch nicht mehr auf individualschützende Regelungen beschränkt,

so noch BVerfGE 66, 39, 64

wenn es um Konstellationen geht, in denen völkerrechtliche Regelungen einen engen Bezug zu gewichtigen individuellen Rechtsgütern aufweisen.

Vorliegend kommen Verstöße der bereichsbezogenen (wie auch der künftigen allgemeinen) Impfpflicht gegen die Europäische Menschenrechtskonvention und den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte in Betracht. Was diese Verstöße anbelangt, so verweisen die hiesigen Beschwerdeführer vollumfänglich auf die 13 Seiten umfassende wissenschaftliche Auswertung des Netzwerkes Kritischer Richter und Staatsanwälte vom 21.03.2022, abrufbar unter https://netzwerkkrista.de/wp-content/uploads/2022/03/Netzwerk-Kritische-Richter-und-Staatsanwaelte_Stellungnahme-Impfpflicht_Gesundheitsausschuss-21.3.2022.pdf (netzwerkkrista.de), dort Seite 5ff unter II. **- als Anlage B 319 -**

Auf diese Ausführungen sowie auch auf die vorherigen Ausführungen zu Art. 1 und 2 II 1 GG wird vollumfänglich Bezug genommen. Sollte das Bundesverfassungsgericht diese Bezugnahme für prozessual nicht zulässig halten, bitten wir sehr höflich um zeitnahen richterlichen Hinweis.

7. Weitere Gleichheitsverstöße im Rahmen der §§ 28a, 28b BIfSG n.F.

a) § 28a VII 1 Nr. 1 a) BIfSG n.F. ist auch insoweit gleichheitswidrig als dass die im Hinblick auf das Infektionsrisiko hinreichend vergleichbaren Einrichtungen nach § 23 III 1 Nr. 6 – 10 BIfSG von der Maskenpflichtanordnung pauschal nicht umfasst sind. Insbesondere leuchtet es nicht ein, dass Physiotherapiepraxen sowie psychologisch-psychotherapeutischen Praxen nicht umfasst sind – immer unterstellt, dass man in der Anordnung von Maskenpflichten überhaupt ein verhältnismäßiges Mittel sehen mag. Bis 18.03.2022 wurde rund 2 Jahre lang durchgehend Maske getragen, und zwar in zentralen Lebensbereichen (Supermärkte, öffentliche Verkehrsmittel, am Arbeitsplatz etc.) – die Rekordinzidenzen der letzten Woche wurden hierdurch offenbar genauso wenig verhindert wie durch einen seit gut 16 Monaten kontinuierlichen Anstieg der Impfungen.

b) Soweit im letzten Schriftsatz die Gleichheitswidrigkeit des § 28b BIfSG n.F. auch damit begründet worden ist, dass der Schaffner als Einzelperson im Abteil keine Maske tragen muss, der einzelne Fahrgast, der alleine im Zugabteil sitzt, hingegen schon, so kann dem nicht entgegnet werden, dass Schaffner stets ein eigenes Zugabteil haben, in dem sie alleine Pause machen können. Dies ist keineswegs immer so und allenfalls bei einigen Zügen der Fall und gilt für anderes Zugpersonal, etwa Mitarbeiter im Bordrestaurant, ohnehin nicht.

Schließlich: Auch wenn bislang das regelmäßige Maskentragen von RKI, den politisch Verantwortlichen sowie den meisten Medien als gesundheitlich völlig unbedenklich eingestuft worden ist, ist diese Fake-News spätestens durch die „Geständnisse“ der britischen Gesundheitsbehörde und jedenfalls für Kinder und Minderjährige widerlegt. Denn zumindest für Kinder verzögert das regelmäßige Maskentragen sehr wohl die Sprachentwicklung.

“***Masken verzögern Sprachentwicklung***

Aktualisiert am 04.04.2022-15:41

Nach zwei Jahren Corona haben viele Kinder ein begrenztes Vokabular und können nicht auf einfachste Gesichtsregungen ihres Gegenübers reagieren. Schuld sind nach Untersuchungen der britischen Schulaufsichtsbehörde die Masken.

Corona-Maßnahmen, darunter das Maskentragen von Betreuungspersonen, haben Kleinkinder in ihrer sozialen und sprachlichen Entwicklung beeinträchtigt. Darauf weist die britische Schulaufsichtsbehörde (Ofsted) hin, nachdem sie Gespräche in 70 Betreuungseinrichtungen geführt hat. Die Kinder hätten oft Mühe, Freundschaften zu schließen und zu sprechen, heißt es in der Studie, die am Montag bekannt wurde. Beobachtet worden seien ein „begrenztes Vokabular“ und die „Unfähigkeit, auf einfachste Gesichtsregungen zu reagieren“.

Kinder, die in diesem Frühjahr zwei Jahre alt geworden seien, „waren ihr ganzes Leben lang von Erwachsenen mit Masken umgeben und konnten deshalb Lippenbewegungen und Mundstellungen nicht wie üblich sehen“, heißt es mit Bezug auf Erfahrungsberichte von Kindergärtnern. Verzögerungen in der Sprachentwicklung hätten dazu geführt, „dass sie mit anderen Kindern nicht so in Kontakt getreten sind wie man dies früher erwarten konnte“.

Neben Kommunikationsproblemen sei ein Mangel an Selbstvertrauen aufgefallen. Viele Kinder seien schüchterner und ängstlicher im Umgang, weil sie nicht an andere Gesichter gewöhnt seien. Um Kindern den Ausdruck von Gefühlen beizubringen, hätten einige Kindergärten „Emotionskarten“ eingeführt. Darauf seien Bilder mit Kindern zu sehen, die verschiedene Gesichtsregungen zeigten.

Der Bericht stellt fest, dass sich die Lage in den vergangenen Monaten insgesamt verbessert habe und viel Aufholarbeit geleistet worden sei. Gleichwohl seien Herausforderungen geblieben. Über lange Zeit hätten wichtige Gespräche zwischen Betreuern und Eltern nicht stattgefunden, weil Letzteren der Zutritt zu den Kindergärten untersagt war. Manche Eltern hätten bis heute die Einrichtung für ihr Kind nicht von innen gesehen und keine Betreuer getroffen, heißt es in dem Bericht, der auf Interviews bis einschließlich Februar basiert. Der Bericht weist darauf hin, dass viele Kinder verspätet krabbeln und laufen lernten. Sie brauchten zuweilen auch noch zu einem Zeitpunkt Hilfe beim Anziehen oder beim Schneuzen der Nase, zu dem sie dies eigentlich schon allein können müssten. Es sei zu befürchten, dass mehr Kinder als sonst nicht im vorgesehenen Alter zur Schule gehen könnten.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/masken-verzoegern-sprachentwicklung-folge-der-corona-massnahmen-17933790.html **- als Anlage B 319.1. -**

Noch deutlicher die Bild-Zeitung, die zu Recht darauf hinweist, dass beim regelmäßigem Maskentragen die negativen gesundheitlichen Nachteile auch bei Kindern eintreten, die schon älter sind!

“***Untersuchung der Schulbehörde So haben die Masken Kindern in Großbritannien geschadet***

“Schwierigkeiten, auf einfache Gesichtsausdrücke zu reagieren”

Durch Masken verdeckte Gesichter haben in England zu Verzögerungen in der Sprachentwicklung von Kindern geführt.

Zwei Jahre Corona-Pandemie und zwei Jahre Maske im Gesicht haben zu einer verzögerten Sprachentwicklung und einem Mangel an sozialen Fähigkeiten bei Kindern geführt.

Zu diesem Schluss kommt die britische Schulaufsichtsbehörde Ofsted in einem neuen Bericht.

Aus Gesprächen mit insgesamt 70 britischen Kitas und Betreuungsstätten gehe hervor, dass „viele Einrichtungen berichtet haben, dass es weiterhin Verzögerungen in der Sprachentwicklung von Kindern und Babys gibt.“

„Schwierigkeiten, auf einfache Gesichtsausdrücke zu reagieren”

Konkret nannte die Behörde ein eingeschränktes Vokabular und fehlendes Selbstvertrauen zu sprechen. „Außerdem hatten einige Babys Schwierigkeiten, auf einfache Gesichtsausdrücke zu reagieren, was möglicherweise auf den reduzierten Kontakt und die Interaktion mit anderen während der Pandemie zurückzuführen ist“, heißt es in dem Bericht.

Einige der Betreuungsstätten führen dies auf die Masken zurück, gerade bei den Jüngsten: „Kinder, die zwei Jahre alt werden, waren ihr ganzes Leben lang von Erwachsenen umgeben, die Masken trugen, und konnten daher Lippenbewegungen oder Mundformen nicht so regelmäßig sehen.“

Die Verzögerung in der Sprachentwicklung habe laut einigen Einrichtungen auch dazu geführt, dass Kinder nicht so leicht mit Gleichaltrigen in Kontakt treten, um Freundschaften zu knüpfen, und allgemein schüchterner sind. Außerdem fehle es ihnen an Selbstvertrauen.

So heißt es in dem Bericht: „Selbst ältere Kinder, die sich normalerweise an die Situation gewöhnt hätten, waren beim Absetzen noch aufgeregt. Die Betreuer berichteten, dass die Babys besonders ängstlich und nicht daran gewöhnt waren, andere Gesichter zu sehen.“

Ob die Kinder diesen Verzug aufholen können, hängt laut Ofsted von der Qualität der Einrichtungen ab: „Wir haben festgestellt, dass die Kinder in einigen Kindertagesstätten ihren Rückstand aufgeholt haben. In Einrichtungen von geringerer Qualität hatten die Kinder jedoch Schwierigkeiten, ihren Rückstand aufzuholen.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bild.de/ratgeber/gesundheit/gesundheit/corona-masken-verzoegern-bei-kindern-sprachentwicklung-79675348.bild.html **- als Anlage B 319.2 -**

Der vorzitierte offizielle Bericht ist unter

https://www.gov.uk/government/publications/education-recovery-in-early-years-providers-spring-2022/education-recovery-in-early-years-providers-spring-2022 **- als Anlage B 319.3 -**

abrufbar.

Der Bericht belegt einmal mehr, dass die staatlichen Maskenpflichten auch und vor allem in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit Art. 2 II 1 GG eingreifen, das im hiesigen Gesetzespaket nur in Art. 1 Nr. 5, nicht aber in Art. 1 Nr. 6 zitiert wird. Der Bericht belegt jedoch auch, dass langjähriges, immer wiederkehrendes Maskentragen auch die Gesundheit und die körperlich-psychische Entwicklung schädigt! Hiergegen kann nicht plausibel eingewendet werden, dass doch in § 28b I 4 BIfSG n.F. ausdrücklich eine Ausnahme für Kinder unter 6 Jahren enthalte. Denn der Bericht belegt zum einen solche gesundheitlichen Schädigungen auch für ältere Kinder und nicht nur für Kinder unter 6 Jahren. Ferner: § 28a BIfSG n.F. enthält überhaupt keine Altersbegrenzung und gestattet den Landesbehörden und den Landesregierungen grundsätzlich auch Maskenpflichten anzuordnen gegenüber Kindern, die jünger als 6 Jahre sind. Die exakte Altersgrenze, die wissenschaftlich fundiert sein muss, hat der Gesetzgeber daher in § 28a BIfSG n.F. überhaupt nicht geregelt und daher unter Verstoß gegen die Wesentlichkeitstheorie zu 100% in das Ermessen der

Landesbehörden, d.h. in das Ermessen der Exekutive gestellt. Und in § 28b BIfSG n.F. hat der Gesetzgeber zwar selber die Altersgrenze verbindlich für die Länder festgelegt, dies im Lichte der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus Großbritannien und ohne gegenteilige wissenschaftliche Erkenntnisse des PEI und des RKI jedoch ohne wissenschaftlich fundierte Evidenz.

Die dargelegten Gleichheitsverstöße in § 28a VII 1 Nr. 1 b) BIfSG n.F. und § 28b BIfSG n.F., die völlig sachwidrig zwischen ÖPNV und dem Fernverkehr differenzieren, sind auch nicht deshalb im Ergebnis unerheblich, weil die Normen, im Zusammenhang gelesen, die Maskenpflicht für alle Verkehrsbereiche regeln würden. Das ist schon formell nicht der Fall, weil § 28a BIfSG n.F. bereits am 19.03.2022, der § 28b BIfSG n.F. jedoch erst am 20.03.2022 in Kraft getreten ist. Auch § 28b I 3 BIfSG n.F. bestätigt diese Sichtweise: Macht ein Land von seinen Befugnissen nach § 32 S. 1 BIfSG keinen Gebrauch, galt § 28b BIfSG n.F. dort für den Personennahverkehr nur bis 02.04.2022, m.a.W., die Norm lässt es zu, dass die staatlich angeordnete Maskenpflicht zwischen Fern- und Nahverkehr differenziert und zu den dargelegten, absurden Widersprüchlichkeiten führt. Es ist natürlich auch gleichheitswidrig, wenn der Bundesgesetzgeber nur für den

Bereich des Fernverkehrs zumindest einige Ausnahmen verbindlich regelt, diese Aus-nahmen jedoch für den Nahverkehr zu 100% in das Ermessen der Exekutive legt. Auch hierfür gibt es sicher keinen sachlichen medizinischen Grund.

C) Weitere medizinische Argumente – Zusammenfassung sowie Darlegungen, dass die Omicron-Variante die Entscheidungsgrundlage des Parlaments vom 10.12.2021 beseitigt hat

Die Entscheidung des Bundestages zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht basiert auf dem Infektions-/PCR-Positivtestgeschehen in Deutschland vom November/Anfang Dezember 2021. Der erste Gesetzentwurf zu diesem Gesetz stammt vom 06.12.2021 (BT-Drs. 20/188).

Der hiesige Beschluss vom 10.02.2022, den Eilantrag abzulehnen, basiert gleichermaßen auf Annahmen, die jedenfalls mittlerweile hinsichtlich der Nutzen-Risiko-Bewertung und Impfstoffwirkung gegen Varianten des SARS-CoV-2 Virus so nicht mehr gültig sind. Die rasch voranschreitende und sich ändernde Situation erfordert eine Neubewertung dahingehend, in welchem Maß die einrichtungsbezogene Impfpflicht angemessen und verhältnismäßig ist.

In Deutschland basiert die Gesetzgebung zu sog. Schutzmaßnahmen (juristisch präzi-ser: zu massiven Grundrechtseingriffen) gegen die Ausbreitung der Mutanten gegen das SARS-CoV-2 Virus in Ermangelung fehlender valider Auswertungen auf Annahmen und Vermutungen. Dies zeigen vor allem die im Rahmen des Anhörungsverfahrens der sog. Experten eingeholten Stellungnahmen. Insbesondere die Stellungnahme des RKI basiert auf

Annahmen und Vermutungen aus anderen Nationen, was die mangeln-de Datenerhebung im eigenen Land eindrücklich widerspiegelt.

Aufgrund dieser Unsicherheit werden Gesetze auf theoretischen Worst-Case-Szenarien aufgebaut. Gleichermaßen basierte die hiesige Eilentscheidung vom 10.02.2022 des Bundesverfassungsgerichtes auf der nicht bewiesenen Annahme, dass die derzeit nur bedingt zugelassenen und gemäß VO EG Nr 726/2004 Artikel 14-a noch nicht einmal ansatzweise vollumfänglich geprüften, neuen Impfstoffe gegen das ursprüngliche WUHAN-Virus, das längst keinerlei Rolle mehr spielt, eventuell einen Fremdschutz gegen die neuen Virusvarianten bieten könne. Daher sei, so der Beschluss vom 10.02.2022, eine Impfung doch zumutbar, da laut den Zahlen des PEI ernsthafte Impf-nebenwirkungen doch nur äußerst selten seien

In den wenigen Wochen seit dieser Entscheidung hat sich die Situation hinsichtlich mehrerer Aspekte dramatisch geändert:

1.) Die meisten EU-Nationen haben alle Maßnahmen für beendet erklärt. In England hat man die Bestrebungen einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht als nicht angemessen und nicht verhältnismäßig begraben, basierend auf einer Umfrage unter den von dieser Impfpflicht betroffenen Berufsgruppen und unter Berücksichtigung der geringeren Schwere der Verläufe durch die Omikron-Varianten im aktuellen Infektionsgeschehen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

UK Parliament: COVID-19 Update - Statement made on 1 March 2022
https://questions-statements.parliament.uk/written-statements/detail/2022-03-01/hcws654
- als Anlage B 320 -

In Österreich wurde die allgemeine Impfpflicht basierend auf einer besseren Datenerhebung als in Deutschland ausgesetzt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

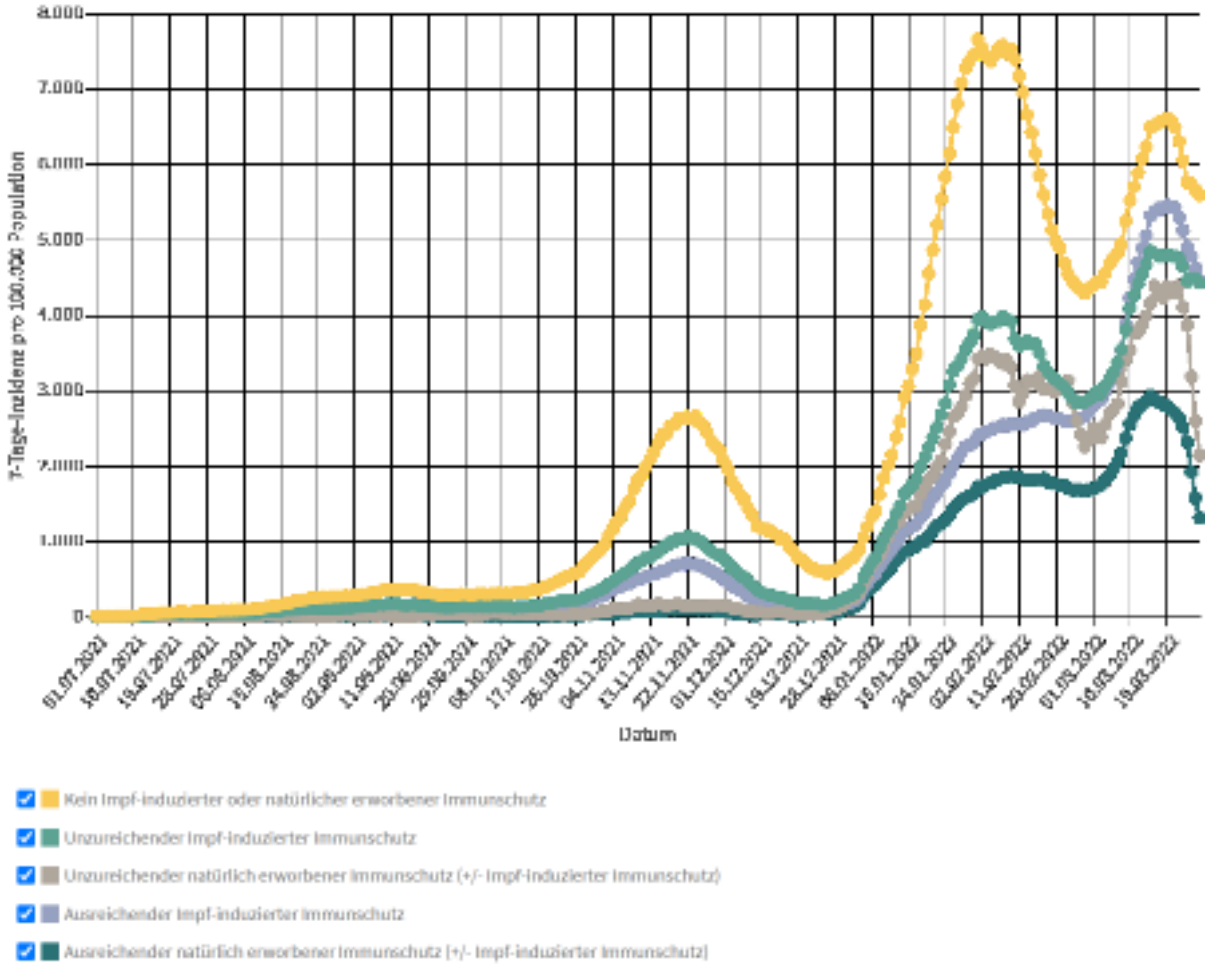
https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/coronavirus
- als Anlage B 321 -

In der Gruppe, die die arbeitende Bevölkerung repräsentiert, ist erkennbar, dass der angeblich ausreichende Impfschutz Inzidenzen zur Folge hat, die nur wenig von der Gruppe der Ungeimpften entfernt liegen (lila Punkte versus gelbe Punkte, s.u.). Dahingegen zeigen die dunkelgrünen Punkte einen natürlichen Immunschutz. Es ist klar ersichtlich, dass der angeblich unzureichende natürliche Immunschutz besser schützt als der sogenannte ausreichende Impfschutz. In den meisten übrigen EU-Nationen wurde und wird keine Impfpflicht eingeführt und die Corona-Maßnahmen wurden weitgehend aufgehoben.

In Deutschland wurde, basierend auf willkürlichen Annahmen, der Impfschutz als höherwertig eingestuft, als der natürlich erworbene Immunschutz, ohne dass dazu bislang valide Daten vorgelegt werden können.

Betrachtet man hingegen die weitaus sorgfältiger erhobenen Daten aus Österreich, ist vollkommen eindeutig, dass die arbeitende Bevölkerung von einem natürlich erwor-benen Schutz bei weitem mehr profitiert, insbesondere hinsichtlich der symptomatischen Verläufe, die in der Regel mit einer relevanten Viruslast einhergehen und damit die Ausbreitung befördern würden.

So zeigt die Tabelle zu der nachfolgenden Grafik, dass aktuell der angeblich ausreichende Impfschutz (hier lila) mit einer 7-Tage-Inzidenz von 1830 pro 100.000 Personen einhergeht und damit im Bereich derer liegt, die weder geimpft noch genesen sind (2275, hier gelb). Dahingegen liegen der natürlich erworbene unzureichende (grau) und ausreichende (dunkelgrün) Immunschutz jeweils mit oder ohne zusätzliche Impfung mit 999 bzw. 646 deutlich niedriger. Also eine sog. unzureichende natürliche Immunisierung mit oder ohne Impfung schützt offensichtlich doppelt so gut wie ein politisch als ausreichend eingestufter Impfschutz.



Quelle:
https://www.ages.at/mensch/krankheit/krankheitserreger-von-a-bis-z/coronavirus

- bereits vorgelegt als Anlage B 321 -

2.) Das, wenn auch limitierte, in Deutschland verfügbare Datenmaterial zeigt, dass mit Omikron keine Gefährdung mehr besteht und zudem die Impfungen wenig Effekt ha-ben. Laut RKI Wochenbericht vom 31.3.2022, Tabelle 3, dort S. 28f.:

Vgl.
Im gesamten Zeitraum von MW 05/2021 – 12/2022 war aus den übermittelten Angaben für 86 % der symptomatischen COVID-19-Fälle der Impfstatus bekannt. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 1.410.634 Impfdurchbrüche identifiziert: 12.014 bei 5- bis 11-Jährigen mit Grundimmunisierung bzw. 818 mit Auffrischimpfung, 52.700 bei 12- bis 17-Jährigen mit Grundimmunisierung bzw. 11.466 mit Auffrischimpfung, 710.095 bei 18- bis 59-Jährigen mit Grundimmunisierung bzw. 383.996 mit Auffrischimpfung und 154.857 bei Personen ab 60 Jahre mit Grundimmunisierung bzw. 84.688 mit Auf- frischimpfung.

Der Impfstatus der symptomatischen COVID-19-Fälle in den einzelnen Altersgruppen und nach Krankheitsschwere der letzten 4 Wochen ist in Tabelle 3 dargestellt. Die Anzahl der Impfdurchbrüche muss vor dem Hintergrund der Impfquoten in den entsprechenden Altersgruppen in Deutschland betrachtet werden (siehe tägliche Tabelle mit gemeldeten Impfquoten bundesweit und nach Bundesland).

Tabelle 3: Impfstatus der symptomatischen COVID-19-Fälle in MW 09 bis 12/2022 nach Altersgruppe und Krankheitsschwere (Datenstand 29.03.2022)

Tabelle 3: Impfstatus der symptomatischen COVID-19-Fälle in MW 09 bis 12/2022 nach Altersgruppe und Krankheitsschwere (Datenstand 29.03.2022).

		Altersgruppe			
		5 bis 11 Jahre	12 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und älter
Symptomatische COVID-19-Fälle*		**41.622**	**29.971**	**261.059**	**46.403**
davon...	ungeimpft	34.935	14.144	53.719	8.950
	grundimmunisiert	6.390	9.764	57.874	5.313
	mit Auffrischimpfung	297	6.063	149.466	32.140
Hospitalisierte symptomatische COVID-19-Fälle*		**156**	**109**	**1.319**	**1.980**
davon...	ungeimpft	128	60	453	842
	grundimmunisiert	27	34	323	237
	mit Auffrischimpfung	1	15	543	901
Auf Intensivstation betreute symptomatische COVID-19-Fälle*		**2**	**0**	**30**	**188**
davon...	ungeimpft	2	0	15	99
	grundimmunisiert	0	0	6	19
	mit Auffrischimpfung	0	0	9	70
Verstorbene symptomatische COVID-19-Fälle* **		**0**	**1**	**11**	**324**
davon...	ungeimpft	0	1	5	158
	grundimmunisiert	0	0	2	45
	mit Auffrischimpfung	0	0	4	121

* Alle symptomatischen Fälle, für welche zu „Klinische Information vorhanden" ein „Ja" angegeben wurde, und für die aus den übermittelten Angaben hervorgeht, dass sie entweder ungeimpft waren, eine abgeschlossene Grundimmunisierung oder eine Auffrischimpfung erhalten haben. Symptomatische Fälle mit unbekanntem Impfstatus und Fälle, für die nur eine unvollständige Impfserie angegeben war, wurden ausgeschlossen.
** Insbesondere für Todesfälle ist in den Folgewochen mit Änderungen der Fallzahl zu rechnen.

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-03-31.pdf?__blob=publicationFile **- als Anlage B 322 -**

Es wurden für den Zeitraum der Meldewochen 09 bis 12/2022 nur 30 Fälle (!) für die Altersgruppe 18 - 55 angegeben, die wegen COVID-19 intensivmedizinisch behandelt werden mussten. Davon waren 15 Personen ungeimpft. Es handelte sich somit in der Altersgruppe 18-55 Jahre um 8 Fälle pro Woche, die repräsentativ für die arbeitende Bevölkerung ist! In der Altersgruppe über 60 waren dies 188 Fälle, wovon 99 Personen ungeimpft waren, 70 mit Auffrischung. Bei den Verstorbenen waren es in der Altersgruppe 18 - 59 Jahre lediglich 11 Fälle, davon 5 ungeimpft, und in der Altersgruppe über 60 Jahre 324 Fälle, davon 158 ungeimpft.

Im Vergleich zu Todesursachen wie nosokomial erworbene Infektionen

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2019/14_2019.html
- als Anlage B 323 -

mit 500.000 bis 600.000 Erkrankungsfällen pro Jahr mit 10.000 bis 20.000 Todesfällen (!) pro Jahr verschwinden diese Corona Fallzahlen im statistischen Rauschen. Hieraus kann auch keine Impf-Effektivität berechnet werden, da der Stichprobenumfang viel zu klein ist.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.surveymonkey.de/mp/repraesentative-stichprobe-berechnen-formeln-beispiele-und-tipps/ **- als Anlage B 324 -**

Nosokomial erworbene Infektionen entstehen häufig durch multiresistente Erreger. Das sind Bakterien, die die Mitarbeiter im Gesundheitswesen nicht nur transient, sondern als Schleimhautbewohner längere Zeit mit sich tragen können.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6604006/ **- als Anlage B 325 -**

Solange diese nicht in eine Wunde gelangen, stellen sie kein Problem dar. Doch für vulnerable Personen und in Wunden stellen diese Bakterien sehr wohl ein Problem dar.

Würde man für diesen Problembereich Maßnahmen anwenden, wie bei SARS-CoV-2, dann wären ständig zahlreiche Mitarbeiter im Gesundheitswesen in Quarantäne und müssten sich einer Antibiotika-Therapie unterziehen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655318310319 **- als Anlage B 326 -**

In Anbetracht der Sterbefallzahlen durch diese Erreger müsste die eine Impfpflicht befürwortende Politik eigentlich schon längst eine Überwachung der betroffenen Personenkreise in Betracht ziehen.

Stattdessen verlangt man bei verschwindend geringen Zahlen an schweren Verläufen, die direkt durch den Erreger SARS-CoV-2 verursacht werden, einen massiven wie intensiven Grundrechtseingriff für die neuen Impfung mit Produkten, deren Sicherheit und Wirksamkeit im Sinne einer regulären Zulassung nicht ansatzweise bewiesen ist und für die sich mittlerweile andeutet, dass für die Gruppe der arbeitenden Bevölkerung der Schutz gegen Varianten des SARS-CoV-2 im Sinne des Fremdschutzes nahezu gegen Null geht.

In der Altersgruppe von 18-59 Jahre besteht zwischen ungeimpften Personen und Personen mit Impfung (unabhängig, ob mit oder ohne Auffrischung) bezüglich der Infektionsrate mit symptomatischen COVID-19 Verläufen kein Unterschied mehr (siehe Abbildung 21 des RKI Wochenberichts vom 31.3.2022).

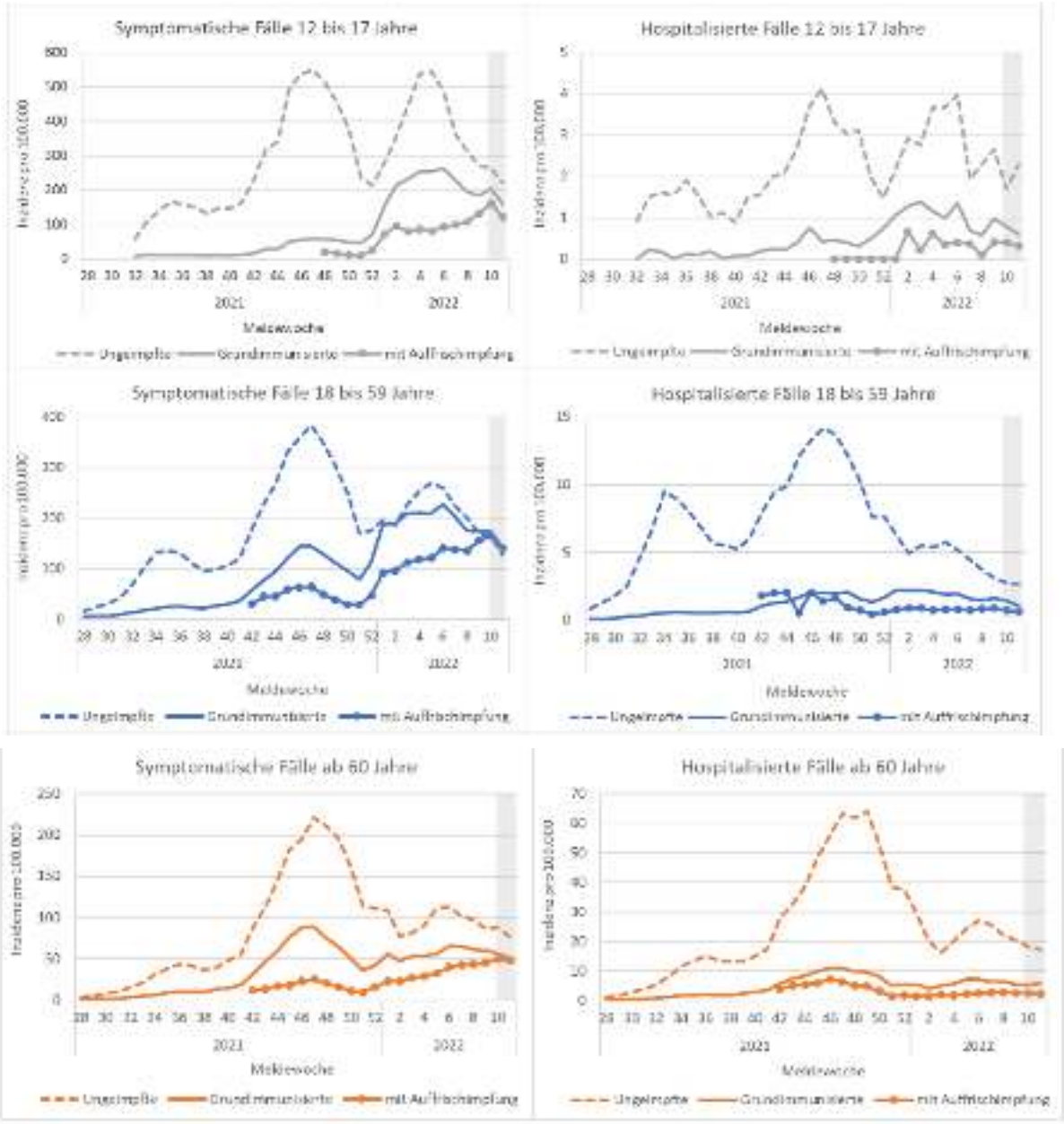


Abbildung 21: Inzidenz symptomatischer und hospitalisierter COVID-19-Fälle pro 100.000 nach Altersgruppen (Empfehlung zur Impfung der 12- bis 17-Jährigen seit MW 33/2021), Impfstatus (Grundimmunisierte, mit Auffrischimpfung, Ungeimpfte) und Meldewoche (Datenstand 29.03.2022). Bitte die unterschiedliche Skalierung der y-Achsen beachten. Insbesondere für die letzten beiden Kalenderwochen ist aufgrund von zu erwartenden Nachmeldungen mit Änderungen der Werte zu rechnen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2022-03-31.pdf?__blob=publicationFile

- bereits vorgelegt als Anlage B 322 -

Wenn man die Grafik vergrößert, ist sogar eine Überschneidung erkennbar. Also die Inzidenz der Ungeimpften liegt unter der Inzidenz der Geimpften mit Auffrischung.

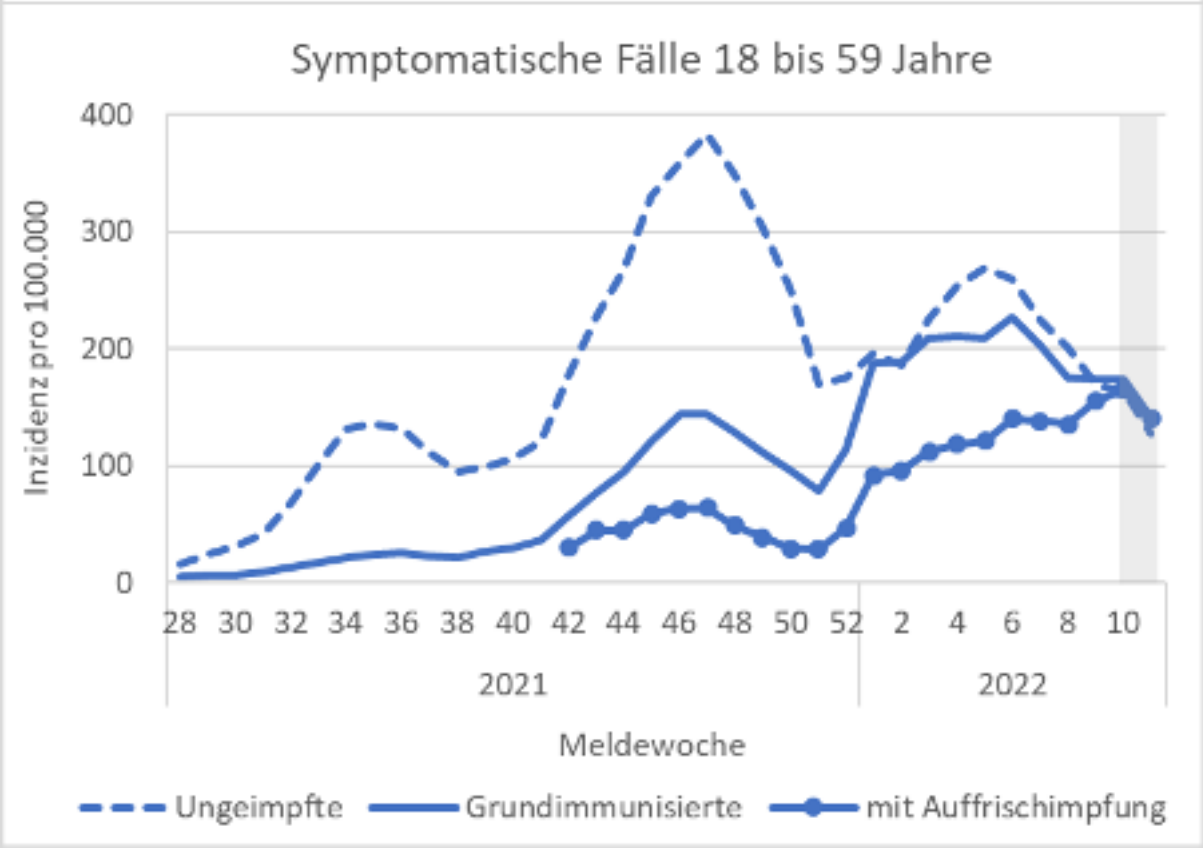


Abbildung 21 aus RKI Wochenbericht vom 31.03.2022: Inzidenzen symptomatischer und hospitalisierter COVID-19-Fälle pro 100.000 in der arbeitenden Bevölkerung nach Impfstatus (Grundimmunisierte, mit Auffrischimpfung, Ungeimpfte) und Meldewoche (Datenstand 29.03.2022)

Dies lässt darauf schließen, dass in der Gruppe, die überwiegend die arbeitende Bevölkerung widerspiegelt, die derzeit bedingt zugelassenen Impfstoffe nicht relevant vor Infektion und Weitergabe schützen.

3.) Seit Februar 2022 gibt es in deutschen Kliniken, Pflegeheimen, Feuerwehren trotz Impfungen massive Personalausfälle, wie sie in der gesamten Pandemie zuvor nicht aufgetreten sind.

Als Beispiel sei das Universitätsklinikum Köln genannt. Hier sind nach diesjährigen Karnevalsfeiern, die unter strengen 2G Plus-Regeln abgehalten wurden, 748 Mitarbeiter Corona-bedingt ausgefallen. Über den Impfstatus schweigt man sich natürlich aus, aber es ist allgemein bekannt, dass der Impfstatus im Gesundheitsbereich in aller Regel bei weit

über 80, häufig bei weit mehr als 90% liegt, d.h. weit über dem Durchschnitt der Bevölkerung.

Vgl. Artikel vom 08.03.2022
https://www.aachener-zeitung.de/nrw-region/corona-krise-steigender-personalausfall-im-unikklinikum-koeln_aid-66952103 **- als Anlage B 327 -**

Es wäre aber hilfreich in der Betrachtung der Wirksamkeit, den Impfstatus der Betroffenen auszuwerten. Indes, man will es wohl nicht so genau wissen, da diese Informationen ggf. zu (angeblichen) Fehlinterpretationen führen könnten.

Eindeutig sind allerdings Meldungen, wie aus einem Altenheim in Neubrandenburg. 60 Prozent der Mitarbeiter fielen Corona-bedingt aus – alle geimpft.
Vgl. Artikel vom 12.03.2022:
https://www.nordkurier.de/neubrandenburg/naechstes-pflegeheim-schlaegt-alarm-beim-krankenstand-1247442803.html **- als Anlage B 328 -**

Die Zahl der Meldungen ist hoch und es kann nicht im Sinne der Darlegungslast die Aufgabe der hiesigen Beschwerdeführer sein, diese Ausbrüche aufzuarbeiten. Es ist Aufgabe des Bundesverfassungsgerichts, insoweit das RKI zur weiteren Stellungnahme aufzufordern. Dennoch haben sich die Beschwerdeführer die Mühe gemacht und beispielhaft einige herausgesucht und auch gefunden:

Im Marienheim in Dessau mit ca. 40 Mitarbeitern wurden 70% des Personals und fast alle Bewohner positiv getestet.

Vgl. Artikel vom 25.03.2022:
https://www.mz.de/lokal/dessau-rosslau/uber-70-prozent-des-personals-infiziert-coronavirus-legt-pflegeheim-in-dessau-fast-lahm-3356096?reduced=true **- als Anlage B 329 -**

In einem Seniorenheim in Oderwitz wurden in den vergangenen Wochen viele Bewohner und Mitarbeiter positiv getestet. Dabei war kein Unterschied zwischen Geimpften, Geboosterten und Ungeimpften festzustellen!

Vgl. Artikel vom 31.03.2022:
https://www.saechsische.de/zittau/corona-impfpflicht-schwierige-lage-im-pflegeheim-niederoderwitz-viele-infektionen-5655351-plus.html **- als Anlage B 330 -**

Im St. Antonius-Hospital in Kleve befanden sich mehr als 100 Mitarbeiter in Isolation oder Quarantäne, darunter ¾ der Hebammen, so dass der Kreißsaal geschlossen werden musste.

Vgl. Artikel vom 24.03.2022:
https://www1.wdr.de/nachrichten/rheinland/kleve-klinik-schliesst-kreissaal-corona-100.html
- als Anlage B 331 -

Die Aller-Weser-Kliniken in Verden mussten aufgrund des Personalnotstands zeitweise vom Notrufsystem abgemeldet werden. Auch viele Kliniken in Bremen, der Impfhochburg

Deutschlands, klagten über zu wenig Personal aufgrund von Corona-Infektionen und Quarantänen.

So bestätigte der Gesundheit-Nord-Klinikverbund Bremen, dass regelmäßig 170 von ihren 8000 Beschäftigten ausfallen.

„*Die Deutsche Krankenhausgesellschaft geht davon aus, dass bundesweit 75 Prozent der Krankenhäuser wegen der massiven Personalausfälle keinen normalen Betrieb gewährleisten können.*“

Vgl. Artikel vom 22.03.2022:
https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/krankenhaus-pfleger-mangel-corona-100.html
- als Anlage B 332 -

Im Hagener Senioren- und Pflegeheim Sankt-Anna-Stift ist jeder zweite Bewohner positiv, ebenso mehrere Mitarbeiter.

Vgl. Artikel vom 23.03.2022:
https://www.osradio.de/2022/03/23/corona-ausbruch-in-hagener-senioren-und-pflegeheim/
- als Anlage B 333 -

Im Marienheim in Glonn mit 160 Angestellten und 166 Bewohnern wurden 41 Bewohner und sieben Mitarbeiter positiv getestet, obwohl 100% der Bewohner vollständig geimpft sind.

Vgl. Artikel vom 22.03.2022:
https://www.sueddeutsche.de/muenchen/ebersberg/corona-marienheim-glonn-ausbruch-1.5552674
- als Anlage B 334 -

Am Uniklinikum Münster mit ca. 11.000 Mitarbeitern, das im Ende Oktober 2021 bereits wegen eines Booster-Stopps aufgrund ungewöhnlich vieler Impfreaktionen in der Presse war,

vgl.
https://www.wn.de/muenster/ukm-stoppt-booster-impfungen-fur-pflegepersonal-2472516
- als Anlage B 335 -

beklagte zuletzt 820 nicht arbeitsfähige Mitarbeiter, 620 davon wegen Corona und 200 wegen anderer Krankheiten, so dass der Betrieb weiter eingeschränkt werden musste.

In sechs weiteren Krankenhäusern in Münster waren insgesamt 760 Mitarbeiter positiv getestet worden.

Vgl. Artikel vom 17.03.2022:
https://www1.wdr.de/nachrichten/westfalen-lippe/personalmangel-corona-kliniken-muenster-100.html
- als Anlage B 336 -

Im Bürgerkrankenhaus Paderborn waren von 1586 Mitarbeitern 63 in Quarantäne.

Vgl. Artikel vom 19.03.2022:
https://www.westfalen-blatt.de/owl/kreis-paderborn/viele-klinik-mitarbeiter-im-kreis-paderborn-in-quarantane-2545766?pid=true **- als Anlage B 337 -**

In den Kliniken an der Paar in Friedberg kam es 2022 bereits zum dritten Ausbruch. Zuletzt betraf dieser acht Patienten und einen Mitarbeiter.

Vgl. Artikel vom 21.03.2022:
https://www.augsburger-allgemeine.de/friedberg/aichach-friedberg-erneut-corona-ausbruch-am-krankenhaus-friedberg-id62121296.html **- als Anlage B 338 -**

Im Kleeblatt-Pflegeheim in Tamm wurden von 30 Bewohnern 22 positiv getestet.

Vgl. Artikel vom 15.02.2022:
https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.corona-ausbruch-in-pflegeheim-22-von-30-bewohnern-infiziert.6210b9b4-6fbb-4fde-bacb-9a3a84363c53.html **- als Anlage B 339 -**

In einem Tarper Seniorenheim, in dem nahezu alle Bewohner dreifach geimpft waren, infizierten sich 65 Senioren von 86 und 19 Pflegekräfte von 87 Angestellten. Sechs Senioren verstarben.

Vgl. Artikel vom 15.02.2022:
https://www.news.de/amp/panorama/856131711/sechs-tote-nach-corona-ausbruch-in-seniorenheim-schleswig-holstein-senioren-in-tarp-trotz-dreifach-impfung-an-covid-19-gestorben/1/
- als Anlage B 340 -

Im Wahlstedter Paul-Gerhardt-Haus waren trotz hoher Impfquote von 39 Mitarbeitern 30 mit der ansteckenden Omikron-Variante infiziert und von 89 Bewohnern 54.

Vgl. Artikel vom 09.02.2022:
https://www.kn-online.de/Region/Segeberg/Corona-im-Paul-Gerhardt-Haus-Omikron-Variante-BA.2-in-Wahlstedter-Heim **- als Anlage B 341 -**

Es ist Aufgabe der zuständigen Regierungsstellen, insbesondere den Sinn und Nutzen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht zu überprüfen. Soweit ersichtlich, muss man aber anhand all dieser Pressemeldungen den Verdacht äußern, dass die Impfungen eher als Brandbeschleuniger wirken, vor allem weil man Geimpfte aus der Testpflicht entlässt und weil gerade im Klinik- und Pflegebereich die Impfquote viel höher ist, beim Personal wie bei den Patienten/Bewohnern, als im Bevölkerungsdurchschnitt.

Allein die Tatsache, dass sich die Verantwortlichen dieser Einrichtungen in Pressemeldungen zu Impfquoten nicht äußern, lässt die Vermutung zu, dass man darüber lieber nicht reden will.

Hier sei gefragt: Wer hat die Beweislast des Nutzens?

Die verfassungsrechtliche Antwort ist eindeutig: Derjenige, der diese einrichtungsbezogene Impfpflicht anordnet.

So obliegt es den zuständigen Regierungsstellen, zu beweisen, dass all diese Ausbrüche überwiegend durch ungeimpftes Personal verursacht wurden. Eine solche – sicher mögliche, doch nicht erbrachte – Datenerhebung bleiben **alle** verantwortlichen Stellen bisher schuldig. Man kann nur vermuten, dass den verantwortlichen Stellen schon klar ist, dass die Ergebnisse nicht im Sinne der derzeitigen Gesetzgebung ausfallen werden.

Bestätigt wird dieser Verdacht durch einen Artikel im Cicero, welcher ein Interview mit dem baden-württembergischen Politiker Joachim Walter (CDU) veröffentlicht hat, welcher seit 2003 Landrat des Landkreises Tübingen und seit 2013 Präsident des Landkreistags Baden-Württemberg sowie seit 2014 Vizepräsident des Deutschen Landkreistags ist. **Dieser verweist auf eine Untersuchung seines Landkreises, wonach in den meisten Fällen vollständig geimpfte und geboosterte Mitarbeiter für die Einschleppung von Corona in die Einrichtungen verantwortlich waren (!).**

"*Die deutliche Mehrheit des Gesundheitspersonals ist ja auch geimpft. Aber hören Sie, unser Gesundheitsamt hat Untersuchungen zum Ausbruchsgeschehen in Alten- und Pflegeheimen gemacht, wir haben also gefragt: „Wer hat das Virus reingebracht?" Das Ergebnis hat überrascht: Von 52 Untersuchungen wurde das Virus in 41 Fällen von jemandem eingetragen, der vollständig geimpft und geboostert war. Im Hinblick auf die einrichtungsbezogene Impfpflicht heißt das: Sie erfüllt ihren Schutzzweck nicht. Deshalb habe ich auch selbst Herrn Lauterbach angeschrieben, und darum gebeten, diese Erkenntnisse „von der vordersten Front" an die obersten Stellen zu geben. Offensichtlich reagiert er nicht auf solche Briefe. Ich fürchte, er wird auch nicht dem klugen Beispiel Österreichs, vorerst die Impfpflicht auszusetzen, folgen.*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.cicero.de/innenpolitik/winfried-kretschmann-baden-wurttemberg-gesundheitsamter-ende-quarantane-pflicht-manfred-lucha **- als Anlage B 342 -**

41 von 52 Fällen: Das sind 78,85%, als knapp über dem Anteil der Doppel-Geimpften und sehr deutlich über dem Anteil der Geboosterten in der Bevölkerung! Den Worten des Landrats ist nichts hinzuzufügen!

Leider ist der Artikel nur noch im Archiv frei abrufbar:

https://archive.ph/pRWFm#selection-423.0-427.370 **- als Anlage B 343 -**

Die erwähnten Untersuchungen dienten als Grundlage für das "Positionspapier der Baden-Württembergischen Gesundheitsämter zum Strategiewechsel zum Übergang Pandemie - Endemie".

https://www.landkreis-karlsruhe.de/PDF/Positionspapier_der_Baden_W%C3%BCrttembergischen_Gesundheits%C3%A4mter_zum_Strategiewechsel_zum_%C3%9Cbergang_Pandemie_Endemie.PDF?ObjSvrID=3051&ObjID=3931&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&_ts=1648212005 **- als Anlage B 344 -**

Und nun stelle man sich zusätzlich zu diesem bereits vorhandenen Pflegenotstand noch die Meldungen nach § 20a II BIfSG von Mitarbeitern ohne 2G-Status an die Gesundheitsämter vor, die dann noch durch ein Betretungs- und Tätigkeitsverbot den Pflegenotstand verschlimmern können.

Das Altenheim St. Klara in Altötting musste zwar nur drei Mitarbeiter ans Gesundheitsamt melden, der Betrieb erwartet aber bereits dadurch Schwierigkeiten.

Vgl. Artikel vom 16.03.2022:
https://www.br.de/nachrichten/bayern/pflegeeinrichtungen-muessen-jetzt-ungeimpfte-mitarbeiter-melden,T0AvtZW **- als Anlage B 345 -**

Im RKH-Klinikum Ludwigsburg sind von 8000 Mitarbeitern 400 ohne den sog. „2G-Sta-tus".

Vgl. Artikel vom 16.03.2022:
https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/teilimpfpflicht-meldeverfahren-kommt-langsam-voran-100.html **- als Anlage B 346 -**

Die Würzburger Uniklinik meldete bisher 250 Mitarbeiter, d.h. 3% der Belegschaft, ohne 2G-Status an die zuständige Behörde.

Vgl. Artikel vom 16.03.2022:
https://www.br.de/nachrichten/bayern/was-die-geltende-teil-impfpflicht-fuer-kliniken-bedeutet,T09HQNB **- als Anlage B 347 -**

Auch das Margaretenheim in Lörrach, das Ende Januar von 60 Mitarbeitern immerhin 14 in Quarantäne hatte und von 107 Bewohnern 25 positiv getestet waren (einige ver-starben) und mit einer Impfquote von 92% der Bewohner und 90% der Mitarbeiter recht gut dasteht (sofern man die Impfungen grundsätzlich als „gut" einstufen wollte, was aber u.a. aufgrund der immensen Mängel des bloßen Notfall-Meldesystems des PEI ausscheidet), befürchtet den Verlust einiger Kräfte.

Vgl. Artikel vom 25.01.2022:
https://www.verlagshaus-jaumann.de/inhalt.loerrach-lage-nach-corona-ausbruch-entspannt-sich.4614ba38-9a54-4a7b-8999-d7f7c4aed5b5.html **- als Anlage B 348 -**

4.) In zunehmendem Maße werden Hinweise und konkrete Daten bekannt, die zeigen, dass die derzeit bedingt zugelassenen Impfstoffe erhebliche und z.T. schwerwiegende Nebenwirkungen verursachen, die seitens des Meldesystems des PEI nicht erfasst werden.

Dies wurde in aktuellen TV-Beiträgen dargelegt.
Vgl.
https://www.daserste.de/information/wirtschaft-boerse/plusminus/sendung/plusminus-maerz-impfschaeden-100.html **- als Anlage B 349 -**

und

https://www.mdr.de/brisant/coronaimpfung-impfschaeden-100.html **- als Anlage B 350 -**

Im Kommentarbereich wurden innerhalb kurzer Zeit über 200 Kommentare gepostet, das meiste davon persönliche Bestätigungen über Impfkomplikationen und Impfschä-den.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Vielzahl an Kommentaren zu der Sendung **- als Anlage B 351 -**

Zwischenzeitlich berichtete auch die Hessenschau

vgl.
https://www.hessenschau.de/gesellschaft/uniklinik-marburg-hilft-patienten-mit-long-covid-symptomen-nach-corona-impfung,spezialsprechstunde-covid-impfung-100.html
- als Anlage B 352 -

und der Focus

vgl.
https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/seltene-aber-schwerwiegende-nebenwirkungen-seit-seiner-zweiten-impfung-ist-ken-35-krank-doch-seine-aerzte-wimmeln-ihn-ab_id_60755037.html **- als Anlage B 353 -**

über massive Impfnebenwirkungen, die in keiner amtlichen Statistik auftauchen.

In der Debatte im Deutschen Bundestag zur allgemeinen Impfpflicht wurden die Einzelsachverständigen Prof. Arne Burkhardt und Tom Lausen

vgl.
https://www.bundestag.de/resource/blob/885482/2398e1a1d69d9f6ee07aca7d663a0c20/20_14_0017-17-_ESV-Tim-Lausen_Impfpflicht-data.pdf **- als Anlage B 354 -**

gehört. Die Stellungnahmen bzw. das Wortprotokoll sind einsehbar.

https://www.bundestag.de/resource/blob/886714/5393e38075d0e24fd79c7cf3169ec6e8/018-protokoll_nicht-lektoriert-data.pdf **- als Anlage B 355 -**

Die Darlegungen sind erschreckend und decken sich z.B. mit der Aussage von Prof. Harald Matthes, dass seitens des PEI eine erhebliche Untererfassung der Nebenwirkungen – auch schwerwiegender – vorliegt.

Erschreckend zudem ist die Aussage von Frau Marion Bimmler auf Basis von Ergebnissen aus ihrem analytischen Labor

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.aak-diagnostik.de **- als Anlage B 356 -**

in einem TV Beitrag, dass bei 300 durch die Impfung schwerkranken Patienten zweifelsfrei ein Anstieg von sog. Autoantikörpern nachgewiesen wurde. Frau Bimmler hat alle zuständigen Stellen informiert und sagt aus, dass sie - wer hätte das gedacht - keine Antwort erhält.

Mit anderen Worten: Man hat Messwerte für schwere Impfnebenwirkungen und diese werden – in der offiziellen Statistik – verschwiegen. Die Symptome werden nicht ernst genommen. Wäre das PEI auch nur ansatzweise objektiv und rein wissenschaftlich ausgerichtet, hätte es längst flächendeckende, repräsentative Untersuchungen durchge-führt, um in Erfahrung zu bringen, ob dergleichen auch bei Geimpften oder Geboosterten der Fall ist, die (noch) keine Symptome haben.

Es ist ein kleines privat betriebenes Labor, welches diesen Messwert erstellt, der bei jungen Menschen zweifelsfrei die Folgen der Impfung objektiv beweist.

Interessant dabei ist, dass man Autoantikörper findet, die gegen das autonome Nervensystem gerichtet sind, was vor allem die Steuerung der Herzfunktion mit den sog. adrenergen Rezeptoren betrifft. Das erklärt die schweren Nebenwirkungen am Herzen (Herzrhythmusstörungen, Herzstillstand) und diese sind nicht von transienter Natur.

Hier hat weltweit die gesamte hochbezahlte und von öffentlichen Steuergeldern finanzierte medizinische Elite der universitären biomedizinischen Forschung versagt. Man kann dies schon als vorsätzliche Verweigerung einer Aufklärung der Pathomechanismen der Impfnebenwirkungen bezeichnen.

Die Daten von Frau Bimmler decken sich mit Ergebnissen einer Veröffentlichung zu Nebenwirkungen der Impfung am Herzen bei zwei Jugendlichen. In diesem Fall wurden die Analysen der Blutproben von einem privaten Labor in Luckenwalde durchgeführt. Hier wurden gleichermaßen derartige Autoantikörper gefunden, gepaart mit in einem Fall schwerer klinischer Beeinträchtigung der Herzfunktion.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C), a Post-viral Myocarditis and Systemic Vasculitis - A Critical Review of Its Pathogenesis and Treatment
https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2020.626182/full **- als Anlage B 357 -**

Wenn man bei betroffenen Geimpften die Herzen mit der Kontrastmittel-unterstützten Magnetresonanztomographie untersucht, dann findet man Veränderungen im Herzen noch 4 Monate nach der Impfung. Man sieht Zeichen der Vernarbung des Herzmuskels. Dies ist bedenklich, denn es ist bekannt, dass diese Vernarbungen mit einer erheblichen Verkürzung der Lebenserwartung einhergehen können, auch wenn kurzzeitig keine Störung der Herzfunktion messbar ist.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14017431.2021.1900596 **- als Anlage B 358 -**

Man muss davon ausgehen, dass vor allem das Impf-induzierte Spike-Protein wie ein biologisches Gift wirkt.

Prof. Burkhardt fand bei Impf-Opfern noch 128 Tage nach der Impfung das durch die Impfung induzierte Spike-Protein in Gefäßwänden. Er findet es im Gehirn und zahlreichen Organen, wie in dem Video zur Sitzung des Gesundheitsausschusses am 21.03.2022 ab 1:18:43 zu erfahren ist.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bundestag.de/mediathek?videoid=7534438#url=L21lZGlhdGhla292ZXJsYXk/dmlkZW9pZD03NTM0NDM4&mod=mediathek **- als Anlage B 359 -**

Aber auch insoweit schweigen das PEI, die überwiegende Zahl der Medien, die allermeisten Wissenschaftler. Solche Untersuchungen noch viel häufiger durchzuführen wäre das Gebot der Stunde.

Der Arzt Erich Freisleben, der sich Menschen annimmt, die Impfschäden haben, hat sich aktuell in der Berliner Zeitung geäußert:

"***Eine Impfpflicht würde das Tor zum Missbrauch weit öffnen***

Der Berliner Arzt Erich Freisleben wird von Patienten mit Impfnebenwirkungen überrannt. Er hat eine Therapie gefunden – doch er kann nicht allen helfen.

31.3.2022 - 23:39 Uhr

Ist die Impfung gegen Covid-19 so sicher wie gewünscht? Der Berliner Arzt Erich Freisleben hegt angesichts vieler Patienten mit Impfnebenwirkungen Zweifel daran.

Berlin - Mittlerweile sind 63 Millionen Deutsche vollständig geimpft, das sind fast 76 Prozent der Bevölkerung. Angesichts anhaltender Anspannung im Gesundheitssystem aufgrund der hochansteckenden Omikron-Variante diskutiert derzeit das

t. Gegen eine solche spricht sich der Berliner Arzt Erich Freisleben aus, der in seiner Praxis von Patienten mit Impfnebenwirkungen geradezu überrannt werde. Er musste eine Kollegin einstellen, um des Ansturms Herr zu werden, fand ein Mittel, um vielen von ihnen zu helfen, entwarf Infoblätter für Kollegen – und fordert, dass die Forschung sich der Impfnebenwirkungen stärker annimmt. Ein Interview.

https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/eine-impfpflicht-wuerde-das-tor-zum-missbrauch-weit-oeffnen-li.219816 **- als Anlage B 360 -**

Er berichtet von nur acht Patienten mit Long-COVID aber 40 Patienten mit schweren Impfnebenwirkungen in seinem Stammklientel!

Hochgerechnet käme er auf eine Million Menschen mit Impfschäden, was sich mit der Hochrechnung der BKK Daten durch den Sachverständigen Tom Lausen deckt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bundestag.de/resource/blob/883938/7d235144f04619373179440fcd21422b/20_14_0013-8-_ESV-Tom-Lausen_IfSG-data.pdf **- als Anlage B 361 -**

Hier ist gleichermaßen erschreckend, dass sich die gesamte medizinische Elite geweigert hat, derartige Methoden des Nachweises zu erarbeiten und die negativen Folgen dieser völlig neuartigen Impfstoffe genauer zu erfassen.

Herr Dr. Freisleben hat dafür eine Erklärung:

"Das große Problem des 19. und 20. Jahrhunderts waren Nationalismus und Rassismus. Das 21. Jahrhundert leidet eher daran, dass die exponentiell wachsende technologische Potenz nicht mehr in Einklang zu bringen ist mit der Verträglichkeit der menschlichen Natur und der Umwelt. Das größte Problem aus meiner Sicht ist aber: Die Finanzkraft weniger globaler Player ist geeignet, das öffentliche Leben der Nationen und seine Institutionen egozentrisch zu durchwuchern. Die Finanzierung der WHO durch private Investoren, meist aus der Pharmabranche, ist nur ein Beispiel dafür. Eine Impfpflicht würde das Tor zum Missbrauch weit öffnen."

Zumindest hat z.B. bereits das Paul-Ehrlich-Institut bereits 2020 gezeigt, dass das Spike-Protein ein biologisches Gift ist und in analytisch nicht mehr nachweisbaren Mengen zu toxischen Wirkungen auf zellulärer Ebene führt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.pei.de/DE/newsroom/pm/jahr/2021/03-gewebeschaeden-zellfusion-covid-19-rolle-spikeprotein.html **- als Anlage B 362 -**

Spätestens zu diesem Zeitpunkt hätte man möglich negative Auswirkungen der An-wendung dieser völlig neuartigen Impfstoffe gründlich untersuchen müssen. Insbesondere hätte man bei jungen Menschen untersuchen müssen, in welchem Umfang und mit welchem Zeitverlauf die Produktion des giftigen Spike-Proteins im Körper erfolgt und ggf. die Dosis der Impfstoffe anpassen müssen. – Geschehen ist dergleichen, natürlich, nicht, woraus man schlussfolgern muss, dass das PEI noch nicht einmal aus seinen eigenen Untersuchungen Konsequenzen zu ziehen bereit ist.

Bei der Kontrolle der Dosisanpassung haben alle verantwortlichen Stellen versagt, und man muss, leider, einräumen, dass aufgrund dieser Nicht-Tätigkeit hinsichtlich einer er-neuten Überprüfung der Dosis dieser völlig neuen Impfstoffmethoden vor allem junge Menschen gestorben sind.

Dies zeigt ein Fall in den USA. Zwei Teenager lagen nach der Gabe des BioNTech Impfstoffes tot im Bett. Die pathologische Aufarbeitung ergab in beiden Fällen, dass es sich jeweils nicht um eine klassische Herzmuskelentzündung handelt, sondern um die Auswirkung einer Vergiftung.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Autopsy Histopathologic Cardiac Findings in Two Adolescents Following the Second COVID-19 Vaccine Dose
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35157759/ **- als Anlage B 363 -**

2.
https://meridian.allenpress.com/aplm/article/doi/10.5858/arpa.2021-0435-SA/477788/Autopsy-Histopathologic-Cardiac-Findings-in-Two **- als Anlage B 364 -**

Warum betrifft dies vor allem junge und nicht so sehr ältere Menschen?

Geht man zurück zu den Daten der klinischen Phase 1 Prüfung z.B. für Comirnaty®, dann ist das leicht erklärt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Safety and Immunogenicity of Two RNA-Based Covid-19 Vaccine Candidates
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2027906 **- als Anlage B 365 -**

Die Dosis ist zu hoch für junge Menschen. In dieser Phase 1 Prüfung wurden zwei Gruppen eingeschlossen. Eine Gruppe in einem Alter zwischen 18 und 55 Jahren, die zweite zwischen 65 und 85 Jahren. Es wurden jeweils 3 Dosierungen getestet. 10, 20, 30 Mikrogramm des Genwirkstoffes BNT162b2 (jetzt Wirkstoff in Comirnaty®). Die Immunantwort wurde über die Höhe der Antikörper im Blut gemessen und die Nebenwirkungen wurden erfasst.

Hier ist zweifelsfrei erkennbar, dass die Personen in der Gruppe der Jüngeren von der Dosis 30 Mikrogramm nicht profitiert haben. Die Immunantwort war schlechter als bei der Dosis von 20 Mikrogramm. Doch die Nebenwirkungen waren sehr viel höher.

Im Gegensatz hierzu war die Dosis von 30 Mikrogramm für die Älteren nicht immer ausreichend. Mit anderen Worten: Die aktuell eingesetzte Dosis für Comirnaty® von 30 Mikrogramm ist für die jungen Personen überdosiert und für die Älteren unterdosiert!

Dieser Fehler in der Wahl der Dosis hat zu schwerwiegenden Nebenwirkungen bei den Jüngeren geführt und zu mangelnder Wirkung bei den Älteren.

Vergleichbar wie bei Comirnaty® war dieser Effekt auch für den Impfstoff Vaxzevria® von AstraZeneca erkennbar.

Ein Abfüllfehler für die klinischen Prüfmuster mit der halben Impfstoffdosis ergab in klinischen Prüfungen eine bessere Wirkung als die ursprünglich vorgesehene Dosis.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Single-dose administration and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a pooled analysis of four randomised trials
https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00432-3/fulltext
- als Anlage B 366 -

Die dann in der breiten Masse angewendete Dosis war jedoch die höhere Dosis – die Folgen sind bekannt, es sind junge gesunde Frauen gestorben.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.tagesschau.de/inland/faelle-thrombose-astrazeneca-101.html
- als Anlage B 367 -

Bei Älteren hat es nicht ausreichend gewirkt.

Generell muss man dazu betonen, dass die individuelle Spike-Produktion im Körper um zwei Zehnerpotenzen schwanken kann. Für den Wirkstoff mRNA-1273 von Moderna wurden an gesunden Probanden Plasmawerte zwischen 0 und 0,15 Nanogramm Spike- Protein pro Milliliter gefunden.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Circulating Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Vaccine Antigen Detected in the Plasma of mRNA-1273 Vaccine Recipients
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34015087/ **- als Anlage B 368 -**

Es ist bekannt, dass die Menge von 1 Nanogramm pro Milliliter Blut im Reagenzglas zu einer vollständigen Blutverklumpung führt.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34328172/ **- als Anlage B 369 -**

So ist erklärbar, dass es bei einer Überdosis zu den Todesfällen durch Blutgerinnung kam wie sie bei jungen Menschen vorgefunden wurde. Der Sicherheitsfaktor zwischen 0,15 Nanogramm pro Milliliter gefundenen Spike Protein nach Impfung und der Menge von 1 Nanogramm pro Milliliter ist nur 6. Das ist zu gering, um sicher Nebenwirkungen ausschließen zu können, wenn Menschen eine erhöhte Neigung zur Blutgerinnung haben, was bei Frauen allein durch orale Kontrazeptiva der Fall sein kann.

Es gibt ausreichend Hinweise darauf, dass das Spike Protein von SARS-CoV-2 selbst ein biologisches Gift ist.

"*Toxicity of the S protein to stimulate thrombosis is the notable concern in current mRNA and adenovirus vaccines which express the S protein. Toxicity of the S protein can result in stimulation of platelet activity and the release of coagulation factors, which may cause thrombosis in infected individuals. Due to high mutation in the S protein, which may cause*

immune escape in new variants and a toxicity property, the investigation of alternative proteins or treatment other than spike-based vaccines to stimulate an immune response is suggested."

Auf Deutsch:

"*Es ist die Toxizität des S-Proteins zur Stimulierung von Thrombose, welche die beträchtliche Sorge bei derzeitigen mRNA- und Adenovirus-Impfstoffen ist, die das S-Protein exprimieren. Die Toxizität des S-Proteins kann zur Stimulierung der Thrombozytenaktivität und zur Freisetzung von Gerinnungsfaktoren führen, die bei infizierten Personen Thrombosen verursachen können. Aufgrund der hohen Mutation im S-Protein, die bei neuen Varianten zu einer Immunflucht führen kann, und einer Toxizitätseigenschaft, wird die Untersuchung alternativer Proteine oder eine andere Behandlung als Spike-basierte Impfstoffe zur Stimulierung einer Immunantwort empfohlen.*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

Severity, Pathogenicity and Transmissibility of Delta and Lambda Variants of SARS-CoV-2, Toxicity of Spike Protein and Possibilities for Future Prevention of COVID-19
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8540532/ **- als Anlage B 370 -**

Eine Impfung dagegen wie bei Tetanus macht Sinn. Doch die Menge des Giftes im Impfstoff muss unter Kontrolle sein. Dies ist derzeit bei den Genwirkstoffen zweifelsfrei nicht der Fall.

Mit anderen Worten, in der breiten Masse ist die Impfstoffwirkung nicht unter Kontrolle, da man den Umweg über die Gabe eines Genwirkstoffes geht und nicht direkt Virusantigene verabreicht.

Warum man hier als kontrollierbare Fall-Back-Strategie nicht einfach das altbewährte Prinzip der Vollantigen-Impfstoffe aus Viren anwendet, wie nun in China bewährt und in zahlreichen Nationen, die den chinesischen Impfstoff CoronaVac eingesetzt haben, ist objektiv nicht nachvollziehbar.

Als Beispiel zur Relevanz der Dosis möchte man das Beispiel des Grippeimpfstoffes Fluzone anführen.

Hier gibt es die Variante High für Senioren mit 240 Mikrogramm Virus-Wirkstoff,
vgl.
https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/201106-fluzone-highdose-quadrivalent-im-handel.html **- als Anlage B 371 -**

für Erwachsene 60 Mikrogramm Wirkstoff und für Kinder 30 Mikrogramm Wirkstoff als Beispiel aus den USA von der Food and Drug Administration, da dies besser erklärt ist als in europäischen Zulassungsunterlagen.

https://www.fda.gov/media/119856/download **- als Anlage B 372 -**

Auch Nuvaxovid (Novavax) wurde seitens der Dosis nicht angepasst. Nuvaxovid wird als Alternative für berechtigte Skepsis gegenüber Genwirkstoff-basierten Produkten empfohlen, mit dem Hinweis, dass es sich um einen klassischen Impfstoff handelt. Dies ist jedoch nicht korrekt, denn Nuvaxovid enthält einen “modernen Impfstoffverstärker” der aus generell giftigem Gummibaumsaft gewonnen wird. Dieses Extrakt aus Gummibaumsaft in Verbindung mit weiteren Lipiden ist als Iscomatrix oder Matrix M benannt und bereits lange vor Ausrufung der Corona-Pandemie in zahlreichen klinischen Prüfungen eingesetzt worden. In diesen früheren Ansätzen mussten die klinischen Prüfungen abgebrochen werden, weil in den Gruppen mit diesem Impfstoffverstärker vermehrt Gehirnentzündungen auftraten.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Meta-Analysis on Randomized Controlled Trials of Vaccinex with QS-21 or ISCOMATRIX Adjuvant: Safety and Tolerability
https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0154757&type=printable **- als Anlage B 373 -**

Das PEI unterschlägt in der Stellungnahme zu Nuvaxovid die schweren Nebenwirkungen, was nur ein zusätzliches Indiz dafür ist, dass in dieser Behörde es eben nicht um (echte) Wissenschaft geht! In der klinischen Prüfung der Phase 3 mit Nuvaxovid traten vermehrt schwerwiegende Nebenwirkungen, zusammengefasst als “cerebrovascular accidents” mit 7 Fällen in der Wirkstoffgruppe und nur einem Fall in der Placebogruppe auf.

Beweis und Glaubhaftmachung:

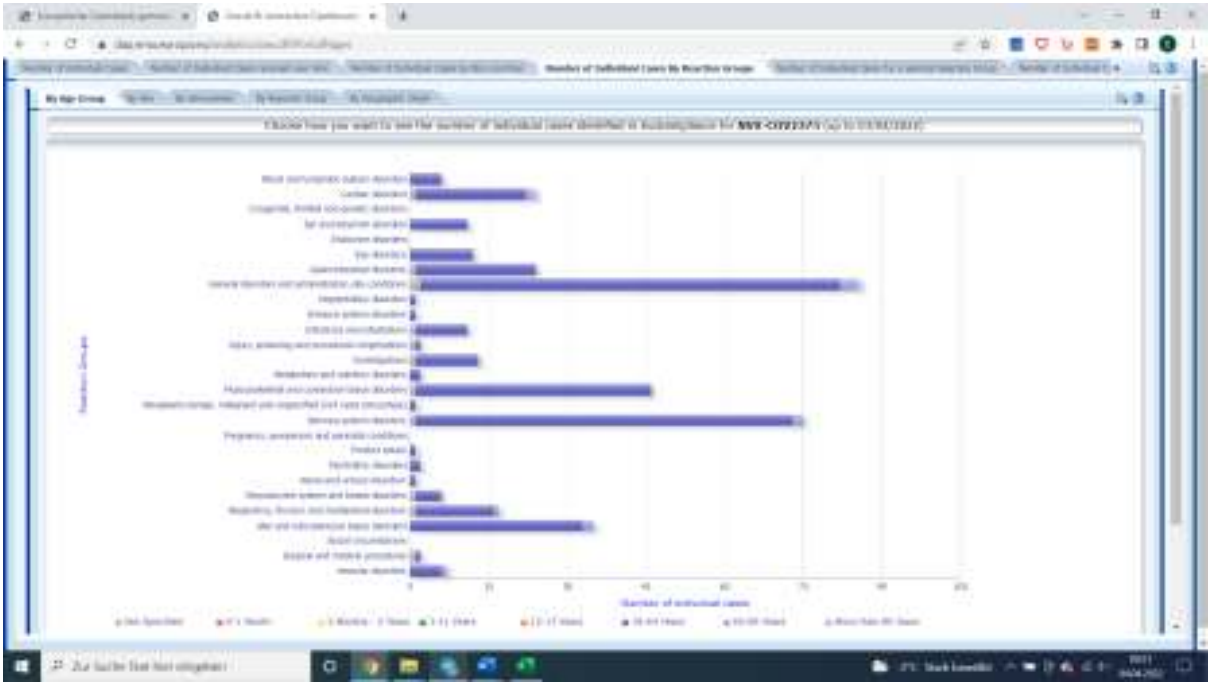
https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/nuvaxovid-epar-public-assessment-report_en.pdf **- bereits vorgelegt als Anlage B 179 -**

In der Nomenklatur der Arzneimittelzulassung fasst man unter dem oben genannten Begriff Vorkommnisse wie Schlaganfälle, Hirnblutungen etc. zusammen, die nicht durch einen äußeren Unfall hervorgerufen sind. Das ist bedenklich. Dies gepaart mit der Aussage des RKI, dass man nicht mal wisse, ob Nuvaxovid gegen die neuen Varianten wir-ke … .

Kaum auf den Markt gekommen, befinden sich bereits 165 Verdachtsfälle über Nebenwirkungen von Nuvaxovid in der europäischen Datenbank für Impfschäden, davon allein 88 aus Deutschland, was einem Anteil von 56% entspricht – und dies sind natürlich nur die sehr wenigen gemeldeten Verdachtsfälle im Rahmen des völlig ineffektiven Notfallmeldesystems.

Quelle:
https://www.adrreports.eu/de/search_subst.html# **- als Anlage B 374 -**

Von diesen betrafen 75 Fälle = 45% “Nervous system disorders” (Störungen des Nervensystems), ein Problem, das von Iscomatrix (= Matrix M) bereits bekannt ist (s.o.).



Die massiven Probleme der Über- bzw. Unterdosierung berichtet ganz aktuell auch ein Bericht der Tageszeitung “WeLT”. In dem nachfolgend zitierten Artikel berichten mehrere Experten völlig zu Recht, dass es unverantwortlich sei, dass die Jungen genau die gleiche Dosis wie die Älteren und Alten bekommen.

“*Erkenntnisse, die der deutschen Impfpraxis fundamental widersprechen*

Stand: 16:40 Uhr | Lesedauer: 6 Minuten

Von Elke Bodderas, Cornelia Stolze, Tim Röhn

Eine Studie zeigt: Der Biontech-Impfstoff müsste nach Alter gestaffelt dosiert werden, um optimal zu wirken. Durch die Einheitsdosen kann ein Teil der Älteren nicht auf vollen Schutz hoffen, Jüngeren drohen Überdosis-Reaktionen. Experten rügen das. Warum wird nicht nachgesteuert?

Es sind nur zehn Mikrogramm. Aber diese zehn Mikrogramm mRNA-Impfstoff können entscheiden über Kopfschmerzen, Erbrechen, Fieber, über Corona-Ansteckung und schwere Verläufe. Es sind zehn Mikrogramm, und es sind viele Millionen Menschen in Deutschland, denen nicht die optimale Impfdosis gesetzt wurde.

Diese zehn Mikrogramm bedeuten nämlich eine Überdosis für die einen, die Jüngeren – und für die anderen, Menschen über 65, ist es die Menge, die zum ordentlichen Impfschutz fehlt. Seit dem 17. Dezember 2020, dem Erscheinungsdatum einer bedeutenden Studie zur Wirkung des Biontech-Vakzins Comirnaty spricht vieles dafür, dass der Impfstoff nicht optimal dosiert verabreicht wird. Die Ergebnisse der Studie, erschienen im „New England Journal of Medicine“ (NEJM), sind so eindeutig, dass auch der Hersteller sie nicht infrage stellt.

Lesen Sie auch
„Heftiges Warnsignal“
Mehr Impf-Nebenwirkungen als bisher bekannt

Die brisanteste Feststellung betrifft den Zusammenhang zwischen Dosierung und Wirkung des Präparats. Bei den 18- bis 55-Jährigen sind 20 Mikrogramm laut Studie angemessen, bei den 65- bis 85-Jährigen 30 Mikrogramm pro Spritze, unter Umständen noch mehr.

Die Erkenntnisse widersprechen der Impfpraxis in Deutschland fundamental: In der Praxis gibt es für alle ab 18 Jahren nur eine einheitliche Impfdosis, 30 Mikrogramm. Was das für die Betroffenen bedeutet, beschreibt die Studie im Detail. Ein Teil der älteren Bevölkerung kann nicht auf die volle Schutzwirkung hoffen. Die Jüngeren indes haben mit Überdosis-Reaktionen zu rechnen.

„Da hat es wohl an Weitsicht oder Fachverständnis gefehlt“

Die in Fachkreisen durchgängig wahrgenommene Untersuchung dürfte auch im politischen Betrieb durchgeblättert worden sein. Doch weder hier noch beim Hersteller selbst hat man Anstalten gemacht, das Impfschema geradezurücken. Klaus Stöhr, Epidemiologe und langjähriger Leiter des Impfprogramms der Weltgesundheitsorgani-sation WHO und des Pharmaherstellers Novartis, sieht das kritisch.

Lesen Sie auch
Boostern ohne Ende?
Der Nutzen und das Risiko der Impfungen müssen neu abgewogen werden

„Wegen der Dringlichkeit, einen Sars-CoV-2 Impfstoff zu finden, hat man anfangs mit den 30 Mikrogramm eine Kompromissdosierung getestet und dann auch zugelassen.“ Das sei vernünftig gewesen, sagt Stöhr, „aber gleich danach hätten Zulassungs-behörden und Beratungsgremien von den Herstellern Dosierungsstudien fordern müs-sen.“

Als Grundlage hätten dabei die ersten Studienergebnisse zu den Nebenwirkungen und zur Wirksamkeit in den Altersgruppen dienen müssen. Geändert hat sich nichts: „Da hat es wohl an Weitsicht oder Fachverständnis gefehlt.“

„Quarantäne macht keinen Sinn mehr“

Virologe Klaus Stöhr kritisiert Gesundheitsminister Lauterbach scharf, nachdem dieser den geplanten Wegfall der Corona-Isolationspflicht gestoppt hat: „Zahlen oder Daten spielen keine Rolle mehr – offensichtlich macht das Ansehen von Twitter die Politik in Deutschland“, so Stöhr.

Quelle: WeLT

So sieht das auch Virologe Alexander Kekulé: „Die Dosis der mRNA-Impfstoffe hätte bereits früher altersgemäß angepasst werden müssen.“ Vor allem für Kinder und Jugendliche sei das dringend: In Deutschland erhalten auch alle ab zwölf Jahren sowie Schwangere die Einheitsdosis von 30 Mikrogramm.

„Genug Geld für die altersabhängige Dosisfindung sollten die Hersteller ja einge-nommen haben. Dies weiter zu verschleppen spült nur Wasser auf die Mühlen der Impfkritiker“, so der Virologe gegenüber WELT. Die Ständige Impfkommission (Stiko) wollte sich dazu nicht äußern.

Biontech verzichtet auf andere Praxis

Offen gesteht Biontech-Firmensprecherin Jasmina Alatovic zur Impfdosierung ein: „Es ist richtig, bei den Jüngeren reichen 20 Mikrogramm, manchmal sogar 15 Mikrogramm aus.“ Eine altersangepasste Dosierung der Impfstoffe sei „prinzipiell zwar eine elegante Lösung“, so Alatovic, „aber nicht praktisch, wenn man so rasch wie möglich fünf Milliarden Menschen impfen muss“. Daher habe man sich unter dem Druck der Pan-demie entschieden, „dass 30 Mikrogramm die angemessene Dosis für alle ist“, sagt Alatovic.

Lesen Sie auch
Gastbeitrag
Bei den Impf-Nebenwirkungen gibt es weiter eine ungeklärte Sachlage

Abgesehen von einer Untersuchung mit Kindern unter zwölf Jahren, plane Biontech keine neuen Studien zur Dosisfindung. Das Verfahren sei zu aufwendig, „dazu müssten wir eine neue klinische Studie aufsetzen, alle Dokumente neu aufsetzen, alles noch mal durchdrücken“.

Dass das dringend hätte geschehen müssen und noch nachgeholt werden sollte, davon ist auch die Berliner Biotech-Expertin Susanne Wagner überzeugt. Wagner ist Beraterin im

Bereich Arzneimittelentwicklung und Spezialistin für die Prüfpläne neuer Medikamente mit 30 Jahren Erfahrung in der Hightech-Forschung unter anderem bei Schering und der Charité. Inzwischen berät sie vor allem Start-ups – wo heute der Großteil der Arzneimittel entwickelt wird.

Die Expertin geht mit Behörden und Biontech hart ins Gericht: „Man hätte schon nach den ersten Todesfällen von jüngeren Menschen nachsteuern müssen“, sagt sie. Stattdessen sei man zum Schutz der älteren Menschen bei der hohen Dosis von 30 Mikrogramm geblieben.

Lesen Sie auch
Kritik an Lauterbach-Vorstoß
Vierte Impfung? „Fragwürdig“

Das setze die Jüngeren einem Risiko aus: „In den Studiendaten erkennt man deutlich, dass bei jüngeren Menschen in der höheren Dosierung das Immunsystem über-stimuliert wird und die Nebenwirkungen mit einer schlechteren Immunantwort einhergehen.“

Auch der mRNA-Impfstoff Spikevax von Moderna wird aus Sicht von Wagner in vielen Fällen zu hoch dosiert verabreicht. Die übliche Menge von jeweils 100 Mikrogramm bei den beiden ersten Injektionen müsste für Menschen unter 55 Jahren vermutlich halbiert werden. „Studien haben gezeigt, dass die Immunantwort mit der höheren Dosis nicht besser ist, aber mehr Nebenwirkungen auftreten.“

Man hätte nach den ersten Hinweisen auf die teils starken Nebenwirkungen wie Herzmuskelentzündungen oder Schlaganfälle sofort reagieren und die Dosis reduzieren müssen. Als positives Beispiel nennt Wagner den Grippe-Impfstoff Fluzone. Das Vakzin wird für Menschen über 65 Jahre in der vierfachen Dosis mit 240 Mikrogramm gespritzt, während für Erwachsene nur 60 Mikrogramm angesetzt sind und für Kinder die Dosis noch mal auf 22 Mikrogramm reduziert wurde.

Lesen Sie auch
Myokarditis
Das mysteriöse Herzleiden der jungen Männer

Die Europäische Arzneimittel-Agentur EMA dagegen sieht keinen Handlungsbedarf. Wie bei allen anderen Arzneimitteln habe man auch beim Biontech-Vakzin Comirnaty eine „strenge Bewertung der Sicherheit und Wirksamkeit vorgenommen“, so ein Pressesprecher.

„Immunsysteme so unterschiedlich wie unser Fingerabdruck“

Wie Wagner hält auch Andreas Radbruch, Professor für Immunologie an der Berliner Charité, wenig vom Prinzip „eine Dosis für alle“. „Aus immunologischer Sicht ist das, was wir da machen, ziemliche Steinzeit“, sagt er.

Radbruch ist Präsident der Rheumatologischen Gesellschaft und ehemaliger Präsident der immunologischen Gesellschaft in Deutschland. Aus seinen Erfahrungen aus der Rheuma-Forschung weiß er: „Unsere Immunsysteme sind so unterschiedlich wie unser Fingerabdruck. Dass man in Zeiten der individualisierten Medizin allen Menschen die gleiche

Dosis Impfstoff verpasst, als wären es genetisch gleiche Mäuse, ist nicht mehr angemessen.“

Lesen Sie auch
Schwedische Studie
Bauen sich mRNA-Impfstoffe in die Zellen ein?

Auch auf der anderen Seite des Atlantiks sieht man die Daten- und Studienlage des Impfstoffs aus Deutschland kritisch. Cody Meissner ist Immunologie-Professor an der Tufts-Universität und Mitglied des Ausschusses der US-Arzneimittelbehörde FDA, die Empfehlungen zum Umgang mit den mRNA-Impfstoffen ausspricht und über die Zulassung entscheidet.

„Die Kritik an der Dosis ist korrekt“, sagt Meissner, „sie zeigt, dass wir viel zu wenig von diesen Impfstoffen verstehen und dass weitere Forschung nötig ist. Wir wissen nicht, wie die richtige Dosis ist, wir wissen nicht, wie das richtige Intervall zwischen diesen Dosen ist, wir wissen nicht, ob eine Auffrischimpfung nötig ist, wenn wir das Intervall zwischen den ersten beiden Impfungen vergrößern“, sagt Meissner.

Und: „Ich denke, wir werden diese Dosisfragen in den Griff bekommen. Aber dazu wird mehr Forschung und mehr Erfahrung mit den Impfstoffen nötig sein.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/politik/deutschland/plus238021185/Biontech-Der-Haken-bei-der-Einheitsdosis-des-Corona-Impfstoffs.html **- als Anlage B 375 -**

Es ist immerhin erfreulich, dass Biontech offen einräumt, dass man im Wesentlichen keine weiteren Studien vornehmen werde, weil das angeblich zu aufwendig sei. Profit geht eben vor Sicherheit! Ebenso erfreulich ist es, dass eine hochrangige Vertreterin der FDA offen einräumt, um die obigen Worte nochmals zu zitieren, dass “*(…) wir viel zu wenig von diesen Impfstoffen verstehen und dass weitere Forschung nötig ist. Wir wissen nicht, wie die richtige Dosis ist, wir wissen nicht, wie das richtige Intervall zwischen diesen Dosen ist, wir wissen nicht, ob eine Auffrischimpfung nötig ist, wenn wir das Intervall zwischen den ersten beiden Impfungen vergrößern.*“

Eines dürfte jedoch sicher sein: Das PEI wird nichts tun, um dem Einhalt zu gebieten, keine neuen Untersuchungen anordnen, keine Warnhinweise generell für Jüngere veröffentlichen etc., obwohl all dies sich aufgrund des Vorgenannten geradezu aufdrängen wird! Bei einer weisungsabhängigen Bundesbehörde ist das in der heutigen Zeit leider 100%ig sicher. Es ist daher Aufgabe einer unabhängigen Justiz im Allgemeinen und des Bundesverfassungsgerichts als Höchstgericht im Besonderen zumindest jetzt ein klares „Stopp“ zu formulieren und zumindest bis zur Klärung der richtigen Dosierung, bis zur Durchführung echter klinischen Studien (z.B. zur impfstoffverursachten Krebs und Autoimmunerkrankungen etc.) jegliche direkte wie indirekte Impfpflicht für verfassungswidrig zu erklären.

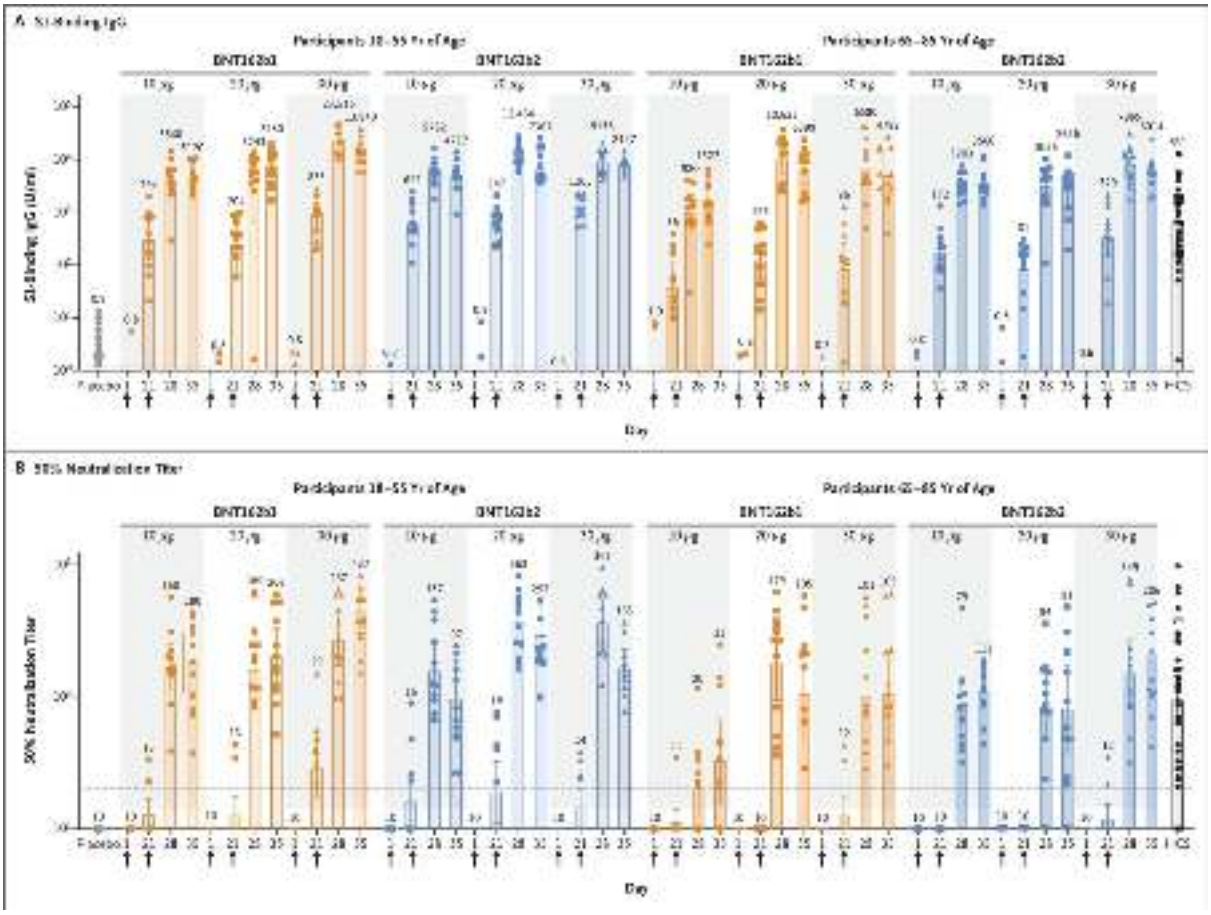
Aus den oben zitierten Gründen ist auch § 22a I 1 Nr. 3 BIfSG n.F. verfassungswidrig, da niemand die richtige Intervallzeit, zumal pauschal für alle Menschen jeglichen Alters, auf seriöse Weise korrekt bestimmen kann. Der pauschale 3-Monats-Zeitraum dieser Norm ist daher ebenfalls ohne jede Evidenz durch den Gesetzgeber geschaffen worden.

Schaut man sich unter Berücksichtigung der Anlage B 375 nochmals die Phase-1-Daten der Notfallzulassungsstudie an, so wird die Aussage der Anlage B 375 schlicht und einfach bestätigt:

Die immer wieder gehörte Behauptung, dass Symptome wie Fieber, Kopfschmerzen, Übergeben etc. ein Zeichen der erwünschten Immunantwort seien und daher „ganz normale“ Impfnebenwirkungen seien wie bei anderen (echten, in der Regel sterile Immunität verursachenden) Impfstoffen, ist falsch. Diese Behauptung wird nämlich durch die Phase-1-Daten wiederlegt. In dieser wurde ein Dosis-Wirkung-Nebenwirkungsprofil erstellt. Aus diesem erkennt man, dass bei Menschen zwischen 18 - 59 die Erhöhung der Dosis von 20 auf 30 Mikrogramm nicht mit einer Erhöhung der Immunantwort einhergeht. Im Gegenteil. Bereits während der Studie zeigte sich bereits eine Überforderung des Immunsystems bei den jüngeren Menschen von Dosis 20 zu Dosis 30 µg.

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2027906 **- als Anlage B 375.1. -**
dort vor allem Abbildung 4A:



So fällt im Mittelwert die Immunantwort in dieser Altersgruppe der 18-59-Jährigen mit einem S1-bindenden Antikörpertiter bei der Dosis 20 Mikrogramm mit 12464 IgG (U/ml) um fast 25 % höher aus als mit der höheren Dosis! Eine derartige „bell-shape“ ist für Immunreaktionen bekannt und zeigt eine „Überstimulierung“ des Immunsystems, die eine verminderte Immunreaktion zur Folge hat.

Noch deutlicher zeigt sich dieser Effekt bei den Daten zum neutralisierenden Antikörpertiter. Mit dieser medizinischen Größe kann im Reagenzglas geprüft werden, ob die Antikörper im Blut von Geimpften denn wirklich eine Virusvermehrung verhindern können. Hier ist nun auf die untere Reihe der Abbildungen zu achten, d.h. auf die Gruppe der 18 bis 55 Jahre alten Personen (blauer Balken BNT162b2). Hier fällt der neutralisierende Titer bis Tag 35 bereits auf einen geometrischen Mittelwert von nur 163 bei 30 Mikrogramm. Bei der Dosis von 20 Mikrogramm ist dieser mit 292 um 80% höher!

BioNTech hat selbst zugegeben, dass die Dosis von 30 Mikrogramm nicht geeignet ist für jüngere Menschen. Man weiß nun, dass dies zu schweren Nebenwirkungen, ja irreversiblen Impfschäden führt und im schlimmsten Fall zum Tod. Man weiß, dass man eigentlich noch eine Dosisfindung machen müsste - unterlässt dies aber aus Kostengründen.

Man hat, basierend auf einer Gruppe von 12 Probanden je Dosisgruppe, über das Schicksal von hunderten Millionen von Menschen entschieden und wider besseren Wissens eine zu hohe Dosis für junge Menschen gewählt! Dies mit der Folge schwerer Behinderungen und auch Todesfällen.

Biontech erklärt offen, dass man sich weigert, eine neue Dosisfindungsstudie durchzuführen. Man müsse es nochmal durchdrücken. Doch es wäre schön, wenn BioNTech oder das PEI einmal erläutern würde, wo man diese Definition des “Durchdrückens” (“ *(…) Druck der Pandemie (…)*”) im EU-Arzneimittelzulassungsrecht findet! Doch so greift Arzneimittelgesetz § 5 - die Anwendung muss für Menschen unter 65 für alle Produkte verboten werden, bis im Rahmen kontrollierter klinischen Prüfungen gezeigt ist, dass man das Verhältnis von Dosis - Wirkung - Nebenwirkungen unter Kontrolle hat. Insbesondere für die Menschen, die in medizinischen Bereichen tätig sind.

Die höhere Dosis geht somit für weite Teile der Bevölkerung gleichzeitig mit einem Umfang nicht akzeptabler Nebenwirkungen einher!

Somit ist anhand dieser Phase-1-Studie bewiesen, dass diese klinischen Zeichen wie Fieber, Kopfschmerzen usw. keineswegs eine erwünschte Immunantwort zeigen wie zu oft behauptet. - Im Gegenteil, aufgrund von Chargenunterschieden ist diese Reaktion darauf zurückzuführen, dass das Immunsystem bei den eher jüngeren Menschen über-stimuliert wird, weil in diesen jungen Körpern mehr von dem Impf-induzierten Spike- Protein gebildet wird und hier bereits Zeichen der Vergiftung auftreten. Diese Überstimulierung führt sogar zu einer schlechteren Immunantwort.

Was hier in der endgültigen Veröffentlichung dieser Daten aber nicht gezeigt wird, ist, ob es Prüfungsteilnehmer gab, die sich erbrochen haben. Dies ist wiederum in der

PrePrint-Version dargestellt, und es ist hier festzuhalten, dass sich in der Gruppe des nun bedingt zugelassenen Wirkstoffe BNT162b2 eine Person in der Dosisgruppe 30 Mikrogramm übergeben musste. Eine Dosis, die für diese Altersgruppe zu einer geringe-ren Immunantwort führte als die niedrigere Dosis.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.17.20176651v2.full.pdf

- als Anlage B 375.2. -

In der besser geeigneten Dosis von 20 Mikrogramm hat sich niemand übergeben.

Somit ist bereits anhand dieser Phase 1-Prüfung festzuhalten, dass in der Altersgruppe 18-59 die höhere Dosis von 30 Mikrogramm zu einer ggf. schlechteren Immunantwort führt als die niedrigere Dosis i. H. v. 20 Mikrogramm. Die höhere Dosis geht aber mit mehr Nebenwirkungen einher, die auf einer überschießenden Immunreaktion oder bereits einer beginnenden inneren Vergiftung mit dem Spike Protein basieren.

Allerdings sieht man, dass in der Altersgruppe 65-85 für den jetzt zugelassenen Wirkstoff BNT162b2, dass die höhere Dosis von 30 Mikrogramm eine bessere Immunantwort ergibt, die allerdings sehr viel geringer ausfällt als in der jüngeren Altersgruppe mit der Dosis 20 Mikrogramm.

Es ist zu vermuten, dass aufgrund eines verminderten Stoffwechsels bei älteren Men-schen, die Zellen dann weniger gut und in geringerer Menge das mRNA induzierte Spike-Protein bilden. Zudem reagiert bei diesen das Immunsystem schlechter.

Mit anderen Worten, die Dosis 30 Mikrogramm ist für jüngere Menschen bereits zu hoch, für ältere viel zu niedrig. In der „Krisensituation“ hat man sich dann offensichtlich entschlossen die höhere Dosis von 30 Mikrogramm in der breiten Anwendung einzuset-zen, auch mit dem Risiko, dass dies in der Altersgruppe 18 - 59 keinen zusätzlichen Nutzen bringt in der Immunantwort, aber zu erhöhten Nebenwirkungsraten.

Da die Immunantwort bei jüngeren Menschen sogar geringer ausfällt. können diese Nebenwirkungen in der höheren Dosis in erster Linie nur in Zusammenhang mit einer bereits beginnenden „Vergiftung“ durch unkontrolliert hohe Spike Expression erklärt werden bzw. mit einer fehlgeleiteten Immunreaktion. Zudem ist zu vermuten, was leider häufig der Fall ist, dass die Prüfmuster noch rein hergestellt worden waren.

Aufgrund der hohen erforderlichen Menge weisen aber die in der breiten Masse angewendeten Chargen, was den Wirkstoffgehalt und mögliche Verunreinigungen anbelangt, Qualitätsmängel auf, die zu der hohen Rate an (teils gemeldeten, aufgrund der dargelegten Systemmängel, ganz überwiegend aber nicht gemeldeten) Nebenwirkungen bis hin zu Todesfällen führen.

Ergo: Wenn Impfung, dann muss man (endlich) die Dosierung der Impfstoffe anpassen! Solange das nicht geschehen ist, ist eine Impfpflicht gänzlich unhaltbar, gänzlich unangemessen und sozialschädlich.

In diesem Zusammenhang ist auch ergänzend auf die Grippeimpfung zu verweisen:

Für ältere Menschen ab 65 Jahre gibt es Grippeimpfstoffe mit höherem Wirkstoffgehalt 4-fach höher als für Erwachsene bis 65 Jahre. Für Kinder ist der Gehalt dann nochmal reduziert im Verhältnis zu dem Impfstoff für Erwachsene. Als Beispiel sei auf den Grippeimpfstoff Fluzone verwiesen:

Table 7: Fluzone Quadrivalent Ingredients

Ingredient	Quantity (per dose)	
	Fluzone Quadrivalent 0.25 mL Dose	Fluzone Quadrivalent 0.5 mL Dose
Active Substance: Split influenza virus, inactivated strains[a]:	30 mcg HA total	60 mcg HA total
A (H1N1)	7.5 mcg HA	15 mcg HA
A (H3N2)	7.5 mcg HA	15 mcg HA
B/(Victoria lineage)	7.5 mcg HA	15 mcg HA
B/(Yamagata lineage)	7.5 mcg HA	15 mcg HA
Other:		
Sodium phosphate-buffered isotonic sodium chloride solution	QS[b] to appropriate volume	QS[b] to appropriate volume
Formaldehyde	≤50 mcg	≤100 mcg
Octylphenol ethoxylate	≤125 mcg	≤250 mcg
Preservative		
Single-dose presentations	-	-
Multi-dose presentation (thimerosal)	12.5 mcg mercury	25 mcg mercury

[a]per United States Public Health Service (USPHS) requirement
[b]Quantity Sufficient
"-" Indicates information is not applicable

<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

1. https://www.fda.gov/media/119856/download, dort S. 22, oben, Tabelle 7
- als Anlage B 375.3 -

2. https://www.fda.gov/media/132238/download **- als Anlage B 375.4 -**
(dort Seite 7f. zu Tabelle 2)

Bei gesunden Menschen unter 60 sollen diese aufgrund eines Risikos von schweren Nebenwirkungen nicht eingesetzt werden. Doch genau dies hat man hier in der Notsituation gemacht mit dem Biontech-Impfstoff BNT162b2 – und für den Moderna-Impfstoff und für die Impfstoffe von Johnson & Johnson sowie von Astrazenecca gilt das Gleiche (siehe hierzu nachfolgend).

Zum besseren Verständnis der Anlagen B 375.3. und B 375.4. ist noch Folgendes zu ergänzen unter Berücksichtigung der Pressemitteilung des PEI vom

Hierzu eine Pressemeldung vom PEI vom November 2020.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.pei.de/DE/newsroom/hp-meldungen/2020/201106-fluzone-highdose-quadrivalent-im-handel.html **- als Anlage B 375.5 -**

In Deutschland ist der in den USA zugelassenen Impfstoff Fluzone High Dose Quadrivalent verfügbar. Eine EU-Zulassung hat dieser nicht. Dieser enthält 4 Impf-stämme mit je 60 Mikrogramm je Impfstamm. Dieser soll für Menschen in Pflegeheimen ab 65 eingesetzt werden und soll durch die 4-fache Dosis im Vergleich zu Fluzone für Erwachsene eine bessere Immunreaktion bewirken.

Fachinformationen zu diesem Impfstoff erhält man aus den USA.

Der Impfstoff Fluzone Quadrivalent für Kinder und Erwachsene wird mit je 0,25 ml für Kinder und 0.5 ml je Impfung für Erwachsene angewendet. Dies ergibt eine Gesamtvirusdosis von 30 Mikrogramm für Kinder und 60 Mikrogramm für Erwachsene.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Tabelle 7 der **Anlage B 375.3**

Demgegenüber ist die Gesamtvirusdosis für Menschen ab 65 dann 240 Mikrogramm gemäß Tabelle 2 der **Anlage 375.4**:

Table 2: Fluzone High-Dose Quadrivalent Ingredients

Ingredient	Quantity (per dose)
	Fluzone High-Dose Quadrivalent 0.7 mL Dose
Active Substance: Split influenza virus, inactivated strains[a]:	240 mcg HA total
A (H1N1)	60 mcg HA
A (H3N2)	60 mcg HA
B (Victoria Lineage)	60 mcg HA
B (Yamagata Lineage)	60 mcg HA
Other:	
Sodium phosphate-buffered isotonic sodium chloride solution	QS[b] to appropriate volume
Formaldehyde	≤140 mcg
Octylphenol ethoxylate	≤350 mcg
Gelatin	None

Sanofi Pasteur
522 Fluzone® High-Dose Quadrivalent

Ingredient	Quantity (per dose)
	Fluzone High-Dose Quadrivalent 0.7 mL Dose
Preservative	None

[a] per United States Public Health Service (USPHS) requirement
[b] Quantity sufficient

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.fda.gov/media/132238/download

- bereits vorgelegt als Teil der Anlage B 375.4. -

Dies zeigt wie wichtig eine Dosisanpassung für jede Altersgruppe ist. Insbesondere, wenn man wie bei den Genwirkstoff-basierten Impfstoffen, den Umweg über die Antigenproduktion im Körper der Geimpften geht, die zusätzliche erhebliche Unsicherheiten und Risiken mit sich bringt.

Biontech hat sich somit für eine einzige einheitliche Dosis des Comirnaty-Impfstoffes entschieden, die für ältere, geschwächte Menschen sehr wahrscheinlich teilweise noch zu viel niedrig ist und die für junge gesunde Menschen aber ohne Zusatznutzen und mit erheblichem Risiko sehr schwerer Nebenwirkungen bis hin zum Tode ist, da in der Chargenkontrolle der Herstellung erkennbar erhebliche Mängel bestanden haben - wie man ja auch anhand der dargelegten Specific Obligations der EPARs ohne größere Schwierigkeiten erkennen kann.

Das große Problem einer einheitlichen, schematischen Dosierung betrifft auch die übri-gen Impfstoffe. Auch die derzeitige Moderna-Dosis ist zu hoch dosiert. Die Daten der Phase-1-Studie an relativ jungen Menschen zeigen, dass das Unternehmen in einer al-lerersten Phase 25, 100 und 250 Mikrogramm getestet hatte.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2022483 **- als Anlage B 375.6. -**

Man hatte festgestellt, dass man eventuell nochmal anpassen müsse und hat dann Do-sen im Umfange von 50 und 100 Mikrogramm getestet.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7871769/ **- als Anlage B 375.7. -**

Wie bei BioNTech ergab sich, dass die Menschen unter 55 nicht von den 100 Mikrogramm profitierten, was die Immunantwort anbelangt. Dafür aber gab es dann mehr Nebenwirkungen.

Auch beim Impfstoff von Astrazenecca gab es den Effekt. Durch einen Abfüllfehler des Prüfmusters wurde die halbe Dosis verabreicht, diese hat besser gewirkt. Am Ende blieb man aber bei der hohen Dosis.

Beweis und Glaubhaftmachung:

„*By Yuliya Talmazan*

LONDON — AstraZeneca and Oxford University on Wednesday acknowledged a manufacturing error that has raised questions about their Covid-19 vaccine after revealing earlier this week it was “highly effective” against the disease.

On Monday, researchers said AstraZeneca vaccine had an efficacy of up to 90 percent when half a dose was administered followed by a full dose. That efficacy rate is on par with other vaccine candidates announced by Pfizer and Moderna earlier this month. In the group that got two full doses, the vaccine appeared to be 62 percent effective. Combined, the drugmakers said the vaccine appeared to be 70 percent effective.

In a statement Wednesday, Oxford University said some of the vials used in the trial didn’t have the right concentration of vaccine so some volunteers got a half dose. The university said that it discussed the problem with regulators, and agreed to complete the late stage trial with two groups. The manufacturing problem has been corrected, according to the statement.

After Bloomberg reported on Thursday that the CEO of AstraZeneca said there would likely be an additional trial after the recent results, an AztraZeneca spokesperson clarified in an email that the late stage trial is "not a brand new trial."

"As we communicated in Monday's press event there is strong merit in continuing to further investigate the half dose/full dose regimen," the company said.

AstraZeneca says its Covid-19 vaccine is highly effective
Nov. 24, 202001:32

The news of the dosing error comes as the world is focused on Covid-19 vaccines to help end the pandemic that has claimed 1.4 million lives.

Neither Oxford University’s nor AstraZeneca’s initial public statements mentioned the dosing error, but the head of AstraZeneca's non-oncology research and development, Mene Pangalos, told Reuters on Monday that the reason for the half dose was “serendipity" and a stroke of good fortune.

AstraZeneca told NBC News in an emailed statement on Thursday that the studies were conducted “to the highest standards.”

https://www.nbcnews.com/health/health-news/astrazeneca-covid-vaccine-study-results-clouded-manufacturing-error-n1249093 **- als Anlage B 375.8. -**

Der wichtigste Satz im vorgenannten Bericht lautet: "*On Monday, researchers said AstraZeneca vaccine had an efficacy of up to 90 percent when half a dose was administered followed by a full dose.*"

Beim Impfstoff von Johnson & Johnson verhält es sich gleichermaßen. Die höhere Dosis führt nicht zu einer besseren Immunantwort bei jüngeren Menschen. Vor allem die zelluläre Antwort ist schlechter bei der höheren Dosis. Ebenso treten bei den Jüngeren mehr Nebenwirkungen auf, wenn die höhere Dosis verimpft wird.

Für die bedingte Zulassung ist man aber bei der höheren Dosis geblieben, um eine ausreichende Immunantwort für Menschen ab 65 zu erreichen und hat auch hier bewusst eine Gefährdung der Jüngeren in Kauf genommen. Doch selbst in der älteren Gruppe über 65 Jahre ist die zelluläre Antwort bei der höheren Dosis, so wie nun ange-wendet, schlechter.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2034201?articleTools=true

- als Anlage B 375.9. -

5.) Es zeigen sich immer mehr Daten dahingehend, dass die derzeit bedingt zugelassenen COVID-19 Impfstoffe in keinster Weise einen Fremdschutz bieten und Infizierte selbst nach vierter (!) Impfung eine hohe Viruslast aufweisen können!

Hier sei in Ermangelung von Datenerhebungen aus und in Deutschland, was politische Absicht sein dürfte, auf Israel verwiesen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Efficacy of a Fourth Dose of Covid-19 mRNA Vaccine against Omicron
https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMc2202542?articleTools=true

- als Anlage B 376 -

Hier hat man erstmalig relativ gut kontrolliert die Wirkung der Impfstoff-Gabe erfasst. An Mitarbeitern im Gesundheitssystem. Die vierte Gabe wurde geprüft, weil man erkannt hatte, dass die Wirkung der dritten Gabe innerhalb weniger Wochen verflog – schon des-halb ist die Pflicht zur jedenfalls regelmäßigen Boosterung, d.h. Dritt-Impfung nach § 20a I i. V. m. § 22a I 1 BIfSG n.F. offensichtlich jedenfalls unangemessen!

Die dritte Gabe wurde verabreicht, da auch die Grundimmunisierung nicht lange anhielt.

Im Gegensatz zu allen bisherigen Anwendungsbeobachtungen und sogar klinischen Studien wurden die Studienteilnehmer regelmäßig (!; das hatte man bislang, warum auch immer, tunlichst vermieden) mittels PCR-Testung auf Infektionen mit dem SARS-CoV-2-Virus kontrolliert.

Nur so gelang eine Erfassung der Häufigkeit der Infektionen. Innerhalb von 4 Wochen nach der vierten Gabe haben sich 20% der Probanden mit der Omikron Variante des SARS-CoV-2 Virus infiziert, alle hatten eine hohe Viruslast und waren damit hoch infektiös. Ein gewisser Anstieg der Antikörper wurde beobachtet, doch diese hatten keine Schutzwirkung gegen die Infektion. Man muss bedenken, dass durch die Impfungen die Antikörper nur **gegen die Wuhan-Variante** gebildet werden und diese Impfungen bewirken zudem **keine Stimulation der Schleimhautabwehr**, wo die Infektionen stattfinden!

So das Fazit der Autoren:

"*Furthermore, we observed low vaccine efficacy against infections in health care workers, as well as relatively high viral loads suggesting that those who were infected were infectious.*"

Auf Deutsch:

"*Darüber hinaus beobachteten wir eine geringe Wirksamkeit des Impfstoffs gegen Infektionen bei Mitarbeitern des Gesundheitswesens sowie eine relativ hohe Viruslast, was darauf hindeutet, dass die Infizierten ansteckend waren.*"

Das Ergebnis deckt sich uneingeschränkt mit der oben geschilderten, vom Gesundheitsamt des Landkreises Tübingen durchgeführten Untersuchung!

Noch eindrucksvoller zeigt sich das völlige Versagen der sog. Impfungen bei Ausbrüchen in Australien.

Effectiveness of COVID-19 Vaccination Against SARS-CoV-2 Omicron Variant in Two Outbreaks in Indoor Entertainment Settings in Australia
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4026084 **- als Anlage B 377 -**

Dies betrifft u.a. ein Ereignis in einer Diskothek und anlässlich eines Schulballs. In der Auswertung des Ausbruches in der Diskothek war nach Zweifach-Gabe die Impfstoffwirkung mit minus 11,8% angegeben, anlässlich des Schulballs mit 48,8%, allerdings bei nur zwei Ungeimpften, was die Berechnung der Impfstoff-Wirksamkeit eigentlich nicht möglich macht, so die Autoren. Zudem gab es anlässlich des Schulballs strengere Hygienemaßnahmen. Man fand keine Verbesserung durch die dritte Impfstoff-Gabe und man fand zudem keinen Unterschied zwischen den verschiedenen Impfstoffen!

Der Herr Bundespräsident, ein Nichtmediziner durch und durch, hatte vor einigen Monaten die Frage gestellt, was denn noch geschehen müsse. Die Antwort lautet: Solche und viele andere Berichte und Studien müssen endlich sowohl vom RKI als auch vom PEI zur Kenntnis genommen werden und hieraus müssen dann Schlüsse gezogen werden.

Es wäre wünschenswert, wenn die verantwortlichen Stellen in Deutschland die derzeitigen Ausbrüche in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen gleichermaßen untersuchen würden. Doch wie bei der Aufklärung der schweren Impfnebenwirkungen und Impfschäden kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass diese Aufklärung politisch nicht gewollt ist, denn das Ergebnis will man nicht wissen und nicht haben.

Beide vorgenannten Studien kommen zu dem Schluss, dass man einen auf Omikron angepassten Impfstoff benötigen würde, wenn man aufgrund der leichteren klinischen Verläufe überhaupt gegen Omikron impfen würde. Das hat das Pharma-Großunternehmen Moderna an Affen auch geprüft, mit dem Ergebnis, dass der auf Omikron angepasste Impfstoff nicht besser wirkt als das derzeit zugelassene Spikevax.

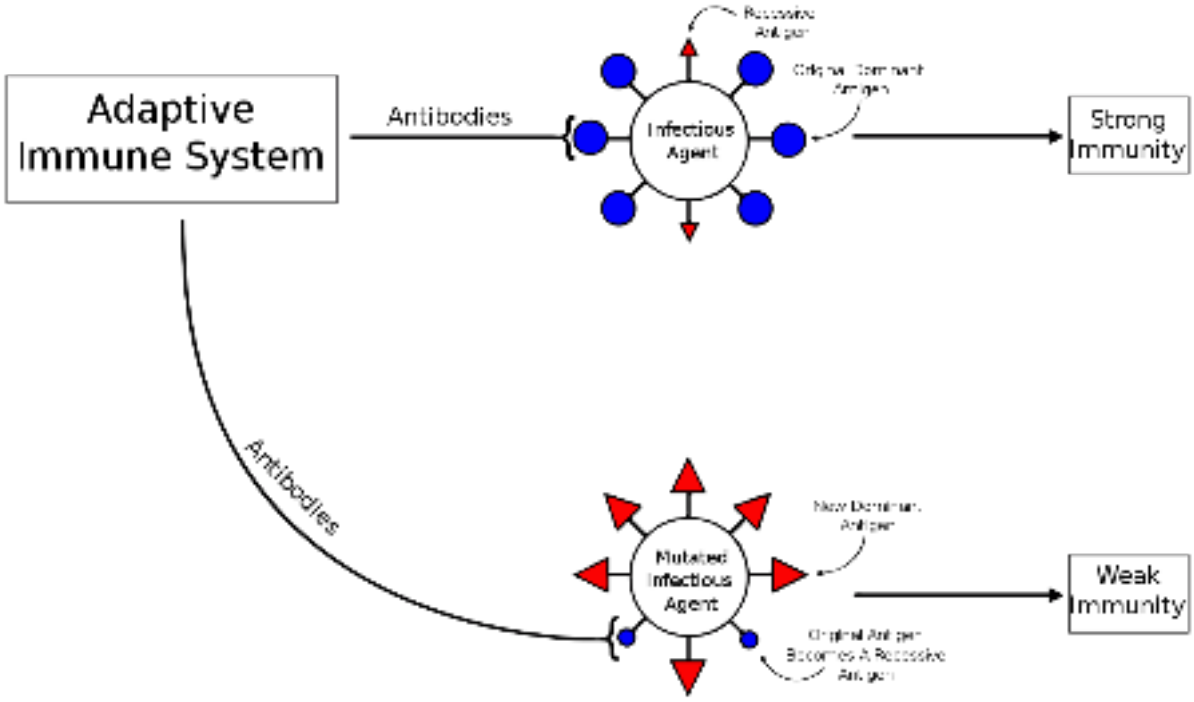
Beweis und Glaubhaftmachung:
mRNA-1273 or mRNA-Omicron boost in vaccinated macaques elicits comparable B cell expansion, neutralizing antibodies and protection against Omicron
https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2022.02.03.479037v1 **- als Anlage B 378 -**

Generell ist dieser Versuch an Affen sehr artifiziell, denn diese Tierart ist kaum empfänglich für das SARS-CoV-2 Virus, unabhängig von der Virusvariante. Man infiziert die Tiere zur Überprüfung der Impfstoffwirkung, indem man große Virusmengen über einen Schlauch direkt in die Lunge einbringt. Hierbei zeigt sich, dass in den ersten Tagen nach der Infektion die Ausscheidung von Viren über die Schleimhäute bei geimpften und ungeimpften Tieren gleichermaßen hoch ist und in der möglichen Infektiosität kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen geimpften und ungeimpften Tieren besteht, wenn diese künstlich infiziert werden. Zudem erfolgte die Infektion 2 Wochen nach der Impfstoff-Gabe mit einem zu diesem Zeitpunkt relativ hochgefahrenen Immunsystem, was bekanntermaßen schnell nachlässt. Der Schutz im Sinne Fremdschutz war mithin gerade nicht gegeben!

Mit der Erkenntnis, dass der Immunschutz ohnehin schnell nachlässt, ist dies ein sehr ernüchterndes Ergebnis zum immer wieder von Politikern behaupteten Argument, dass die Impfung einen (nennenswerten) Fremdschutz nach dritter Impfung bewirken würde und zur möglichen Wirkung eines an Omikron angepassten Wirkstoffes. Zum Versagen des an Omikron angepassten Wirkstoffes diskutieren die Wissenschaftler ein wichtiges Problem: Die „Original Antigenic Sin“ oder zu Deutsch, die „Antigen-Erbsünde“, was man sogar auf Wikipedia finden kann. Der dortige Bericht ist weitgehend korrekt.

Vgl.
*„**Antigenerbsünde***

Zur Navigation springen Zur Suche springen



Schematische Darstellung der Antigenerbsünde

*Die **Antigenerbsünde** (englisch: original antigenic sin) bezeichnet ein Phänomen der antiviralen Immunantwort. Kommen Individuen, die zuvor schon einmal mit einer Virusvariante infiziert wurden, mit einer zweiten Variante dieses Virus in Kontakt, so besteht eine starke Tendenz des Immunsystems, Antikörper nur gegen solche Epitope zu bilden, die schon auf der ursprünglichen Variante des Virus vorhanden waren.[1] Der Erstkontakt mit einem Virus hat einen prägenden Einfluss auf die Immunantwort gegen spätere Infektionen mit Varianten dieses Virus. Dieser ist bei Zweitinfektionen mit Virusvarianten und bei der Impfstoffentwicklung von Bedeutung.[2]*

Inhaltsverzeichnis

1 Eigenschaften

2 Geschichte

3 Literatur

4 Einzelnachweise

Eigenschaften

Bei einer Erstinfektion mit einem Krankheitserreger werden im Zuge der adaptiven Immunantwort sowohl von B-Zellen ausgeschüttete Antikörper als auch zytotoxische T-Zellen gebildet, die jeweils spezifisch an einen Teil des Erregers (Epitop) binden. Nach der Infektion verbleiben für beide Teile der adaptiven Immunantwort (B- und T-Zellen) Gedächtniszellen. Bei Antikörpern sind das B-Gedächtniszellen und bei zytotoxischen

T-Zellen T-Gedächtniszellen. Bei einer erneuten Infektion mit einer Variante des Erregers werden vor allem Antikörper und zytotoxische T-Zellen gebildet, die auch an Teile des ursprünglichen Erregers des Erstkontakts kreuzreagieren.[3][4] Epitope, die bei der Variante neu auftreten und im ursprünglichen Erreger nicht vorkommen, erzeugen dagegen nur wenige T- und B-Zellen und daher eine schwächere Immunreaktion.[5]

Durch zufällige Mutation (Antigendrift) entstehen ständig Varianten des Erregers, von denen die funktionierendsten Varianten sich weiter ausbreiten. Wenn die Mutation in einem Epitop auftritt, führt sie oftmals zu einer schlechteren Erkennung durch präexistierende Teile des adaptiven Immunsystems, weshalb diese Form der Mutation als Fluchtmutation bezeichnet wird. Die Affinität der Antikörper gegen neue Teile der Variante ist vergleichsweise niedriger als gegen dieselben Teile im Erreger der Erstinfektion.

Bei der Antigenerbsünde werden im Verlauf der erneuten Infektion vor allem solche Antikörper gebildet, die auch an die Epitope des ursprünglichen Erregers binden.

Ebenso tritt dieser Effekt auch bei wiederholten Impfungen mit leicht veränderten Impfstoffen auf, wodurch die Impfstoffwirksamkeit gegen neue Varianten schwächer ausfallen kann.[6] Dadurch bleibt einerseits die Affinität der Antikörper gegen diese Epitope erhalten, aber durch Fluchtmutationen werden weniger affine Antikörper und weniger neu gereifte Antikörper gegen die veränderten Epitope gebildet. Da Gedächtniszellen schneller reaktiviert werden können, als naive B-Zellen eine adaptive Immunantwort gegen ein neues Epitop durchlaufen, führt die Antigenerbsünde zu einer Beschleunigung der Immunantwort auf Kosten der Breite der Immunantwort. Daneben wurde auch von einer Erhöhung der Avidität der Antikörper nach Impfung bei Kontakt mit dem Erreger berichtet.[3] Während die Antigenerbsünde von verschiedenen Arbeitsgruppen beobachtet und beschrieben wurde,[3] gibt es auch widersprechende Berichte hinsichtlich der Breite und Affinität von Antikörpern bei einer Impfung mit einem auf der Variante basierenden Influenzaimpfstoff.[7] Wenn die präexistierenden kreuzreaktiven Antikörper ein Epitop erkennen, das mit hohem Impfschutz korreliert, ist der Effekt der Antigenerbsünde bei erneutem Kontakt hilfreich, aber wenn die kreuzreaktiven Antikörper ein Epitop mit geringer Schutzwirkung erkennen, verhindert die Antigenerbsünde eine Ausbildung von Antikörpern gegen neue Epitope mit hoher Schutzwirkung.[3] Die Antigenerbsünde wurde unter anderem bei Infektionen und Impfungen mit dem Influenzavirus, dem Denguevirus[8] beschrieben und wird bei SARS-CoV-2 diskutiert.[9]

Geschichte

Die Bezeichnung „Antigenerbsünde“ wurde 1960 von Thomas Francis junior in Anlehnung an die Erbsünde geprägt,[10][11] basierend auf Beobachtungen von Infektionen mit dem Influenzavirus, die er und Kollegen seit 1947 veröffentlicht hatten.[12][13] Seit der Veröffentlichung wird das Phänomen kontrovers diskutiert.[13] Da bei späteren Infektionen mit Virusvarianten negative und positive Effekte auftreten, wurden die alternativen Bezeichnungen „Antigen Seniority“ (‚Antigen-Seniorität‘) und „Antigen Imprinting“ (‚Antigen-Prägung‘) als präziser vorgeschlagen.[14] Bereits in Francis' Studie von 1947 wurden in der Summe keine negativen Effekte der bevorzugten Bildung von Antikörpern gegen die erste Virusvariante bei der Immunität gegen Infektionen mit einer weiteren Variante festgestellt.[12][14]

Literatur

- *Charles A. Janeway Jr. et al.: Immunobiology : the immune system in health and disease, Garland Publishing, 5. Auflage, New York 2001, ISBN 0-8153-3642-X und daraus die Abschnitte:*
  - *10-25. In immune individuals, secondary and subsequent responses are mediated solely by memory lymphocytes and not by naive lymphocytes*
  - *14-22. Attenuated microorganisms can serve as vectors for vaccination against many pathogens*

Einzelnachweise
(…)"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://de.wikipedia.org/wiki/Antigenerbsünde **- als Anlage B 379 -**

Lediglich der letzte Satz, den Wikipedia formuliert, nämlich der Satz

"*Bereits in Francis' Studie von 1947 wurden in der Summe keine negativen Effekte der bevorzugten Bildung von Antikörpern gegen die erste Virusvariante bei der Immunität gegen Infektionen mit einer weiteren Variante festgestellt.*"

muss natürlich teilweise korrigiert werden. Denn diese Aussage trifft nur insofern zu, als dass eine weitere Variante hier angesprochen wird. Der Effekt der Antigen-Erbsünde wird größer, wenn sich weitere folgende Varianten weiter von der originalen Variante (hier: das SARS-Covid-2-Virus in der Form der Wuhan-Variante) entfernen. So sieht man dies bei der Evolution der Varianten des SARS-CoV-2. Mögen die derzeit bedingt zugelassenen Produkte vielleicht noch einen gewissen Schutz geboten haben gegen die Variante Delta, so geht dieser weiter verloren gegen die Variante Omikron BA.1 und vor allem BA.2. Auch für einen Laien ist verständlich, dass es vor allem die Impfung ist, die zur Selektion von Varianten führt, die den durch die Impfung gebildeten Antikörpern ausweichen können.

Dass die Impfstoffe bereits im Hinblick auf die Omikron-Variante versagen und kaum einer der bekannten Wissenschaftler dies vor einem Jahr voraussehen konnte oder wollte, kann nur als erstaunlich eingestuft werden.

Die Antigen-Erbsünde basiert auf einer Prägung des Immunsystems über den Erstkontakt mit einem Erreger. Verändert dieser Erreger seine Eigenschaften, dann reagiert das Immunsystem dennoch wie bei dem Erstkontakt und dies reicht dann möglicherweise nicht aus für die Abwehr des veränderten Erregers. Genau dies geschieht derzeit flächendeckend in Deutschland. Immer und immer wieder wird durch die Impfungen dem Immunsystem eingehämmert, dass es als Antigen nur das Spike-Protein gebe und hier nur das Spike-Protein der Wuhan-Variante. **Das Immunsystem kann nicht mehr anders reagieren und kann sich nicht auf neue Varianten einstellen. Bei einem natürlichen Infekt werden weitaus mehr Komponenten des Immunsystems stimuliert und vor allem wird eine Schleimhautimmunität aufgebaut.**

Ebenso eine Immunität gegen verschiedene Viruskomponenten, die nicht mutieren, wie z.B. das Envelope Protein und das Nucleocapsid Protein.

vgl. dazu
BionTech-Infoservice: Expertinnen-Interview zum mRNA-Kongress 2021 mit Prof. Dr. Falk
- als Anlage B 380 -

Diese ständigen Fehlinformationen durch die sog. Schutzimpfungen muss man daher als Brandbeschleuniger betrachten. Denn die Geimpften laufen frei herum und verteilen das Virus nach Belieben – oftmals asymptomatisch mit hoher Viruslast, wie in Israel in der Studie von Regev-Youchev festgestellt wurde.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Efficacy of a Fourth Dose of Covid-19 mRNA Vaccine against Omicron
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2202542 **- als Anlage B 381 -**

Als Fazit, wie Herr Dr. Voshaar, der Vorsitzende des Verband pneumologischer Kliniken (VPK) und Chefarzt am Stiftung Bethanien Krankenhaus in Moers sagte: Die Omikron-Variante ist ein Geschenk des Himmels, und derzeit ist die natürliche Immunisierung der einzige Weg, um eventuelle Wellen im Herbst vermeiden zu können.

So gelingt es derzeit allein über die natürliche Immunisierung, einen Schutz aufzubauen, der im Herbst vor möglichen neuen Varianten schützen kann.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.merkur.de/politik/maischbergerdiewoche-ard-corona-gruene-voshaar-talk-lauterbach-ukraine-putin-variante-himmel-zr-91278472.html **- als Anlage B 382 -**

Die derzeitigen Impfstoffe können im Sinne der Antigen-Erbsünde gerade gegen nicht bekannte neue Stämme bewirken, dass die Menschen gar keine Abwehr mehr haben werden.

Daher ist es nicht verwunderlich, wenn das medizinische Personal nach Einführung der Impfpflicht im Februar und März von besonderen Personalausfällen betroffen ist und dies weitaus höher als vor Einführung der Impfpflicht. Laut Aussage des Geschäftsführers der Landeskrankenhausgesellschaft sind die Personalausfälle um 25% höher in den ersten Monaten des Jahres 2022 als im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rbb24.de/politik/thema/corona/beitraege/2022/03/brandenburg-krankenhaus-personal-pandemie-krankheit-lage-ausfall.html **- als Anlage B 383 -**

Vergleichbares hat “Die WeLT” veröffentlicht. An der LMU Uniklinik fallen täglich 350 bis 400 Mitarbeiter coronabedingt aus. Etwas mehr als 20 % der Kapazitäten sind reduziert! Das hat es vor Einführung des bereichsbezogenen Impfpflichtgesetzes nicht gegeben!

Das Risiko der Antigen-Erbsünde muss hier in Betracht gezogen werden bzw. kann in Anbetracht dieses Ausmaß der Ausbreitung gerade unter hoch durchgeimpften Krankenhauspersonal schlichtweg nicht mehr ausgeschlossen werden. Laut Bericht der Tagesschau sind im Mittel in Deutschland nur 6% (!) des Krankenhauspersonals nicht geimpft und nicht genesen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/impfquote-kliniken-101.html
- als Anlage B 384 –

Bei flächendeckenden Personalausfällen von mind. 10% im Mittel pro Woche wäre das eine Inzidenz von 10.000 bei einem hoch durchgeimpften Kollektiv. Über die Infektionsraten Geimpfter, Ungeimpfter, Genesener schweigt man sich bewusst aus, diese zu wissen wäre aber zwingend erforderlich, um den Nutzen oder sogar den Schaden der Impfungen zu erfassen. Doch das unterlässt man. Es fehlt gerade der Beweis, dass vor allem Ungeimpfte ausfallen würden und das Ungeimpfte “das Problem” sein sollen, was aber, wenn die offiziellen Verlautbarungen stimmen würden, der Fall sein und eigentlich auch leicht nachweisbar sein müsste. Alle Zahlen, Berichte, Statistiken (s.o.), deren Seriosität kaum in Zweifel gezogen werden kann, sprechen jedoch eine deutlich andere Sprache. Das bestätigt auch der Virologe Klaus Stöhr.

Vgl.
“*Seit es Pandemien gibt, ist deren Ende identisch. In der letzten Phase werden sich alle infizieren. Ob man das möchte oder nicht. Das ist die Realität. Da müssen wir jetzt alle durch.“*

“Aber ohne die Infektionen wird die Impfung in einer Dauerschleife sein und die Pandemie kommt nie zum Ende.”

“Aber ohne die Infektionen wird die Impfung in einer Dauerschleife sein und die Pandemie kommt nie zum Ende. (…) Letztendlich wird das Virus sowieso weitergegeben und jeder werde sich infizieren (…)“

“*Dass das selbst medizinisch belesene Personen immer noch nicht verstanden haben, dass man jetzt mit Masken das Drama immer nur weiter nach hinten verschiebt. Das kann ich gar nicht nachvollziehen.*”

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/politik/deutschland/video237950549/Corona-Virologe-Stoehr-zum-Ende-der-Pandemie-Werden-sich-alle-infizieren.html **- als Anlage B 385 -**

Zusammengefasst:

Zumindest die Justiz als Grundrechtsschutz-Einrichtung sollte mit der deutschen „Geisterfahrt“ (O-Ton Herr Kubicki) im europäischen Umfeld aufhören und der Natur ihren Lauf lassen. Denn wenn man weiterhin und dauerhaft im Immunsystem der Menschen, man kann es leider nicht sagen, herumpfuscht, werden die Folgen unabsehbar (s.o.) sein. Das gilt insbesondere für die, die der größten Belastung ausgesetzt sind, nämlich die Mitarbeiter in der Gesundheitsversorgung und Pflege. Ein Ende der Impfpflicht im Gesundheitsbereich würde alle dargelegten enormen Risiken mittel- und langfristiger Natur (s.o.) zumindest bremsen.

Alle hiesigen Beschwerdeführer führen dieses Verfahren nicht nur allein deshalb, weil sie persönlich der Dauerimpfpflicht des § 20a I i. V. m. § 22a I – IV BIfSG n.F. unterliegen, sondern weil sie sich aus triftigen Gründen größte Sorge um die Zukunft der Gesellschaft und insbesondere um das Personal im Gesundheitswesen und um das Gesundheitswesen als Ganzes machen. Eine Zurückweisung der Verfassungsbeschwerde auch in der Hauptsache würde die dargelegten negativen Folgen für die Gesellschaft als Ganzes und speziell auch für das Gesundheitswesen enorm erhöhen.

Der Verfassungsbeschwerde ist mithin weiterhin stattzugeben.

Wir regen sehr höflich die Durchführung einer mündlichen Verhandlung an. Soweit ersichtlich wurde in den vergangenen rund 25 Monaten nach Ausrufung des ersten Lockdowns noch keine mündliche Verhandlung durchgeführt, in der Vertreter derjenigen Bürgerinnen und Bürger, die massiv in ihren Grundrechten eingeschränkt werden, direkte Fragen an die Vertreter des PEI und des RKI stellen können. Welches Gericht könnte besser prädestiniert sein, diese öffentliche juristische Debatte erstmalig durchzuführen als das höchste deutsche Gericht?

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 316.1. – B 385

11. April 2022

In Sachen
XXXXXXX ./. BRD wg. partieller Impfpflicht
Az.: 1 BvR 2649/21

2 beglaubigte Abschriften anbei

wird weiter wie folgt vorgetragen:

A) Schwerpunktmäßig rein juristische Argumente

1. § 20a III 6 BIfSG n.F.

… der nicht nur eine, wie bereits dargelegt, verglichen mit der Gruppe der Betroffenen, die unter § 20a V BIfSG n.F. fallen, gleichheitswidrige Vergünstigung enthält, ist zwingend notwendig, um die Verhältnismäßigkeit des § 20a III BIfSG n.F., die bereits aus anderen Gründen evident fehlt, zu wahren. Die Vorschrift ist jedoch auch evident verfassungswidrig, weil mit dem Publizitätsgrundsatz des Art. 20 II, III GG unvereinbar. Denn die Vorschrift nennt die Homepage des Paul-Ehrlich-Instituts nicht, sodass insoweit der exakt gleiche Fall vorliegt, wie vom VGH München in dessen Beschluss vom 28.07.2020, Az. 20 NE 20.1609, entschieden. Der einzige, geringfügige Unterschied zum dortigen Fall mag darin bestehen, dass nunmehr zumindest klar hervorgeht, dass es sich um eine Veröffentlichung auf einer Internetseite handelt, während dies bei dem am 28.07.2020 entschiedenen Fall nicht ganz eindeutig hervorging, weil dort nur allgemein auf „Veröffentlichungen des Robert-Koch-Instituts“ verwiesen wurde.

Das ändert aber nichts daran, dass es auch und erst recht einem Parlamentsgesetz-geber zuzumuten ist, die genaue Fundstelle des PEI anzugeben (vgl. VGH München, a.a.O., Rn. 43 – juris). Die Internetseite des PEI besteht aus einer Eingangsseite und einer großen Vielzahl an Unterseiten. Die Angabe einer genauen Fundstelle ist daher verfassungsrechtlich unerlässlich. Es kann daher letztlich wohl dahinstehen, ob ein pau-schaler Verweis auf eine Internetseite nicht bereits generell verfassungswidrig ist, weil und wenn, wie vorliegend, kein tagesaktueller Bezug (anders als beim vom VGH Mün-chen entschiedenen Fall) gegeben ist und weil auch insoweit ein Verstoß gegen den Wesentlichkeitsgrundsatz gegeben ist bzw. gegeben wäre.

Ist § 20a III 6 BIfSG n.F. somit jedenfalls wegen Nichtangabe der genauen Fundstelle im Internet mit den Art. 20 II, III GG unvereinbar und nichtig, so folgt hieraus die Unverhältnismäßigkeit der vorangehenden 5 Sätze des gleichen Absatzes. Denn der Gesetzgeber selber muss diese verfassungsrechtlich zwingend und logische Ausnahme nicht nur gleichheitsgerecht regeln (hier: Maßnahmen nach § 20a V BIfSG n.F. können auch

ergehen, wenn ein Impfstoffmangel vorliegt), sondern auch formell und materiell verfassungskonform regeln, woran es vorliegend, wie dargelegt, mangelt

2. Die Entscheidung des HIGH Court von Neuseeland zur dortigen bereichsbezogenen Impfpflicht für Polizisten und Soldaten vom 25.02.2022, Az. CIV-2022-485-000001 (2022) NZHC 291

Weitgehend unbemerkt von der breiten deutschen Öffentlichkeit hat ein hohes neuseeländisches Gericht die dortige bereichsbezogene Impfpflicht für verfassungswidrig erklärt und zudem klar zum Ausdruck gebracht, dass diese einen schweren Verstoß gegen die Menschenrechte darstellt. Die wesentlichen Aussagen dieser wegweisenden Entscheidung lassen sich auf den hiesigen Fall übertragen. Gemäß dem Urteil waren mehrere Grund- und Menschenrechte verletzt, darunter die Religionsfreiheit. Das Urteil selbst und eine Zusammenfassung fügen wir als Anlagen B 386 und B 387 anbei.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. Urteil des HIGH Court von Neuseeland vom 25.02.2022 (40 Seiten) **- als Anlagen B 386 -**

2. Zusammenfassung des Urteils (3 Seiten) **- als Anlagen B 387 -**

Richter Cooke gab den Klägern recht, die geltend machten, dass zwei Grundrechte aus dem neuseeländischen Bill of Rights Act 1990 durch die Impfpflicht eingeschränkt worden seien – das Recht, eine medizinische Behandlung gemäß § 11 des Neuseeland-Bill-of-Rights-Acts abzulehnen, und das Recht, religiöse Überzeugungen gemäß dessen § 15 zu bekunden.

Die Impfpflicht schränkte das Recht ein, religiöse Überzeugungen zu bekunden, da der Impfstoff von Pfizer an Zellen getestet worden war, die aus einem menschlichen Fötus gewonnen worden waren, und die Forderung nach einer Impfung mit einem solchen Impfstoff stand mit den religiösen Überzeugungen einiger der betroffenen Personen in Konflikt. Das heißt, dass es dem neuseeländischen Gericht schon ausreichte, dass die Impfung an Zellen getestet worden war, die aus einem Fötus stammen! Dann muss es erst recht ausreichen, wenn diese Zellen oder ihre Zelllinien in der Impfung selbst enthalten sind (vgl. S. 18 des Urteils).

Auch im hiesigen Gesundheitsbereich war und ist die überwiegende Mehrheit der Ärzte, Zahnärzte, Altenpfleger etc. bereits ohnehin schon bei der Einführung der bereichsbezogenen Impfpflicht mehr oder weniger freiwillig geimpft gewesen. Der Anteil der ungeimpften ist sehr überschaubar. Schon im Oktober 2021, d.h. rund 2 Monate vor der Verabschiedung des bereichsbezogenen Impfpflichtgesetzes, betrug der Anteil der Geimpften bereits mindestens 90%, und in den allermeisten Bereichen sogar deutlich über 90%!

Vgl.
„*COVID-19*

RKI Befragung: Fast gesamtes Personal in Kliniken gegen Corona geimpft

Während auch über eine Impfpflicht im Gesundheitswesen debattiert wird, könnte sie unnötig sein: Laut einer Umfrage ist die Impfquote in Krankenhäusern sehr hoch. Aber: Pflegekräfte liegen am Ende der Statistik.

Veröffentlicht: 05.10.2021, 15:05 Uhr

Geimpft oder ungeimpft: Laut RKI-Umfrage sind kaum noch Mitarbeiter in der Klinik ungeimpft.

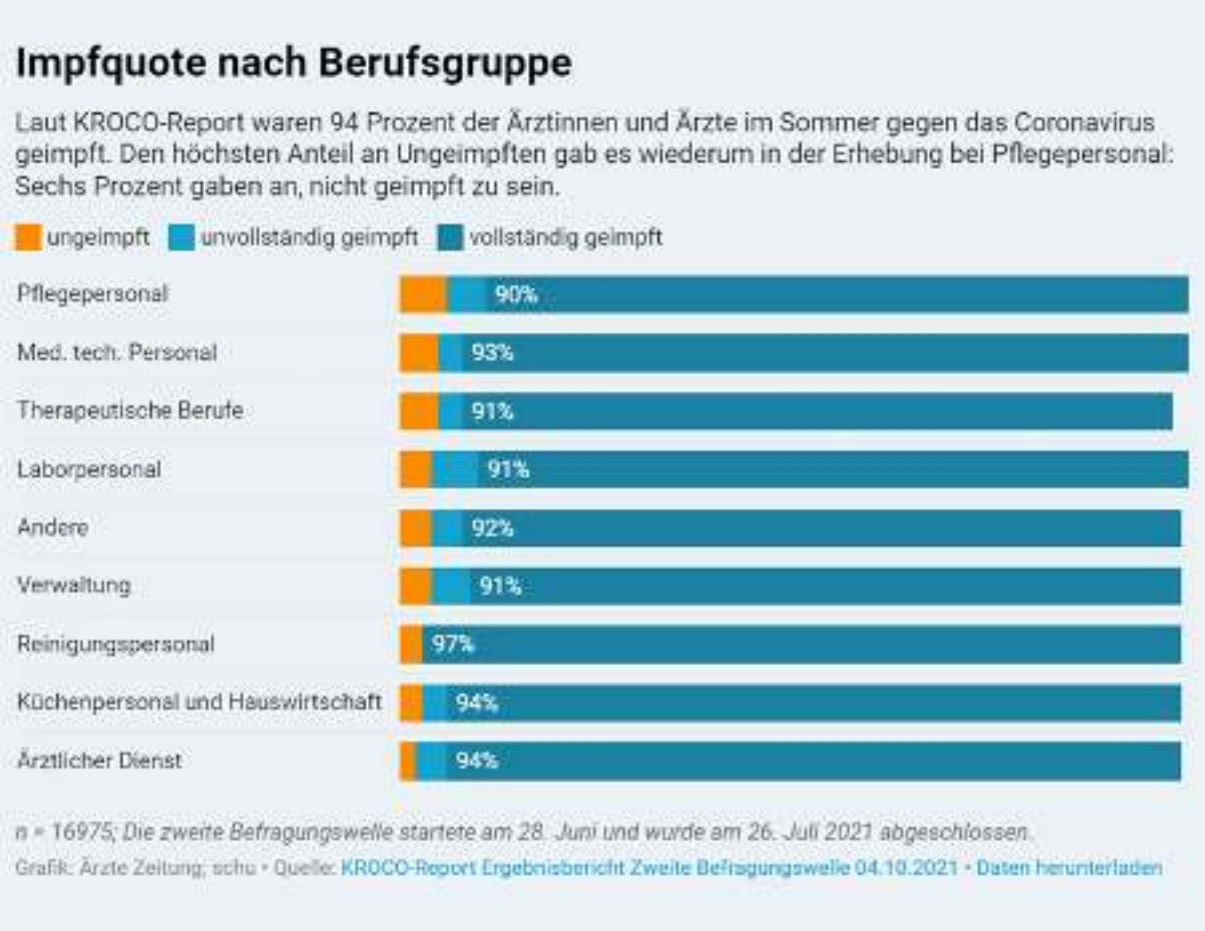
Berlin. Fünf Prozent des Krankenhauspersonals sind einer Online-Befragung des Robert Koch-Instituts (RKI) zufolge im Sommer noch nicht gegen COVID-19 geimpft gewesen. Mit 91 Prozent gab der überwiegende Großteil der Teilnehmenden an, bereits vollständig geimpft zu sein.

Weitere vier Prozent waren im Studienzeitraum von Ende Juni bis Ende Juli noch unvollständig geimpft. Das geht aus dem aktuellen RKI-Ergebnisbericht hervor.

Die Fragen beantworteten knapp 17.000 Beschäftigte von 111 Kliniken auf freiwilliger Basis. Darunter waren Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte, aber auch Menschen aus anderen Bereichen wie Laboren und Verwaltung.

Den höchsten Anteil an Ungeimpften gab es in der Erhebung bei Pflegepersonal mit sechs Prozent, vor therapeutischen Berufen und medizinisch-technischem Personal mit je fünf Prozent. Dass sich jemand nicht impfen lässt, kam im ärztlichen Dienst mit zwei Prozent am seltensten vor. (dpa)

Laut KROCO-Report waren 94 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im Sommer gegen das Coronavirus geimpft. Den höchsten Anteil an Ungeimpften gab es wiederum in der Erhebung bei Pflegepersonal: Sechs Prozent gaben an, nicht geimpft zu sein.



<u>Beweis und Glaubhaftmachung:</u>

https://www.aerztezeitung.de/Medizin/RKI-Befragung-Fast-gesamtes-Personal-in-Kliniken-gegen-Corona-geimpft-423397.html **- als Anlage B 388 -**

Es ist gewiss keine fernliegende Annahme, dass schon im Dezember 2021, d.h. zum Zeitpunkt der Verabschiedung des Gesetzes, der Anteil nochmals deutlich höher gewesen war, weil der gesellschaftliche Impfdruck inklusive der intensiven “Bitten” von Arbeitgebern die Quote nochmals erhöht hat. Im Einklang mit dem neuseeländischen Gericht ist es daher im höchsten Maße zweifelhaft, welcher entscheidende zusätzliche Nutzen durch die Impfung von weiteren ca. 2 bis 5% verbleibenden Mitarbeiter noch erzielt werden könnte. Der Gesetzgeber hat diesen behaupteten “Mehrwert” genausowenig durch belastbare Zahlen und Statistiken belegt wie das PEI oder das RKI.

Ein (im dortigen Fall freilich nicht entscheidungserheblicher) Mangel des Urteils ist es jedoch, dass auch das dortige Gericht sich nicht mit dem Risiko ernsthafter kurz-, mittel- und langfristiger Gesundheitsschäden auseinandergesetzt hat sowie mit der völligen Ineffektivität der auch in englischsprachigen Ländern üblichen bloßen Notfallmeldesysteme.

Wenn schon 97% des Reinigungspersonals 2 Monate vor Inkrafttreten geimpft gewesen ist, dann muss man sich und erst recht fragen, welchen messbaren Effekt eine weitere Impfung der dann Anfang Dezember vielleicht noch 1 bis maximal 2% verbliebenen ungeimpften

Reinigungskräfte ernsthaft bringen soll. Ähnliches gilt für die Bereiche Küchenpersonal und Ärztlicher Dienst, bei denen im Zeitpunkt des Inkrafttretens vermutlich maximal noch ca. 3% ungeimpft gewesen sein könnten.

3. Jedenfalls Unverhältnismäßigkeit des bereichsbezogenen Impfpflichtgesetzes durch das Scheitern der bislang angekündigten und weitgehend als sicher geltenden allgemeinen Impfpflicht im Bundestag

Wollte man

- sich über alle dargelegten massiven, meist statistisch offiziell nicht erfassten Impfnebenwirkungen und -schäden hinwegsetzen,

- den freien Willen des mündigen Bürgers nicht als Kern des Art. 2 II 1 GG sehen,

- sich über das internationale Recht hinwegsetzen, welches für die Teilnahme an Versuchen die Freiwilligkeit zwingend voraussetzt,

- sich über das Fehlen zentraler Daten ebenfalls hinwegsetzen,

- sich über die teils abenteuerlichen Verstöße gegen formelles und materielles Verfassungsrecht (Art. 19 I 2 GG; viele Gleichheitsverstöße; Übergehen des Bundesrates etc. etc.) hinwegsetzen sowie wollte man

- auch den Umstand ignorieren, dass das Gesetz auch Personen ohne jeden Kontakt zu vulnerablen Gruppen mitumfasst,

so würde die Unverhältnismäßigkeit des Gesetzes jedenfalls auch daraus folgen, dass die allgemeine Impfpflicht gescheitert ist. Denn dann würde einer ohnehin nur äußerst kleinen Anzahl nicht freiwillig geimpfter Mitarbeiter des Gesundheitsbereichs alleine ein Sonderopfer auferlegt und ein solches wäre spätestens durch den § 22a IV BIfSG n.F. als ein extrem großes, im Grundsatz dauerhaftes Sonderopfer zu klassifizieren. Dass unter diesen neuen Umständen die einrichtungsbezogene Impfpflicht keinen Sinn (mehr) mache (immer unterstellt, man würde dieser überhaupt je einen solchen zubilligen), hat auch ein Teil der Politiker mittlerweile erkannt bzw. einräumen müssen.

Vgl.

„Nach dem vorläufigen Aus für die allgemeine Impfpflicht stellt Bayerns Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU) die bereits beschlossene Regelung in Gesundheits- und Pflegeberufen infrage. Sollte es dabei bleiben, mache die einrichtungsbezogene Impfpflicht wohl "keinen Sinn" mehr, sagte Holetschek der Süddeutschen Zeitung am Freitag. Am Vortag hatte eine allgemeine Impfpflicht im Bundestag keine Mehrheit gefunden, auch nicht für bestimmte Altersgruppen.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.sueddeutsche.de/bayern/bayern-holetschek-impfpflicht-pflegepersonal-1.5563332 **- als Anlage B 389 -**

Diesen Worten des bayerischen Ministers ist wenig hinzuzufügen. Auch die entsprechende Pressemitteilung der BKG (Bayerischen Krankenhausgesellschaft) geht klar in die gleiche Richtung.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bkg-online.de/aktuelles/news/detail/bayerische-krankenhausgesellschaft-reagiert-enttaeuscht-auf-ausbleibende-impfpflicht **- als Anlage B 390 -**

Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft fordert eine Überprüfung der bereichsbezogenen Impfpflicht:

"*Das Ende der allgemeinen Impfpflicht bedeutet aber auch, dass die einrichtungsbezogene Impfpflicht umgehend auf den Prüfstand gehört. Bei der allgemeinen Impfpflicht wurde argumentiert, dass diese besonders gefährdete Gruppen vor schweren Verläufen und Krankenhausaufenthalten schützen würde und somit für eine Entlastung des Gesundheitssystems sorgt. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht wurde eingeführt, um genau diese Gruppen zu schützen. Die Verhinderung der Übertragung wurde als Argument für die allgemeine Impfpflicht aber als hinfällig betrachtet. Dann kann sie auch nicht mehr Grundlage für Betretungs- und Berufsverbote für die Beschäftigten in den Gesundheitseinrichtungen sein.*

Die Beschäftigten in den Kliniken sind Anfang 2021 vorangegangen und haben sich flächendeckend impfen lassen. Wir haben immer für die einrichtungsbezogene Impfpflicht gekämpft und diese befürwortet, aber unter der Voraussetzung, dass sie nur ein erster Schritt sein kann und dann mit einer allgemeinen Impfpflicht ergänzt wird. Wenn die Politik dafür keine Kraft hat, kann dies nicht auf Kliniken und andere Einrichtungen im Gesundheitswesen und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgewälzt werden."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.dkgev.de/dkg/presse/details/scheitern-mit-ansage-impfpflicht-debakel-ist-eine-bittere-botschaft-an-die-krankenhaeuser/ **- als Anlage B 391 -**

(Dass diese Pressemitteilung zu Anfang viele falsche und/ oder stark einseitige Aussagen trifft, etwa, dass ohne Lockdowns und sonstige Maßnahmen "*(…) wir viele hunderttausend Tote mehr zu beklagen (…)*" hätten – in all den asiatischen und afrikanischen Ländern, die nie einen Lockdown, nie eine Maskenpflicht, nie Kontaktbeschränkungen etc. hatten, ist von alledem nichts zu sehen – soll hier nicht weiter vertieft werden, ebensowenig die Tatsache, dass auch die DKG das völlig ineffektive bloße Notfallmeldesystem des PEI, soweit ersichtlich, auf grob unwissenschaftliche wie unkritische Weise als seriös einstuft, zumindest aber nicht kritisiert).

Die Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen traut sich immerhin, die Pressemitteilung der DKG zu verlinken.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://lkhg-thueringen.de/2022/04/08/pm-022-2022-dkg-zum-scheitern-der-impfpflicht-scheitern-mit-ansage-impfpflicht-debakel-ist-eine-bittere-botschaft-an-die-krankenhaeuser/
- als Anlage B 392 -

ähnlich:

https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/ulm/scheffold-fordert-aussetzen-der-impfpflicht-100.html **- als Anlage B 392.1 -**

Es dürfte nun auch klar sein, dass auch die bereichsbezogene Impfpflicht nicht mehr auf einem breiten politischen Konsens beruht. Da dieser jedenfalls breite parlamentarische Konsens nicht mehr existiert, ist es nachvollziehbar, dass die vielen (enttäuschten) Institutionen, die ganz plötzlich bemerken, dass ja nur behauptet wurde, dass eine Impfpflicht in der fremdschützenden Weise helfen würde, nun öffentlich deutliche Kritik üben. Letzteres ist auch für die verfassungsrechtliche Würdigung durchaus relevant. Denn die dargelegten relevanten politischen wie gesellschaftlichen Kräfte, die jetzt das „Übrigbleiben“ der bereichsbezogenen Impflicht kritisieren, stellen damit auch den medizinisch-wissenschaftlichen Nutzen, den das RKI und das PEI weiterhin auf völlig unsolider Datengrundlage behaupten, in Frage.

Spätestens seit der Ankündigung Bayerns, pauschal und einzelfallunabhängig gegenüber Verstößen gegen das verfassungswidrige bereichsbezogene Impfpflichtgesetz Milde walten zu lassen,

vgl.

„*Holetschek für Milde bei Verstößen gegen Pflege-Impfpflicht in Bayern*

Montag, 11. April, 7.05 Uhr: Nach dem Scheitern einer allgemeinen Impfpflicht will Bayern bei Verstößen gegen die einrichtungsbezogene Regelung für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialbereich Milde walten lassen. "Wir werden in Bayern in Bezug auf Sanktionen großzügig verfahren und prüfen, den bundesrechtlichen Bußgeldrahmen nicht auszuschöpfen, sondern nur deutlich reduziert anzuwenden", sagte Gesundheitsminister Klaus Holetschek der Augsburger Allgemeinen. Man werde alle Spielräume ausnutzen, die das Gesetz hergebe. "Alles andere wäre denjenigen gegenüber unfair, die seit zwei Jahren an vorderster Front gegen die Pandemie kämpfen", so der CSU-Politiker.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.sueddeutsche.de/bayern/corona-bayern-aktuell-inzidenz-holetschek-pflege-impfpflicht-1.5560203 **- als Anlage B 393 -**

ist auch der bundeseinheitliche Verwaltungsvollzug des Gesetzes auf verfassungswidrige Weise nicht mehr gegeben. In Bayern ist von Betretungs- und Tätigkeitsverboten nicht mehr die Rede, sondern „nur“ noch von (noch dazu betragsmäßig niedrigen) Bußgeldbescheiden. In den 15 anderen Bundesländern wird das Gesetz bislang jedoch weiterhin „normal“ umgesetzt, d.h. es werden Zutrittsverbote und Tätigkeitsverbote ausge-sprochen und der Bußgeldrahmen ggf. auch ausgeschöpft. Ein derart uneinheitlicher Verwaltungsvollzug ist mit Art. 3 I GG nicht vereinbar und führt vorliegend ebenfalls zur Verfassungswidrigkeit des Gesetzes.

B) Weiterer Vortrag mit medizinischem Schwerpunkt

Im Mittelpunkt der weiteren Darlegungen stehen weitere umfangreiche Berichte über erhebliche Impfnebenwirkungen und Impfschäden, die in aller Regel nicht in amtlichen Statistiken auftauchen und die die amtliche Statistik des PEI ad absurdum führen. Ferner geht es im Folgenden um die Darlegung weiterer Verstöße der Genesenendefinition in § 22a II BIfSG n.F. gegen die Grundsätze der Wissenschaftlichkeit.

1. Es mehren sich immer mehr Stimmen aus der Wissenschaft, wonach eine Schlechterstellung von Genesenen gegenüber Geimpften sich medizinisch überhaupt nicht rechtfertigen lässt.

Insbesondere die einheitliche Begrenzung des Genesenenstatus auf nunmehr nur noch 90 Tage (vor kurzem waren es noch 180 Tage für geimpfte Genesene und 90 Tage für ungeimpfte Genesene, davor waren es 3 Monate für alle und davor waren es 6 Monate = 180 Tage für alle) wird scharf kritisiert. Außerhalb des RKI gibt es kaum Wissenschaftler, die die derzeitige 90 Tagesregelung ernsthaft als wissenschaftlich fundiert betrachten würden. Für die 28 Tagesregelung, die ebenfalls in § 22a II Nr. 2 BIfSG n.F. verankert ist, gilt das Gleiche.

Vgl.

„Schlechterstellung von Genesenen lässt sich überhaupt nicht begründen“
Stand: 08.04.2022 | Lesedauer: 5 Minuten

Von Luisa Hofmeier
Redakteurin Innenpolitik

Experten machen im Gesundheitsausschuss des Bundestags deutlich: Weder für die Schlechterstellung Genesener noch für eine zeitliche Begrenzung des Status gibt es eine wissenschaftliche Grundlage. Virologe Hendrik Streeck bringt als Ersatz für die Impfquote ein neues Konzept ins Spiel.

Impfpflicht gescheitert, Kehrtwende bei den Isolationsregeln – neben diesen Corona-Megathemen fast unbeachtet blieb, dass der Gesundheitsausschuss des Bundestags sich in einer Sachverständigen-Anhörung mit einer weiteren Pandemie-Baustelle beschäftigte: dem Genesenenstatus.

Ab Donnerstagmorgen war die Aufzeichnung der Sitzung vom Mittwoch auch für die Öffentlichkeit zugänglich. Zentrale Frage: Sollte der Genesenenstatus von 90 Tagen wieder auf 180 Tage verlängert werden? Einen darauf abzielenden Antrag haben CDU und CSU vorgelegt.

Lesen Sie auch
Verlängerung der Maßnahmen
Deutschlands post-faktischer Umgang mit Corona

Was die Experten dazu sagten, gibt zu denken. Ihre Wortmeldungen machen deutlich, wie sehr Deutschland mit Omikron in eine neue Phase der Pandemie eingetreten ist.

Die Kategorien mit Genesenen, Geimpften und Geboosterten wirken immer weniger zeitgemäß. Besonders zwei zentrale Punkte der Fachleute bleiben hängen: Es gibt keine wissenschaftliche Grundlage dafür, Genesene und Geimpfte unterschiedlich zu behandeln. Ebenso wenig wie dafür, den Genesenenstatus überhaupt zeitlich zu begrenzen.

Halbiert hatte das Robert-Koch-Institut (RKI) den Genesenenstatus im Januar per Bekanntmachung auf der Homepage. Zahlreiche Menschen verloren über Nacht ihren Genesenenstatus. Das Vorgehen stieß auf massive Kritik, auch weil die EU eine Dauer von 180 Tagen empfiehlt. Es wurde nachgebessert, allerdings nur in der Form. Die Definition von Impf- und Genesenenstatus ist nun im Infektionsschutzgesetz geregelt, zusätzlich kann das Gesundheitsministerium die geltenden Zeiträume per Verordnung ändern.

Momentan gilt demnach: Als genesen gelten Ungeimpfte, die in den vergangenen 90 Tagen eine Infektion durchgemacht haben. Als vollständig geimpft gelten Personen, die zweimal geimpft sind oder einmal geimpft und genesen sind. Als geboostert gelten dreimal Geimpfte oder zweimal Geimpfte in Kombination mit Genesenenstatus.

Unterscheidung zwischen Genesenen und Geimpften

Kritisiert wurde am Mittwoch vor allem die Unterscheidung zwischen Geimpften und Genesenen. „Alle bisher vorliegenden Studien zeigen, dass eine durchgemachte Infektion einen ebenso langen, wenn nicht sogar zum Teil längeren Schutz vor einer Reinfektion zeigt als eine Impfung“, sagte der Virologe Hendrik Streeck gleich zu Beginn. „Auch bietet eine Infektion einen sehr guten und mindestens ebenso guten Schutz vor einem schweren Verlauf.“

Der Virologe Matthias Tenbusch von der Gesellschaft für Virologie verteidigte die Entscheidung des RKI Anfang des Jahres teilweise. Mit dem Aufkommen der Omikron-Virusvariante habe man beobachtet, dass doppelte Impfung sowie Genesung einen deutlich geringeren Schutz vor einer Infektion böten als vor der Delta-Variante. Jedoch hätte die Änderung dann auch für zweifach Geimpfte gelten müssen.

Lesen Sie auch
„Heftiges Warnsignal“
Mehr Impf-Nebenwirkungen als bisher bekannt

Auf die Frage eines AfD-Parlamentariers, ob eine Schlechterstellung von Genesenen im Vergleich zu Geimpften gerechtfertigt sei, wurde der Pneumologe Thomas Voshaar besonders deutlich: „Eine Schlechterstellung lässt sich überhaupt nicht begründen“, sagte er. „Ganz im Gegenteil.“ Aus klinischer Erfahrung sei vollkommen klar, dass die Infektion über Nase und Rachen „vor Ort an den Schleimhäuten eine ganz besondere Immunität hinterlässt, die wohl sogar ausgeprägter ist als die, die man nach der Impfung haben kann“.

Voshaar kritisiert zudem, dass es überhaupt eine zeitliche Begrenzung gebe, und beschrieb das Vorgehen als veraltet. Bei der Befristung „handelt es sich um eine rein regulatorische Maßnahme, die damals getroffen wurde unter dem Gesichtspunkt, Infektiosität, also Übertragbarkeit, einzuschränken“. Er sage ausdrücklich „damals“, weil die Situation nun eine andere sei. „In der Medizin und als Kliniker kennen wir eine zeitliche Befristung für so etwas, was wir als genesen bezeichnen, überhaupt nicht.“

Lesen Sie auch
Auch der Virologe Streeck sagte, die zeitliche Begrenzung sei „natürlich nicht sehr wissenschaftlich“. Aus ärztlicher Perspektive würde er die Frage nach einem Immunschutz eher daran festmachen wollen, ob eine Person über Antikörper verfüge.

Schutzquote statt Impfquote?

Insgesamt kritisierten die Sachverständigen, dass es keine belastbaren Daten zum Immunschutz der Bevölkerung in Deutschland gibt. Dies sei eine der größten Fragen, sagte Streeck. Man müsse davon ausgehen, dass es bei den Corona-Infektionen je nach Phase der Pandemie eine hohe Dunkelziffer gab und somit auch die Zahl der Genesenen deutlich höher liege als die gemeldeten 20 Millionen Infektionen.

Es werde viel über die Impfquote gesprochen. Die Frage sei: „Ist es nicht sinnvoller, über eine Schutzquote zu sprechen?“ Hier könnten Antikörpertests Hinweise liefern. „Wir sollten den Sommer dafür nutzen, um zu bestimmen, wie hoch diese Schutzquote ist, und damit dann auch die identifizieren, die keinen Schutz haben.“ Dort müsse dann die Impfkampagne ansetzen.

Lesen Sie auch
Biontech-Vakzin
Erkenntnisse, die der deutschen Impfpraxis fundamental widersprechen

Lesen Sie auch
Boostern ohne Ende?
Der Nutzen und das Risiko der Impfungen müssen neu abgewogen werden

Ähnlich äußerte sich der Lungenarzt Voshaar. Strukturell gebe es keine Informationen über den Immunstatus. Er plädierte dafür, ein Impfregister einzuführen und dort auch

durchgestandene Corona-Infektionen aufzunehmen. Die Datenlage sei spärlich. In seinem Lungenzentrum sei in der Vergangenheit aufgefallen, dass „von 500 schwerstkranken intensivpflichtigen Patienten mit Covid kein einziger dabei war, der genesen war“.

Die Anhörung zeigte, dass es um mehr als die Dauer des Genesenenstatus geht – nämlich um die grundlegende Frage, ob eine durchgemachte Infektion genauso viel wiegt wie eine doppelte Impfung. Besonders von Gewicht ist die Antwort für die Ungeimpften in Deutschland. Aber auch für die doppelt Geimpften wird sie wichtig. Das Infektionsschutzgesetz sieht vor, dass sie ab dem 30. September ohne Booster nicht mehr als vollständig geimpft gelten – außer, sie sind zusätzlich genesen. Das betrifft 14 Millionen Menschen in Deutschland.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/politik/deutschland/plus238046479/Corona-Schlechterstellung-von-Genesenen-laesst-sich-ueberhaupt-nicht-begruenden.html **- als Anlage B 394 -**

Die vorzitierten Aussagen, insbesondere solche, die durch den Unterzeichner hervorgehoben worden sind, belegen eindeutig die Verfassungswidrigkeit der Regelung des § 22a II BIfSG n.F..

Ebenso: „Streeck: Keine wissenschaftliche Grundlage für 90-Tage-Beschränkung“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.aend.de/article/217570 **- als Anlage B 395 -**

Hiergegen kann auch nicht eingewendet werden, dass, wie von neuen Corona-Senat des OVG Lüneburg behauptet:

“*Die Regelung stütze sich offensichtlich auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse des RKI, dessen fachlicher Einschätzung im Bereich des Infektionsschutzes nach § 4 IfSG ein besonderes Gewicht zukomme. Allein der Umstand, dass im Rahmen eines wissenschaftlichen Diskurses abweichende Meinungen vertreten werden, lasse jedenfalls nicht die Annahme zu, dass die fachliche Einschätzung des RKI evident unzutreffend sei. Die Regelung in § 22a Abs. 2 IfSG sei auch nicht offensichtlich gleichheitswidrig und verstoße auch nicht gegen das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot.*”

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://oberverwaltungsgericht.niedersachsen.de/aktuelles/presseinformationen/eilantrag-gegen-die-verkurzung-des-genesenenstatus-erfolglos-210500.html **- als Anlage B 396 -**

Denn der neue Corona-Senat des OVG Lüneburg verkennt zum einen, dass die 90 Tagesfrist weltweit nahezu nur vom RKI vertreten wird. Kaum ein Wissenschaftler ver-tritt ernsthaft diese 90-Tagesregelung, und noch weniger wohl die 28-Tagesgrenze. Weltweit betrachtet gibt es nur Wissenschaftsmeinungen, die jedenfalls von deutlich längeren Zeiträumen ausgehen oder sogar von einer zeitlich unbegrenzten natürlichen Immunität, die

sogar robuster sei als die nur vorübergehend durch Impfung erzielte. Es dürfte weltweit auch keine einzige ausländische Gesundheitsbehörde geben, die diese Auffassung vertritt.

Im Hinblick auf die 28-Tagesfrist (die, soweit ersichtlich, im oben zitierten Verfahren vor dem OVG Lüneburg nicht thematisiert worden war) gilt das Vorgenannte erst recht. Was diese sehr lange Frist anbelangt, so hat nämlich noch nicht einmal das RKI auch nur eine einzige Studie präsentiert, die es nahelegen würde, dass die Antikörperbildung so lange andauern würde. Der Gesetzgeber hat diese 28-Tagesfrist daher ins Blaue hinein und ohne irgendeine auch nur ansatzweise fundierte wissenschaftliche Grundlage erlassen. Dass man „auf Nummer sicher“ gehen will, ersetzt das völlige Fehlen einer wissenschaftlichen Grundlage nicht.

Zudem: Sowohl in der BAusnahmSchV als auch im neuen § 22a BIfSG n.F. war und ist geregelt, dass man nur dann wieder genesen und ungefährlich sei, wenn „*(…) die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt (…)*“.

Wo kommen diese 28 Tage her??! Antwort: Noch nicht einmal das RKI oder das PEI haben insoweit irgendwelche Studien parat, um diese extrem lange Frist, die objektiv nur der noch weiteren Verkürzung des Genesenstatus und damit nur einmal mehr den “Impfdruck” erhöht, wenigstens ansatzweise wissenschaftlich zu begründen. Ausländische Gesundheitsbehörden, die wenigstens ansatzweise wissenschaftlich arbeiten, gehen von 11 Tagen, also einem deutlich geringeren Zeitraum, aus. So genügen in Österreich bereits 11 Tage, in der Schweiz ebenso.

Beweis und Glaubhaftmachung:

1. https://gruenerpass.gv.at/genesen/ **- als Anlage B 397 -**

2. https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/covid-zertifikat/covid-zertifikat-erhalt-gueltigkeit.html
- als Anlage B 398 -

Die Schweiz gewährt zudem den Genesenenstatus für sog. Altfälle immerhin weiterhin 270 Tage, für neue Fälle nunmehr 180 Tage, unabhängig vom Impfstatus.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/covid-zertifikat/covid-zertifikat-erhalt-gueltigkeit.html#-86956486 **- als Anlage B 399 -**

Frankreich gewährt immerhin noch eine Genesendauer von 4 Monaten, offenbar wurde auch dort die Genesenendauer aus politischen Gründen verkürzt

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://allemagneenfrance.diplo.de/fr-de/-/2319258 **- als Anlage B 400 -**

Im Hinblick auf die Genesenendauer entsprach es, wie durch eine Vielzahl an Studien und Zitaten von Virologen belegt, bereits zu keinem Zeitpunkt der Mehrheitsmeinung, nur eine Genesendauer von 6 Monaten einzuräumen, es sei denn, man verstand und versteht hierunter nur das RKI und das PEI oder die STIKO … . Ferner: Da sich der Parlamentsgesetzgeber jedenfalls ab 19.03.2022, 0:00 Uhr, auf die Inhalte des neuen § 22a II BIfSG n.F. stützt, steht dessen Inhalt auch zudem im offensichtlichen Widerspruch zu der (aus anderen, umfangreich vorgetragenen abzulehnenden) Gründen klaren RKI-"Wissenschaftsmeinung". Denn die neue Norm wendet für alle Genesenen, also auch für Geimpfte, einheitlich eine 90-Tagesfrist an! Das steht aber klar im Widerspruch zur RKI-Behauptung, wonach diese verkürzte Frist angeblich nur für die ungeimpften Personen wissenschaftlich begründbar sei.

Vgl.

"*Diese fachlichen Vorgaben für den Genesenennachweis beziehen sich ausschließlich auf Personen, die ungeimpft sind, d.h. weder vor, noch nach ihrer durchgemachten Infektion eine Impfung erhalten haben.* Die Gültigkeit des Genesenennachweises wurde von 6 Monaten auf 90 Tage reduziert, da die bisherige wissenschaftliche Evidenz darauf hindeutet, dass Ungeimpfte nach einer durchgemachten Infektion mit der Deltavariante oder einer früheren Virusvariante einen im Vergleich zur Reinfektion mit der Deltavariante herabgesetzten und zeitlich noch stärker begrenzten Schutz vor einer SARS-CoV-2-Infektion mit der Omikronvariante haben (1-3).*"

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Genesenennachweis-old.html **- als Anlage B 401 -**

Zwar weist das RKI darauf hin:

"*Bitte beachten: Mit Wirkung vom 19.3.2022 sind die fachlichen Vorgaben für COVID-19-Genesenennachweise unmittelbar in § 22a Abs. 2 Infektionsschutzgesetz geregelt worden. Die fachlichen Vorgaben des RKI für COVID-19-Genesenennachweise nach der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung sind daher zum 19.3.2022 außer Kraft getreten.*

Die zuletzt geltende Fassung mit Stand vom 3.2.2022 ist im Archiv abrufbar."

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Genesenennachweis.html **- als Anlage B 402 -**

dass sich insoweit die fachlich wissenschaftliche Auffassung des RKI geändert habe, ist aber nicht erkennbar. Somit ist auch dann, wenn man den § 22 II BIfSG n.F. nicht aus den übrigen dargelegten Gründen für nichtig halten wollte, diese Norm materiell verfassungswidrig. Ohne verfassungskonforme Genesenendefinition im § 22a II BIfSG n.F. ist jedoch auch § 20a I BIfSG als Basisnorm des Gesetzes nichtig.

Dass das OVG Lüneburg u.a. Gerichte, darunter unlängst der VGH Mannheim (Az. 1 S 645/22), diese Dinge in den dortigen Eilverfahren verkannt haben, ist offensichtlich. Die verfassungsrechtliche Beurteilung der 90- wie der 28-Tagesfrist ist entgegen dem VGH Mannheim auch keine besonders schwerwiegende Rechtsfrage, weil sowohl der Ver-stoß gegen die RKI-Empfehlung (s.o.) als auch der Umstand, dass außerhalb des RKI´s diese Fristen kaum jemand ernsthaft vertritt, sehr leicht erkennbar ist. Entsprechendes gilt für den Umstand, dass auch das RKI selbst keine Studien präsentiert hat im Hinblick auf die 28-Tagesfrist, die nunmehr gesetzlich verankert ist. Es sei angemerkt, dass es erschreckend ist, dass gleich zwei verwaltungsgerichtliche Obergerichte sich noch nicht einmal zum evidenten Verstoß gegen Art. 19 I 2 GG geäußert haben und auch nicht zur Thematik Einspruchsgesetz/Zustimmungsgesetz sowie – trotz der deutlichen wie er-freulichen zwischenzeitlichen Medienberichterstattung über die grobe Mangelhaftigkeit der PEI-Statistik zu ernsthaften Nebenwirkungen – zu nicht mehr willens sind als zum Abschreiben der PEI-Aussagen.

2. Die Autoimmunerkrankungsproblematik am praktischen Fall

Herr Xxxx Xxxxxx hat mittlerweile einen positiven Befund, betreffend agonistische Autoantikörper (agAAK), erhalten. Eine Therapie, welche diese agAAK's aus seinem Blut entfernen würde, kann er sich jedoch nicht leisten. Hier beträgt die Summe ca. 15000 €. Die Übernahme durch die Krankenkasse ist nicht gesichert.

Beweis und Glaubhaftmachung:

Nachweis agAAK vom 06.04.2022 **- als Anlage B 403 -**

Allein dieser Befund legt ebenfalls nahe, dass das PEI schnellstmöglich weitere Untersuchungen durchführen müsste. Neben anderen zentralen Dingen wie z.B. eine Prüfung der Karzinogentität fehlt eben auch eine umfassende Studie die Geimpfte wie Ungeimpfte bezüglich der Auftretenswahrscheinlichkeit von Autoantikörpern. Dass das PEI auch in den nächsten Woche diesbezüglich nichts unternehmen wird, dürfte evident sein. Denn auch die bisherigen umfangreichen und “schonungslosen” Medienberichte, betreffend die breite Nichterfassung von ernsthaften Nebenwirkungen und Impfschä-den (dazu auch noch nachfolgend), hat das PEI nicht im Ansatz zum Handeln bewogen!

3. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht – Verschärfung der Personalsituation in Pflegeeinrichtungen

Eugen Brysch von der Deutschen Stiftung Patientenschutz hat eingeräumt, dass die bereichsbezogene Impfpflicht die Personalsituation in Pflegeeinrichtungen verschärft. Konsequente Testungen seien ein besseres Mittel. Er plädiert klar nur für freiwilliges Impfen und fordert alternative Lösungen.

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www1.wdr.de/mediathek/audio/wdr5/wdr5-morgenecho-interview/audio-einrichtungsbezogene-impfpflicht-der-richtige-weg-100.html **- als Anlage B 404 -**

(auch hier gilt: Dass Herr Brysch auf die langfristigen Gesundheitsfolgen durch das Dauerimpfen mit keinem Wort eingeht, soll hier an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden. Immerhin räumt er ein, dass er als Geboosterter auch bereits genesen sei, d.h. zuvor infiziert gewesen sein muss – ein Phänomen, das bei echten Impfstoffen zumal in dieser millionenfachen Dimension – undenkbar wäre und dass jeder Bürger in seinem Umfeld derzeit massenhaft feststellen muss).

Dass das Gesetz die Pflegesituation noch mehr und immer weiter verschärft, führt ebenfalls zu dessen Unverhältnismäßigkeit.

4. Impfen, Impfen, Impfen – die gesundheitlichen Schäden lassen sich immer schwerer leugnen

Auch der nachfolgende Artikel belegt einmal mehr, dass das staatlich angeordnete Dauer-Impfen zu erheblichen gesundheitlichen Schäden bereits geführt hat! – Und dass die Politik und die Pharma-Industrie diese negativen Folgen wohl nicht mehr gänzlich leugnen, aber hierauf lediglich insoweit reagieren wollen als dass die Entwicklung neuer, angeblich noch besserer Impfstoffe angekündigt wird, für die es derzeit noch nicht einmal einen Zulassungsantrag gibt!

Vgl.
„Noch immer keine Grippewelle: Mögliche Folgen bereiten Experten Sorge
Aktualisiert am 07.04.2022, 19:35 Uhr

Deutschland ist bislang von einer Grippewelle verschont geblieben - genau wie in der vergangenen Saison.

Fachleute befürchten nun, dass die stark abgeschwächte Influenza-Verbreitung einige negative Folgen haben könnte.

Mehr Wissensthemen finden Sie hier

Die Grippe-Verbreitung in Deutschland bleibt in der zweiten Saison in Folge stark unterdurchschnittlich. Seit Anfang Oktober 2021 sind weniger als 5.000 im Labor bestätigte Fälle gemeldet worden, wie aus dem Wochenbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) am Robert-Koch-Institut (RKI) von Mittwochnachmittag hervorgeht. "Im Vergleich mit den letzten fünf vorpandemischen Saisons sind diese Werte weiterhin sehr niedrig." Vor einem Jahr seien allerdings sogar nur knapp 500 Fälle erfasst worden.

Hinweise auf eine erneut ausbleibende Grippewelle hatten zuvor bereits Krankenkassen geäußert. Es gibt allerdings mit Luxemburg, Dänemark und Bulgarien andere europäische

Länder, die laut EU-Gesundheitsbehörde ECDC derzeit - neueste Angaben sind von Ende März - von einer hohen beziehungsweise sehr hohen Intensität der Grippe-Verbreitung berichten.

in Deutschland hätten die Fallzahlen in den vergangenen vier Wochen stark zugenommen, heißt es im AGI-Bericht. Angesichts einer unbekannten Zahl an Tests können die Autoren aber nicht sicher einschätzen, ob der Anstieg eine tatsächliche Zunahme zirkulierender Grippeviren bedeutet oder nicht.

Influenza-Verbreitung stark gebremst

"Ob sich doch noch eine richtige Grippewelle entwickeln kann, können wir nicht sagen. Die Wahrscheinlichkeit einer deutlich steigenden Influenza-Aktivität in den kommenden Wochen verringert sich, je weiter das Frühjahr voranschreitet", teilte eine RKI-Sprecherin auf Anfrage mit. Eine weiter dämpfende Rolle spielten voraussichtlich auch die baldigen Osterferien - bei Influenza seien Kinder sonst immer besonders früh betroffen.

Als Hauptgründe für die stark gebremste Influenza-Verbreitung gelten Corona-Maßnahmen und Reisebeschränkungen seit Beginn der Pandemie. Dies ist nicht nur in Deutschland beobachtet worden.

Eine Folge: Die Vielfalt an nachgewiesenen Grippeviren hat sich in der Zeit stark verringert, wie Forscher um Vijaykrishna Dhanasekaran von der University of Hongkong vor einigen Tagen im Fachblatt "Nature Communications" berichteten. Die sogenannte Influenza B/Yamagata-Linie scheine sogar seit Mitte 2020 ausgestorben zu sein.

Experten sehen Risiko schwerer künftiger Epidemien

Die Autoren äußern eine Reihe von Sorgen: Sie erwarten wegen der ausgebliebenen Grippewellen eine verringerte Immunität in der Bevölkerung und sehen ein Risiko schwererer künftiger Epidemien. Besonders problematisch könnte dies demnach für Kinder sein, die nun ihre ersten prägenden Grippeinfektionen verpassten.

Lesen Sie auch:
Kommt jetzt "Flurona"? So gefährlich sind die Doppelinfektionen

Herausforderungen sieht die Gruppe auch bei der jedes Jahr nötigen Anpassung der Grippe-Impfstoffe: Die Vorhersage, welche Viren im Winter zirkulieren werden und daher berücksichtigt sein sollten, wird längere Zeit vor der Grippesaison getroffen. Dabei stützen sich Experten normalerweise auf Erfahrungen aus dem Winter auf der Südhalbkugel. Weil sich Influenzaviren zwischenzeitlich aber noch einmal stark verändern können, fällt der Impfschutz nicht jedes Jahr sehr gut aus. Durch die nun ausgebliebenen Wellen drohen passgenaue Impfstoffe ein noch schwierigeres Unterfangen zu werden.

Die Ungewissheit bei dem Thema biete einen weiteren Anreiz, rasch sogenannte Universalimpfstoffe weiterzuentwickeln, die im Vergleich zu den bisherigen Vakzinen einen breiteren Schutz vermitteln könnten, schreibt das Team. Für denkbar hält es dabei den

Einsatz der mRNA-Technologie, die die Firmen Pfizer/Biontech und Moderna für COVID-19-Impfstoffe nutzten. (ff/dpa)“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://web.de/magazine/wissen/psychologie/grippewelle-moegliche-folgen-bereiten-experten-sorge-36759328 **- als Anlage B 405 -**

Auch vor diesem Hintergrund verbietet sich jede Impfpflicht! Der gesundheitliche Schaden ist laut diesem plausiblen Artikel schon jetzt eingetreten und mit jeder neuen „Impfwelle“ vergrößert sich dieser gesundheitliche Schaden! Die Impfpflicht zwingt den Bürger, an dieser gesellschaftlichen wie persönlichen Schädigung der Gesundheit (zumindest besteht insoweit eine erhebliche Gefahr) teilzunehmen. Das kann nicht ernsthaft ein angemessener Eingriff in u.a. Art. 2 II 1 GG sein. Dies umso mehr als dass offen eingeräumt wird, dass die im obigen Artikel angedachten Abhilfen erst in irgendeiner Zukunft möglich sind und ohnehin nur als „*(…) denkbar (...)*“, d.h. nicht als sicher oder zumindest mit ganz überwiegender Wahrscheinlichkeit feststehend, bezeichnet werden.

5.) Zur Thematik, dass Impfschäden fast nie in der amtlichen Statistik auftauchen, sei auch auf den sehr realistischen wie anschaulichen und selbsterklärenden Artikel in der „WeLT“ vom 07.04.2022 verwiesen.

„*Ich konnte kaum ein Glas Wasser heben, Autofahren wurde gefährlich*
Stand: 07.04.2022 | Lesedauer: 6 Minuten

Von Elke Bodderas
Verantwortliche Redakteurin

WELT-Autorin Elke Bodderas kämpfte mit einer unerwarteten Nebenwirkung
Quelle: Martin U.K. Lengemann

Nach drei Impfungen spürte ich irgendwann einen stechenden Schmerz. Obwohl ich journalistisch oft über Corona berichte, dauerte es lange, bis bei mir der Groschen fiel: eine Impfnebenwirkung. Was ich seitdem im deutschen Gesundheitssystem erlebt habe, ist nicht in Ordnung.

Seit Beginn der Pandemie habe ich alles darangesetzt, sachlich zu bleiben. Als Biologin kommt mir da naturwissenschaftliche Übung zugute, und als Journalistin sollte auch die Distanz zum Gegenstand weiterhelfen, die erschütternd viele Krisen-bewegte Kollegen beiseiteließen in den vergangenen zwei Jahren.

Im Zentrum fast aller Artikel über Corona, das Gesundheitssystem, die Impfstatistiken, die Krankenhäuser oder die Pandemie-Maßnahmen standen immer Zahlen. Sie bewiesen, sie umkreisten, sie wahrscheinlichten. Aber irgendwann wurde mir klar, dass man Biologin und Journalistin sein kann – und der Mensch, den es erwischen kann.

Lesen Sie auch
Merck-Chefin Belén Garijo

„Ich bestreite, dass Omikron sehr mild verläuft“

Ich bin zweimal geimpft und einmal geboostert und ich habe mich nicht infiziert. Dennoch bin ich jetzt dran, es ist die Sache mit den Impfnebenwirkungen. Ich meine damit nicht die Impfreaktionen, schmerzender Arm, gerötete Einstichstelle oder Schüttelfrost, drei Tage mit Fieber im Bett. Das alles hatte ich nicht. Die Impfung verlief so, wie sie bestenfalls sollte.

Mit Nebenwirkungen meine ich etwas anderes, Unerwartetes, Erschreckendes. Zuerst war da eine Vermutung, dann ein Verdacht, dem ich nachging und zu dem ich erste Spuren im Internet fand. Darüber sprach ich mit Wissenschaftlern und Journalistenkollegen aus informellen Zirkeln, in denen man sich kennt und vertraut.

Am Ende verdichtete sich mein Anfangsverdacht, dass es sich bei vielem, was unter „Nebenwirkungen“ fällt, um mittel- und langfristige, möglicherweise lebenslange Begleiterscheinungen handelt, ein hässlicher Klumpen aus lauter bislang unbewiesenen Anamnese-Fällen.

Lesen Sie auch
Gut sein ohne Politiker
Das Ende der Corona-Maßnahmen und der Solidarität

Bei mir war es ein Schmerz. Zuerst dumpf, in Ellbogen, Oberschenkelknochen und Muskeln. Schließlich stechend, in beiden Schultern. Ich konnte kaum ein Glas Wasser heben, ich hatte Mühe, den Pullover über den Kopf zu bringen oder die Socke zum Fuß. Autofahren wurde gefährlich.

Es dauerte Monate, bis ich Impfung und Gelenkschmerzen ursächlich zusammengebracht hatte, obwohl es sich um eine offizielle, vom Paul-Ehrlich-Institut und der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC belegte Nebenwirkung der Covid-Impfstoffe handelt. Man kann mich begriffsstutzig nennen, aber ich brachte es gedanklich nicht fertig, das Festgestellte auf mich selbst zu beziehen.

Obwohl ich die Sicherheitsberichte der Behörde wegen anderer Recherchen noch am Tag der Veröffentlichung gelesen hatte. Und obwohl mein Immunsystem vor zwei Jahrzehnten mit einem akuten Ausbruch von Polyarthritis schmerzhaft klargestellt hatte, dass es bei Störfaktoren im Blut zu überschießenden Reaktionen neigt.

Lesen Sie auch
Corona und Datenschutz
Die folgenschwere Löschung von Millionen Impfdaten

Warum es so lange brauchte, bis der Groschen fiel? Weil es nicht sein durfte. Weil ich nicht auf die Idee kam, mein Körper könnte die Impfung nicht akzeptieren. Weil ich selbst mehrfach geschrieben hatte, dass Nebenwirkungen durch die Covid-Impfstoffe selten vorkommen (und dabei jedes Mal geringschätzig die medizinische Grundregel abtat, wonach es keine Wirkung ohne Nebenwirkung gibt).

Weil ich vor meiner großen und teils impfskeptischen Familie mit gutem Beispiel vorangehen wollte. Weil die Gesellschaft für Rheumatologie es nur in „seltenen Fällen“ für möglich hält, dass die Impfung Rheumaschübe hervorruft. Weil ich die Bemerkung eines Harvard-Professors, wonach die Impfung Arthralgien (Gelenkschmerzen) hervorrufen kann, erst drei Monate nach meiner zweiten Impfung im Internet fand.

Lesen Sie auch
Ethikratschefin Alena Buyx
Der Politik nach dem Mund geredet? „Das ist Skandalisierung“

Weil ich bei allen drei Impfberatungen dreimal dieselbe Antwort bekam auf die Frage, ob mein vorbelasteter Körper mit Gelenkschmerzen reagieren oder gar das Rheuma zurückkommen könnte. Sie sagten alle das Gleiche: Nein. Nein. Nein. Dazu gab es ärztlich ablehnende Kopfbewegungen und nichtssagende Bemerkungen, die ich inzwischen vergessen habe. Aber ich verstand: Du bist überängstlich. Hysterisch. Nervig. Stell dich nicht so an.

Mein Fall ist nicht bedeutend. Meine Gelenkschmerzen sind nicht wichtig. Gelenkschmerzen sind keine Hirnthrombosen, Schlaganfälle, Myokarditiden. Aber es ist ethisch, wissenschaftlich und politisch nicht in Ordnung, wenn im 13. Monat der Impfkampagne ein voller Überblick über die Nebenwirkungen ausgeschlossen ist, weil sie zu selten gemeldet oder erkannt werden und weil auch niemand wirklich darum kämpft, dass sich das ändert.

Lesen Sie auch
Corona-Politik
Die allgemeine Impfpflicht. Anatomie eines Scheiterns

Bis heute sind mRNA-Impfstoffe in Europa nicht regulär zugelassen. Es fehlt eine Vielzahl von Untersuchungen, nicht nur zu den Nebenwirkungen, und immer noch sind Fragen offen wie: Welchen Weg nehmen die Wirkstoffe im Körper? An welchen Organen lagern sie sich ab? Wo genau entfalten sie ihre Wirkung?

Weil es sich bei den Covid-Präparaten um völlig neue Wirkstoffe handelt, weil es sich um Neuland handelt, weil man nichts Genaues weiß, liegt alle Hoffnung auf der Ärzteschaft. Sie ist dazu angehalten, jede ungewöhnliche Beobachtung zu protokollieren.

Laut einer Harvard-Studie aus dem Jahr 2010 werden weniger als ein Prozent aller vermutlichen Nebenwirkungen von Impfstoffen tatsächlich bei dem weltweit größten Meldesystem für Impfnebenwirkungen VAERS (Vaccine Adverse Event Reporting System) gemeldet. Das US-amerikanische System funktioniert ähnlich wie das deutsche des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI).

Lesen Sie auch
Kritik an Corona-Journalismus
„Offenkundige Fehlentwicklungen kaum in notwendiger Deutlichkeit aufgegriffen“

Hier und jetzt, in Zeiten der Pandemie, dürfte die Meldequote zwar deutlich höher liegen. Aber dass sich die PEI-Statistik mit Realitätstreue nützlich machen könnte, ist kaum

anzunehmen. Viele Hausärzte geben offen zu, sie ließen den Kram mit den Meldungen schleifen, weil sie dies pro Patient 20 bis 30 Minuten koste, vergütungsfrei.

Aber auch beim besten Willen und viel Medizinergeduld ist den Folgen der Impfstoffe kaum auf die Spur zu kommen. Im vergangenen April veröffentlichte das britische Fachmagazin „Nature“ eine Untersuchung der Wissenschaftsjournalistin Ariana Remmel, der zufolge es für Wissenschaftler und Ärzte nahezu unmöglich sei, die feinen Nuancen zwischen Korrelation und Kausalität herauszuarbeiten.

Am Beispiel von Pandemrix, dem Impfstoff gegen die Schweinegrippe 2010, der bei zahlreichen schwedischen Kindern chronische Schlafstörungen ausgelöst haben soll, belegt die Autorin, wie schwierig der Nachweis von Impfschäden sein kann. Für die einen Wissenschaftler ist der Zusammenhang zwischen Impfung und Narkolepsie evident, für andere ist er zweifelhaft.

Lesen Sie auch
Dauerthema Impfpflicht
Sie kommt. Sie kommt nicht. Sie kommt. Sie kommt nicht. Kommt sie?

Mit den bisherigen Meldesystemen, folgert die Autorin, ließen sich zwar seltene Nebenwirkungen erkennen. An deren Ursachen komme man damit aber nicht heran. Das gelänge erst mit elektronischen Gesundheitsakten, flächendeckend organisiert. Originell und klug ist eine Schlussbemerkung Remmels über den öffentlichen Druck auf Ärzte und Behörden. Die Furcht sei dort groß, beim Thema Nebenwirkungen Impfstoffgegnern in die Hände zu spielen.

Insgesamt sechs Ärzten habe ich meinen Verdacht auf Impfstoff-Gelenkschmerzen geschildert. Nummer eins bis vier verneinten einen Zusammenhang mit der Covid-Impfung. Arzt Nummer fünf, ein Rheumatologe, stellte ihn fest und verschrieb hoch dosiertes Cortison. Nummer sechs, ein Radiologe, kassierte die Diagnose von Arzt Nummer fünf, sprach ihm jegliche Kompetenz ab und erklärte in einem freundlichen Monolog, warum eine Impfung zwar durchaus in einer Schulter Schmerzen verursachen könne, aber keinesfalls in beiden.

Keiner der sechs Ärzte hat meinen Fall dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet. Keiner hat mich angewiesen, selbst online das Meldeformular auszufüllen. Gezählt habe ich letztlich auf Arzt Nummer fünf, seitdem bin ich schmerzfrei. Natürlich ist das streng genommen kein endgültiger Beweis dafür, dass er mit seiner Diagnose recht hatte, aber ich zweifele nicht daran.

Kürzlich sprach ich bei einem Treffen mit sieben Kollegen aus anderen Redaktionen übers Impfen, die Pflicht dazu, über Nebenwirkungen. Und siehe da: Seit der Impfung hatten zwei von sieben mit Rheuma zu tun.“

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.welt.de/debatte/kommentare/plus238020193/Corona-Impfnebenwirkungen-Es-dauerte-bis-bei-mir-der-Groschen-fiel.html **- als Anlage B 406 -**

Der WeLT-Artikel, verfasst von einer Biologin, legt die Mängel im Meldesystem, d.h. insbesondere die fehlende Bereitschaft der (in aller Regel: Impf-)Ärzte, erhebliche Impfreaktionen und Impfschäden zu melden, offen. Er legt ebenso schonungslos offen, dass die Impfberatungen offensichtlich nicht von guter Qualität sind und dass auch dort erhebliche Impfnebenwirkungen und Impfschäden nicht im Zusammenhang mit der Impfung gesehen werden – und demzufolge noch nicht einmal von den dortigen Me-dizinern erkannt und an das PEI gemeldet werden.

vgl.

"*Keiner der sechs Ärzte hat meinen Fall dem Paul-Ehrlich-Institut gemeldet. Keiner hat mich angewiesen, selbst online das Meldeformular auszufüllen.*"

Insbesondere, wer den letzten Absatz ernsthaft als „Zufall" abtun will,

vgl.

"*Kürzlich sprach ich bei einem Treffen mit sieben Kollegen aus anderen Redaktionen übers Impfen, die Pflicht dazu, über Nebenwirkungen. Und siehe da: Seit der Impfung hatten zwei von sieben mit Rheuma zu tun.*"

muss sich sehr kritische Fragen gefallen lassen, ob er oder sie

Das Bundesverfassungsgericht kann daher das Narrativ, dass ernsthafte Impfnebenwirkungen doch nur sehr selten seien, nicht wie im Eilverfahren mit bloßem – man möge den hiesigen Beschwerdeführern diese Formulierung nachsehen – wenig kritischem Verweis auf das Notfallmeldesystem des PEI begründen. Jedenfalls bei einer genaueren Bewertung der Sachlage im hiesigen Hauptsacheverfahren drängen sich zahlreiche als auch gewichtige Zweifel geradezu auf. Diese Zahlen des PEI bilden die Realität nur zu einem minimalsten Bruchteil ab. Auch deshalb ist jegliche Impfpflicht unangemessen und unverhältnismäßig.

Auch der Focus und die Berliner Charité berichten in Sachen erhebliche Impfnebenwirkungen und Impfschäden mittlerweile weit mehr an „Klartext" als noch vor 2 oder 3 Monaten. Focus berichtet:

„Harald Matthes im Interview Charité-Forscher: „Mindestens 70 Prozent Untererfassung bei Impfnebenwirkungen"

Getty Images Die Corona-Impfstoffe können auch Nebenwirkungen haben - Forscher befürchten eine Untererfassung.
FOCUS-Online-Redakteurin Gina Louisa Metzler
Freitag, 01.04.2022, 11:42

Wie häufig sind Nebenwirkungen nach einer Corona-Impfung? Harald Matthes leitet an der Berliner Charité eine Studie, die das herausfinden soll. Im FOCUS-Online-Interview erklärt er, warum er von einer deutlichen Untererfassung beim Paul-Ehrlich-Institut ausgeht.

Für Links auf dieser Seite erhält FOCUS Online ggf. eine Provision vom Händler, z.B. für mit gekennzeichnete. Mehr Infos

Ein kurzer Film der MDR „Umschau“ sorgt seit der Ausstrahlung vergangene Woche für Diskussionen. Denn er behandelt ein brisantes Thema: Nebenwirkungen der Covid-19-Impfstoffe. Betroffene, Ärzte und Forschende kommen zu Wort und schildern ihre Erfahrungen. Darunter auch Harald Matthes, ärztlicher Leiter des Gemeinschaftskrankenhauses Havelhöhe und Stiftungsprofessor am Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité Berlin. Im Gespräch mit FOCUS Online gewährt er Einblicke in seine Arbeit und erklärt, warum er von einer deutlichen Untererfassung der Fälle durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) ausgeht.

FOCUS Online: Herr Matthes, Sie leiten eine Studie zum Thema Impfnebenwirkungen an der Charité. Können Sie kurz schildern, was Sie derzeit erheben?

***Harald Matthes:** Wir machen jetzt seit zwei Jahren ein sogenanntes ImpfSurv-Register. Das ist eine Studie, bei der wir Daten von Menschen erheben, die entweder eine Covid-Infektion durchgemacht haben, oder die sich einmal, zweimal, dreimal oder, in wenigen Fällen sogar viermal, haben impfen lassen. Diese Menschen haben ihre Beschwerden nach der Infektion beziehungsweise nach den Impfungen über ein System, das die Charité als elektronisches System betreibt – was REDCap heißt – in regelmäßigen Abständen eingeben. Die Teilnehmer werden dabei menügesteuert durch verschiedene Fragebögen geführt.*

Es wird nach typischen Impfreaktionen gefragt, also zum Beispiel, ob der Impfarm erwärmt war oder geschmerzt hat und wie lange. Auch weitere Symptome, die nach der Impfung aufgetreten sind, werden abgefragt. Wenn ein Teilnehmer angibt, dass die Beschwerden weiter bestehend sind, wird dieser Patient in bestimmten Wochenabständen wieder kontaktiert und konkret befragt, ob die Beschwerden weiter bestehen und wie sie sich graduell entwickelten. Dabei ist wichtig zu betonen, dass diese Angaben subjektiv sind.

Wie groß ist Ihr Datensatz, also wie viele Menschen nehmen derzeit an der Studie teil?

***Matthes:** Wir verfolgen derzeit circa 10.000 Personen nach Impfung und deren Impfnebenwirkungen sehr systematisch.*

Zahlen zu erfassten Nebenwirkungen der Impfung

Laut Angaben des Robert-Koch-Instituts (RKI) wurden bis Ende Dezember 2021 mehr als 148,7 Millionen Impfungen gegen Corona mit den unterschiedlichen bis dato zugelassenen Impfstoffen in Deutschland durchgeführt. In 244.576 Fällen meldeten Ärzte einen Verdacht auf eine mögliche Nebenwirkung. Das entspricht einer Melderate von insgesamt 1,64 Meldungen pro 1000 Impfdosen, für schwerwiegende Reaktionen gab es pro 1000 Impfdosen 0,20 Verdachtsmeldungen. Harald Matthes von der Charité hält diese Zahlen für zu niedrig, tatsächlich geht er auf Basis seiner Studie von einer Untererfassung der Fälle von mindestens 70 Prozent aus. Schwere und anhaltende Nebenwirkungen seien dennoch selten.

Sie kommen in einem derzeit viel diskutierten Beitrag des MDR zu Wort, in dem es um Nebenwirkungen der Covid-19-Impfstoffe geht. Was hat sich seit der Ausstrahlung bei Ihnen getan?

Matthes: *Es ist nicht das erste Mal, dass solche Veröffentlichungen in der Presse zu einem großen Interesse an unserer Arbeit führen. Nachdem der Beitrag ausgestrahlt wurde – und es gab noch einen weiteren Bericht von „Plus-Minus" – haben sich erneut sehr viele Menschen gemeldet, die selbst unter Nebenwirkungen der Impfstoffe leiden und die uns ihre Daten zur Verfügung stellen wollen, damit wir die vielen verschiedenen Nebenwirkungen evaluieren können.*

Das sind Menschen, die bei fünf, sechs, sieben verschiedenen Ärzten waren und dort teilweise mit ihren Symptomen nicht ernst genommen wurden. Viele Ärzte sagen, das könne gar nicht mit der Impfung zusammenhängen. Andere sagen, es könnte vielleicht sein, aber sie können den Patienten nicht helfen. Die Betroffenen sind daher sehr froh, wenn auch mal öffentlich darüber berichtet wird, dass es teilweise schwere und auch länger anhaltende Nebenwirkungen der Impfstoffe gibt – auch wenn sie selten sind.

Lese-Tipp: Impf-Nebenwirkungen unterschätzt? Betroffene fühlen sich im Stich gelassen

Wie gehen Sie mit diesen gemeldeten Nebenwirkungen um?

Matthes: *Wir erfassen sie inzwischen in einem separaten Register. Es ist wichtig, dass diese Kohorte von den anderen getrennt wird, denn hier sind nur Fälle von Menschen vertreten, die bereits eine Komplikation haben und sich deshalb aktiv bei uns melden. Das heißt, da haben wir eine Sammlung von seltenen und auch schweren Nebenwirkungen, die letztendlich von uns so aufgearbeitet werden müssen – und das ist ja der springende Punkt bei solchen Register-Studien – dass klar wird, wie die Kausalität des Zusammenhangs ist.*

Wenn Menschen uns mitteilen, dass sie schwere Nebenwirkungen haben, dann ist das ja erstmal eine Mitteilung eines Verdachts. Und dann muss man versuchen, entsprechend die Kausalität herzustellen: Ist das möglich, ist das wahrscheinlich, oder ist das eher nicht wahrscheinlich?

Wir führen daher mit dieser Kohorte eine Nachbefragung zum zeitlichen Zusammenhang zwischen Impfung und Beschwerdebeginn durch. Wir versuchen dabei herauszufinden, wie wahrscheinlich ein Zusammenhang mit der Impfung ist und ob bestimmte Laboruntersuchungen durchgeführt wurden und vorliegen.

Lese-Tipp: Seit seiner zweiten Impfung ist Ken (35) krank - doch seine Ärzte wimmeln ihn ab

Im MDR-Beitrag sagen Sie, dass Sie von einer Untererfassung der gemeldeten Nebenwirkungen durch das Paul-Ehrlich-Institut ausgehen. Wie kommen Sie darauf?

Matthes: *Das Problem ist, dass in Deutschland kein Impfregister eingeführt wurde, mit dem man eine so große Impfkampagne wie die aktuelle mit den Sars-Cov-2-Impfstoffen hätte begleiten können. Gerade, wenn solche flächendeckenden Impfungen oder Maßnahmen durchgeführt werden, wäre es wichtig, dass man diese auch entsprechend gut dokumentiert.*

In Deutschland geht allerdings der Datenschutz vor. Da sind andere Länder seit Jahren schon weiter als wir. Daher haben wir viel davon profitiert, dass wir aus den skandinavischen Ländern Daten bekommen. Schweden und Dänemark zum Beispiel, aber auch Kanada und Israel haben gute epidemiologische Daten was solche Impfregister angeht. Deshalb haben wir unsere Daten der ImpfSurv-Studie immer mit diesen Daten aus dem Ausland verglichen. Natürlich haben wir auch geprüft, welche Meldungen beim Paul-Ehrlich-Institut eingehen.

Wenn man jetzt unsere Daten mit denen aus anderen Ländern mit vollständigen Impfregistern und mit denen des Paul-Ehrlich-Instituts vergleicht, sieht man, das unsere Daten eher denen aus anderen Ländern entsprechen. Das freut uns als Wissenschaftler natürlich. Auf der anderen Seite zeigt es aber auch, dass beim PEI nicht alle Verdachts-fälle so gemeldet werden, wie sie gemeldet werden sollten.

Warum haben Länder wie Dänemark oder Schweden Impfregister geführt, Deutschland aber nicht?

Matthes: *Schweden hat in der Vergangenheit ja schon einmal schlechte Erfahrungen mit dem Impfstoff Pandemrix gemacht. Damals hat sich der Gesundheitsminister und auch die Universität Stockholm bei den Bürgern entschuldigt, weil dort schwere Nebenwirkungen aufgetreten, aber zu spät gemeldet worden sind. Deshalb hat man in Schweden entschieden, dass in Abwägung gesellschaftlicher Schutz gegenüber dem individuellen Datenschutz an dieser Stelle zu Gunsten eines Impfregisters abzuwägen ist, gerade wenn neue Impfstoffe entwickelt werden. Wenn neue Impfungen massenhaft an die Bevölkerung gebracht werden, wird dort ein Register genutzt, um epidemiologischen Daten zu generieren, damit dann sehr früh Signale für potentielle Komplikationen entdeckt werden können.*

Deutschland hat sich für einen anderen Weg entschieden.
Matthes: *Man hat zwar immer gesagt, dass man in Deutschland vorsichtig ist und genau guckt – aber das Instrument für eine solche Beobachtung ist eben ein epidemiologisches Register und das gibt es in Deutschland nicht. Das heißt, es gibt eine Diskrepanz zwischen dem, was in der Öffentlichkeit gesagt worden ist und dem, was tatsächlich unternommen und etabliert wurde.*

Was könnte man jetzt noch tun, um die schlechte Datenlage in Deutschland zu verbessern?

Matthes: *Es haben schon mehrere Journalisten und auch Wissenschaftler gefragt, warum man nicht die Daten der Krankenversicherungen (KV) für eine Auswertung nutzt. Die KV bekommt ja gemeldet, wie viele Impfungen die Hausärzte durchgeführt haben. Das wird ja abgerechnet. Aus dem Abrechnungsdaten kann man aber auch Diagnosen herausfiltern und anonymisiert zusammenfassen, um zu sehen, ob neue zum Beispiel allergische Reaktionen auftreten oder Reaktivierungen von Infektionen – also Beschwerden, von denen wir wissen, dass sie durch die Impfungen ausgelöst werden können. Diesen Daten hätte man sammeln können. Aber man hat sich bewusst dagegen entschieden.*

Aus diesem Grund haben wir hier die Situation, dass das Paul-Ehrlich-Institut und die Politik nicht ihrer Behauptung nachkommen, sie würden sehr genau hingucken und alles für die Sicherheit tun. Und das ist der Grund, warum auch Frau Cichy für ihren sehr gut recherchierten Beitrag im MDR so angegangen wird.

Andreas Schöfbeck von der BKK Provita hatte eine ähnliche Idee und ließ die Daten von zehn Millionen Versicherten auswerten. Er fand die Zahl der so ermittelten Nebenwirkungen so alarmierend, dass er einen öffentlichen Brief an das Paul-Ehrlich-Institut schrieb, mit der Aufforderung, die Daten schnellstmöglich zu prüfen. Er wurde fristlos entlassen.

Matthes: *Wenn man Andreas Schöfbeck etwas vorwerfen kann, dann vielleicht, dass er nicht vorsichtig genug formuliert hat. Er hätte sagen sollen, es gibt hier einen Hinweis, die Kausalität ist aber noch zu prüfen. Es war nicht ganz klar, ob er sich politisch geäußert hat, oder ob er einfach seiner Sorgfaltspflicht nachkommen und sagen wollte: Hier ist ein Signal, das bitte genauer untersucht werden muss. Diese kleine Differenzierung hat ihn den Job gekostet.*

Wenn man sich dann aber anguckt, wie in der Öffentlichkeit zurzeit schwarz/weiß gemalt wird und mit welcher Heftigkeit bestimmte Meinungen ausgetauscht werden, ohne dass da Fakten sind – dann merkt man schon, wie ungerecht er für etwas abgestraft worden ist, das vielleicht nicht ganz vorsichtig formuliert war.

Es ist doch völlig normal, dass jemand einen Hinweis gibt oder sagt, wir wollen untersuchen, ob es eine Gefährdung durch die Impfungen gibt. Mehr hat er ja gar nicht sagen wollen. Da merkt man, wie aufgeheizt die Stimmung war zwischen den beiden extremen Lagern.

Mehr zum Thema: Mehr Impf-Nebenwirkungen als bekannt? Krankenkassen-Daten sorgen für Diskussionen

Man hätte den Fall auch nutzen können, um Transparenz zu zeigen und zu beweisen, dass die Dokumentation von Nebenwirkungen ernst genommen wird. Wie hoch schätzen Sie denn die Untererfassung beim Paul-Ehrlich-Institut ein?

Matthes: *Wenn wir die Daten mit anderen Registern vergleichen, liegt sie mindestens bei 70 Prozent.*

Wie kommt es zu dieser großen Diskrepanz?

Matthes: *Wir wissen, dass wir in Deutschland auch schwere Arzneimittelwirkungen nicht sehr gut melden, dass wir also ein Underreporting haben. Das hat etwas mit der Ärzteschaft zu tun. Die Ärzte sind zwar gesetzlich zur Meldung verpflichtet, aber es macht eben viel Arbeit und wird deshalb oft nicht so ausgeführt, wie man es sich wünschen würde.*

Und sicher haben wir jetzt bei der Sars-Cov-2-Impfung die Situation, dass auch aufgrund der Politisierung der Impfung entsprechend viele Ärzte auch nicht bereit waren, Symptome, die als Verdacht hätten gemeldet werden müssen, auch zu melden – weil der Eindruck entstehen könnte, dass die Impfung stark nebenwirkungsreich sein könnte.

Wie empfinden Sie diese Politisierung eines medizinischen Eingriffs?

Matthes: *Das ist nicht sehr wissenschaftlich. Wenn man sich ansieht, was nach dem Beitrag vom MDR zum Beispiel auf Twitter geschrieben wird, erkennt man, wie schwierig aktuell eine sachliche Diskussion zu diesem Thema ist. Es gab Menschen, die geschrieben haben, wir würden die Impfung diskriminieren wollen – was natürlich völliger Unsinn ist.*

Medizin ist eine empirische Wissenschaft und wir versuchen empirisch zu schauen, wie gut oder schlecht die Impfung ist, was sie für Nebenwirkungen hat. Ich persönlich habe auch ein Impfzentrum mitgeleitet und wir haben auch viel geimpft – also dann zu sagen, ich wäre ein Impfgegner, ist absurd.

Welche weiteren Erkenntnisse konnten Sie bislang durch ihre Studie gewinnen?

Matthes: *Wir haben zum Beispiel festgestellt, dass Menschen, die schon einmal Herpes zoster oder Herpes labialis hatten, nach der Impfung auch eine vermehrte Reaktivierung dieser Viren hatten, sodass man sagen kann, dass das Risikofaktoren für die Impfung sind, also ein Risiko, um Impfnebenwirkungen zu entwickeln.*

Wir sehen außerdem, dass die Beschwerden von Menschen mit Long-Covid, also anhaltenden Beschwerden nach einer Corona-Infektion, häufig den unerwünschten Symptomen ähneln, die Menschen nach einer Sars-Cov-2-Impfung beschreiben. Und das ist doch interessant!

Wir wissen, dass der schwere Covid-Verlauf mit einer überschießenden Immunreaktion zu tun hat und wenn wir jetzt sehen, dass wir durch die Impfung ähnliche Symptome haben, dann wissen wir, das hat etwas mit dem Spike-Protein zu tun. Und es hat damit zu tun, dass bestimmte Strukturen, die das Spike-Protein aufweist, offensichtlich in ähnlicher Form im Organismus vorhanden sind, die dann wie bei einer Allergie falsch erkannt und attackiert werden.

Welche Systeme sind davon betroffen?

Matthes: *Die Myokarditis, also eine Herzmuskelentzündung, können wir zum Beispiel gut erklären, denn die Gefäße des Herzmuskels haben diesen ACE-2-Rezeptor, auf den das Spike-Protein besonders affin bindet. Auch die Nervenscheiden haben ähnliche Rezeptoren.*

Und das sind ja die Dinge, die wir verstehen wollen, um auch zu gucken, was verbessert werden kann. Wir wollen verstehen, welche Epitope besonders gefährlich sind, um solche falschen immunologischen Reaktionen auszulösen und welche Epitope gut vor dem Virus schützen können, gleichzeitig aber keine ähnlichen Strukturen im Körper vorhanden sind und damit die immunologischen Reaktionen reduzieren könnte.

Uns geht es ja nicht darum, die Impfung gut oder schlecht zu machen, sondern zu schauen, was man verbessern kann. Und das ist ja etwas, was gerade bei einer so neuartigen Impfung aus meiner Sicht jedenfalls wünschenswert gewesen wäre.

Haben Sie in Ihren Daten Warnsignale gefunden, die das Paul-Ehrlich-Institut nicht entdeckt hat?

Matthes: *Also wenn wir unsere Daten mit denen anderer Länder vergleichen, können wir sagen, dass insbesondere die seltenen neurologischen Erscheinungen beim Paul-Ehrlich-Institut deutlich unterrepräsentiert sind. In anderen Registern aus dem Ausland tauchen sie aber auf. Wir haben keine neuen Komplikationen entdeckt, die nicht zum Beispiel schon in schwedischen, dänischen, kanadischen oder israelischen Registern aufgeführt wurden. Aber wir haben etwas Interessantes entdeckt, und zwar, dass die Komplikationen zum Teil Chargen-abhängig assoziiert waren.*

Unterschiedliche Impfstoff-Chargen haben unterschiedlich starke Nebenwirkungen ausgelöst?

Matthes: *Ja. Es sind dazu auch schon zwei Publikationen erschienen von anderen Gruppen, wo man auch gesehen hat, dass offensichtlich die Konzentration beim Impfstoff in einer Charge besonders hoch war, weil eben auch die Nebenwirkungsrate höher waren als bei anderen Chargen.*

Wie kann so etwas passieren? Die Chargen werden doch regelmäßig geprüft…

Matthes: *Also wenn ich ehrlich bin, war ich als Wissenschaftler doch eher erstaunt, wie schnell man die Impfstoffproduktion in diesen Massenbetrieb bekommen hat. Wir haben ja ähnliche Erfahrungen bei Neuentwicklungen von Impfstoffen in der Vergangenheit gehabt und gesehen, dass es eben sehr lange dauert, bis die Chargen wirklich standardisiert sind – gerade, wenn sie schnell und in großer Menge produziert werden. Dass es da zu Schwankungen kommt, ist nicht ungewöhnlich.*

Man kann also nicht sagen, das darf nicht passieren, sondern Wissenschaft und Neuentwicklung bedeuten immer, dass bestimmte Dinge nicht vorhergesagt werden können. Wir können nur dann, wenn etwas auftritt, untersuchen, warum es so ist. Deshalb wäre es eigentlich erforderlich, wenn man in so kurzer Zeit etwas entwickelt, dass man dann ein Impfregister einrichtet, um möglichst schnell auch Warnsignale erkennen zu können.

Wenn Sie sich anschauen, wie viele unterschiedliche Nebenwirkungen allein in Ihren Daten auftauchen, wenn Sie bedenken, wie viel wir über die Sicherheit der Impfstoffe noch nicht wissen und vielleicht auch nicht wissen können aufgrund der Art und Weise, wie Nebenwirkungen derzeit dokumentiert werden – was bedeutet das für die Nutzen-Risiko-Bewertung der Impfstoffe? Können Menschen aus Ihrer Sicht mit den jetzt vorhandenen Informationen eine gute Entscheidung für sich treffen?

Matthes: *Das ist jetzt eine hochpolitische Frage. Unter Omikron kann man das noch nicht genau sagen, aber bis zur Delta-Variante fiel das Nutzen-Risiko-Verhältnis sicher immer zu Gunsten der Impfung aus. Auch die unter 40-Jährigen haben von der Impfung profitiert.*

Aber ich glaube, uns fehlt in Deutschland das Vertrauen in die Politik und in die Wissenschaft. Sie ist missbraucht worden, wir haben keine differenzierten Diskussionen in

der Öffentlichkeit geführt, sodass wir inzwischen neben einer breiten Mitte auch zwei extreme laute Lager vor allem in den sozialen Medien haben."

Beweis und Glaubhaftmachung:

https://www.focus.de/gesundheit/news/charite-forscher-harald-matthes-im-interview-mindestens-70-prozent-untererfassung-bei-den-impfnebenwirkungen_id_76570926.html

- als Anlage B 407 -

Der Forscher bejaht die Frage des Nutzens der Impfung gerade nicht klar und eindeutig. Er geht von 70% Untererfassung von Impfnebenwirkungen aus. Auch er als Praktiker weist zutreffend auf die auf mehreren Gründen beruhende „Unlust" der Impf-ärzte, Meldungen an das PEI zu verfassen, hin. Er weist auf unterschiedliche Risiken je nach Impfcharge hin, was auch nicht ansatzweise sein dürfte („Russisches Roulette").

Unklar ist aber, ob dem Wissenschaftler bekannt ist, dass z.B. auch zuletzt negativ PCR-getestete Personen in der Todesstatistik des RKI gelangen können, d.h. das RKI bauscht die Todesstatistik gegen jegliche wissenschaftliche Vernunft künstlich auf. Dann aber ist selbst die obige Aussage, wonach jedenfalls bis zur (mittlerweile nicht mehr vorhandenen) Delta-Variante das Kosten-Nutzen-Risiko zu Gunsten der Impfung ausgefallen ist, sehr fraglich. Unklar ist auch, ob bei dieser Kosten-Nutzen-Risikobewertung auch der gigantische Kosten-, Organisations- und Zeitaufwand für die Impf-kampagnen, die Errichtung und Unterhaltung der Impfzentren, die sehr großzügigen Arzthonorare für die Impfungen, die (auch langfristigen) Kosten für die Beseitigung der Impfschäden etc. etc. auch nur ansatzweise in die Bewertung mit eingestellt worden sind (vermutlich nicht …)?

Der Forscher legt ferner dar, dass man sich politisch bislang bewusst gegen die naheliegende Möglichkeit, die Abrechnungsdaten der Krankenkasse genau zu kontrollieren, entschieden hat und dass das PEI und die Politik gerade nicht „*(…) ihrer Behauptung nachkommen, sie würden sehr genau hingucken und alles für die Sicherheit tun. Und das ist der Grund, warum auch Frau Cichy für ihren sehr gut recherchierten Beitrag im MDR so angegangen wird.*"

Wie kann eine Impfpflicht allen Ernstes verfassungskonform sein, wenn das PEI gerade nicht genau hinsieht und gerade nicht alles für die Sicherheit der Impfstoffe tut?!

Der Link zur direkten Untersuchung der Charité-Studie lautet

https://www.charite.de/service/klinische_studien_detail/item/studien_detail/impfsurv/

- als Anlage B 408 -

6. Ein weiterer Artikel der "WeLT" legt substanziiert dar, warum die offiziellen Todeszahlen von Anfang an – zurückhaltend formuliert - mit äußerster Vorsicht zu interpretieren gewesen und noch immer sind.

Dies nicht nur, weil

- nur ein minimaler Bruchteil der offiziellen Corona-Todesfälle überhaupt obduziert wird, - weil auch lediglich „mit Corona“(viruströmmerresten) verstorbene Personen Eingang in die Statistik finden oder

- weil auch zuletzt negativ getestete Personen als Corona-Fälle in der Statistik landen können, sondern auch aus gleich mehreren Gründen:

Vgl.

“***Warum die Corona-Todeszahlen täuschen***
Stand: 08.04.2022 | Lesedauer: 6 Minuten

Von Jörg Phil Friedrich
Autor

Täglich melden die Nachrichten den Tod von einigen hundert Menschen in Deutschland, die „an oder mit Corona“ verstorben sind. Das klingt dramatisch. Doch ordnet man die Zahlen mit Hilfe einfacher statistischer Berechnungen ein, stellt sich die Lage ganz anders dar.

Tag für Tag melden die Nachrichten den Tod von einigen hundert Menschen in Deutschland, die „an oder mit Corona“ verstorben sind. Das klingt viel, aber ist es wirklich erwähnenswert? Dass Menschen sterben, zumal im Alter, ist tragisch, aber nicht zu ändern. Das gilt grundsätzlich auch für Menschen, die mit dem Coronavirus infiziert sind und sterben: Ihr Altersmedian liegt laut Robert-Koch-Institut bei 85 Jahren. Ob die Infektion mit dem Coronavirus bei einer infizierten Person wesentlich dazu beigetragen hat, dass sie gerade zu diesem Zeitpunkt verstorben ist, ist jeweils schwer einzuschätzen. Aber natürlich könnte man indirekt mit statistischen Methoden ermitteln, wie sehr die Infektion das Risiko zu sterben erhöht.

Die täglichen Meldezahlen in Deutschland sind mangelhaft. Einerseits kann das Todesdatum schon einige Zeit zurückliegen, andererseits werden auch Personen als „an oder mit Corona verstorben“ erfasst, deren Infektion schon einige Zeit zurückliegt. Man kann aber die Zahlen, die wir täglich aus den Medien erfahren können, auch einmal als ungefähr richtig annehmen und fragen, in welchem Ausmaß sie tatsächlich zeigen, dass die aktuelle Virus-Variante in der aktuellen Situation (Impfquote, Genesenenquote) wirklich als besorgniserregend angenommen werden muss. Dazu genügen ein paar einfache Rechnungen, allerdings auch ein paar Annahmen, über die man diskutieren kann.

Jedes Jahr starben vor Beginn der Pandemie in Deutschland rund 950.000 Menschen. Auch ganz ohne Corona ist die Tendenz seit Jahren steigend, Grund ist der demografische Wandel, der dazu führt, dass immer mehr Menschen ins hochbetagte Alter kommen, in dem das Leben trotz medizinischer Hochleistung und gesunder Lebensweise zu Ende geht. Jeden Tag sind es also etwa 2600 Personen, die von ihren Angehörigen betrauert und zu Grabe getragen werden. Das sind, bei ca. 83 Mio. Einwohnern, 0,0031 Prozent.

Wenn man eine zufällige Auswahl von einer Million Menschen in Deutschland einen Tag lang beobachten würde, wäre also zu erwarten, dass ungefähr 31 von ihnen innerhalb eines Tages versterben. Und würde man diese Personen nach irgendeinem beliebigen Kriterium auswählen, etwa nach dem Wohnort, nach der Haarfarbe, nach der Körpergröße, und würden von diesen auch ungefähr 31 versterben – dann wäre man wohl nicht überrascht, sondern man würde vermuten, dass das Auswahlkriterium nichts mit dem Tod dieser Menschen zu tun hat, dass sie also zwar „mit" diesem Merkmal gestorben sind, aber nicht wegen dieses Merkmals.

Es gibt statistische Methoden, die Sicherheit solcher Aussagen zu bewerten. Die müssen uns hier aber nicht interessieren, weil es nur um eine grobe Abschätzung und Einordnung der Zahlen geht. Die Zahl der bekannten aktiven Fälle betrug am 1. April 2022 rund 4,6 Millionen. Einmal angenommen, diese Menschen seien hinsichtlich Alter, sonstigen Erkrankungen und anderen Risikofaktoren ganz normale Bürger, müssten wir erwarten, dass etwa 144 von ihnen von einem Tag auf den anderen sterben. Die täglichen Todeszahlen der „an oder mit verstorbenen" Menschen betrugen Anfang April laut den Daten der Johns Hopkins Universität im Sieben-Tage-Mittel 228.

Um die Gefahr für eine infizierte Person richtig beurteilen zu können, muss man natürlich nicht nur die bekannten Infektionen, sondern auch die unentdeckten Infektionen berücksichtigen. Diese Zahl zu schätzen, ist besonders schwierig, aktuelle wissenschaftliche Zahlen liegen dafür nicht vor. Ende 2021 schätzte man bereits, dass nur die Hälfte bis ein Drittel der Infektionen überhaupt erkannt werden. Mit höheren Impf- und Genesenenzahlen könnte der Anteil der erkannten Infektionen noch weiter sinken. Außerdem sinkt dieser Anteil, wenn eine Virusvariante mit höherer Infektiosität und schwächeren Krankheitsverläufen sich durchsetzt. Die steigende Positivrate bei PCR-Tests weist auf eine weiter wachsende Dunkelziffer unerkannter Infektionen hin.

Wir müssen also, um die Zahl der Coronatoten beurteilen zu können, versuchen, auch die unentdeckten, oft sogar asymptomatischen Fälle mitzuberücksichtigen. Das ist besonders wichtig, da viele Infektionen gerade dann bemerkt werden, wenn Menschen ins Krankenhaus kommen. Somit kommen Menschen mit hohem Risiko verstärkt in die Gruppe der bekannten Fälle.

Fehlende Gelassenheit

Es gibt also zum einen die 4,6 Millionen bekannten Fälle. Der Einfachheit halber nehmen wir an, dass jede Person, die von dieser Gruppe innerhalb eines Tages stirbt, auch als „an oder mit Corona"-Verstorbene gezählt wird (das ist allenfalls für einige wenige UnfallOpfer nicht der Fall). Von dieser Gruppe sterben also laut Johns Hopkins

Universität innerhalb eines Tages 228 Menschen. Dazu kommt die Dunkelziffer: Wir rechnen hier ganz konservativ damit, dass auf jeden bekannten Fall ein unentdeckter Fall kommt. Auch der Bundesgesundheitsminister nimmt diese Quote an. Wir gehen also von zusätzlich 4,6 Millionen Menschen aus, die ebenfalls infiziert sind, allerdings unentdeckt. Bei einer Altersverteilung, die dem Durchschnitt der Bundesrepublik entspricht, sterben von diesen rein statistisch innerhalb eines Tages etwa 144 Menschen – ganz unabhängig davon, ob sie mit dem Coronavirus infiziert sind oder nicht.

Nun führen wir beide Gruppen, die bekannten Infizierten und die unentdeckt Infizierten, zusammen. Von diesen insgesamt ca. 9,2 Mio. aktuell infizierten Menschen in Deutschland sterben also innerhalb eines Tages etwa 228 bekannte Corona-Fälle und 144 nicht entdeckte Corona-Fälle, also insgesamt 372 Menschen, das sind 0,004 Prozent. Das ist die statistische Wahrscheinlichkeit für eine aktuell mit Corona infizierte Person in Deutschland, von einem Tag auf den anderen zu sterben. Sie liegt um nicht einmal 0,001 Prozentpunkte höher als für eine Person, die nicht mit Corona infiziert ist.

Gegenüber der Gesamtzahl der täglich zu erwartenden 2.600 Toten unter den 83 Millionen Menschen in Deutschland müssen wir also statistisch gegenwärtig mit 84 Toten mehr, also 2.684 Toten rechnen, damit liegt die tägliche rechnerische Übersterblichkeit durch Corona bei drei Prozent.

Die genauen Zahlen, die hier angegeben sind, ergeben sich natürlich nur aus der Berechnung und sollen keine exakten Aussagen über die tatsächlichen Werte sein. Die Berechnung ist eine grobe Abschätzung, die im Detail womöglich korrigiert werden könnte. Vielleicht entspricht die Altersverteilung der Infizierten nicht der Alterspyramide in der Bevölkerung, vielleicht gibt es auch einige Menschen, die unentdeckt an Corona sterben, vielleicht gibt es mehr Fälle unter den bekannten Infizierten, die nicht in die Statistik der Coronatoten einfließen.

Zuletzt hängt die Beurteilung von der tatsächlichen Dunkelziffer ab – vieles spricht dafür, dass sie eher noch deutlich höher ist. All das mag die Rechnung verschieben, ändert aber nichts daran, dass es in einer Situation, in der in Deutschland aktuell einige Millionen Menschen das Coronavirus in sich tragen, nicht überraschen kann, dass täglich einige hundert sterben, bei denen das Virus nachgewiesen worden ist. Das wäre sogar dann so, wenn das Virus selbst völlig ungefährlich für den Menschen wäre.

Nochmals: die Zahl derer, bei denen die Coronainfektion wirklich ursächlich für den Tod ist, liegt in Deutschland nach den hier angestellten Berechnungen gegenwärtig etwa bei einem Wert von 84. Jeder einzelne Tod ist tragisch und zu betrauern. Wir gehen allerdings gesellschaftlich mit der Tatsache, dass Menschen an vermeidbaren Ursachen sterben, in anderen Fällen gelassener um. 2020 sind in Deutschland täglich im Durchschnitt mehr als 80 Menschen bei einem Unfall ums Leben gekommen, und an Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben täglich sogar fast 1.000 Menschen in Deutschland."

https://www.welt.de/kultur/plus237976301/Corona-Warum-die-Todeszahlen-taeuschen.html

- als Anlage B 409 -

Ist somit die von den Behörden behauptete Gefährlichkeit der derzeitigen Omikron-Variante in Wahrheit objektiv viel weniger besorgniserregend als offiziell behauptet, kann eine Impfpflicht nicht im verfassungsrechtlichen Sinne angemessen sein.

7. Bedauerlicherweise wurde in der Auflistung im letzten Schriftsatz die Angabe der Beschwerdeführerin Nr. 57 vergessen.

Diesen Fehler beheben wir nachfolgend, indem wir bitten, das Rubrum wie folgt zu fassen:

„***A) Rubrum***
„In dem Verfassungsbeschwerdeverfahren

1. -
57. -

Der Verfassungsbeschwerde ist stattzugeben.

(Dr. Lipinski)
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Verwaltungsrecht

Anlagen

B 386 – B 409

Anlagen:

https://drive.google.com/drive/folders/18Pq9wKpsep-cl-mjVRETavgEr2MR9L6L?usp=sharing