

# **Aufsatz: Wäre eine direkte oder indirekte Impfpflicht gegen COVID-19 verfassungsgemäß? (vom 05.09.2021)**

**Darf der Staat anordnen, dass sich Menschen gegen COVID-19 impfen lassen und die Impfung zwangsweise mit hohen Bußgeldern oder sogar mit körperlicher Gewalt durchsetzen? Darf der Staat das Einkaufen im Supermarkt, den Besuch des Theaters oder gar das Aufsuchen des Krankenhauses von einer vorherigen Impfung abhängig machen? Der nachfolgende Aufsatz geht diesen – sich derzeit dringlich stellenden –Fragen nach.**

## **I. Einleitung**

Von einer direkten Impfpflicht spricht man, wenn per Gesetz oder Verordnung eine Pflicht zur COVID-19-Impfung bestünde, die gegebenenfalls auch mit staatlichem Zwang, beispielsweise mittels Bußgeldern oder körperlicher Gewalt, durchgesetzt werden könnte. Sie würde einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) darstellen. Sie wäre auch dann anzunehmen, wenn durch Gesetz oder Verordnung verlangt würde, dass bestimmte Berufsgruppen, wie beispielsweise Berufe des Gesundheitswesens, für die weitere Ausübung ihres Berufes einen Impfnachweis benötigen, so wie es in Frankreich und Italien bereits der Fall ist. In den Fällen, in denen die weitere Ausübung des Berufs von einer COVID-19-Impfung abhängig ist, liegt auch ein Eingriff in die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG vor. Das Recht der Eltern auf Pflege und Erziehung ihres Kindes (Art. 6 Abs. 2 GG) wäre tangiert, wenn der Schulbesuch von dem Nachweis einer COVID-19-Impfung abhängig gemacht würde. Da in Deutschland Schulpflicht besteht, wäre – infolge dieses Normbruchdilemmas nach hier vertretener Auffassung – insoweit ebenfalls eine direkte Impfpflicht anzunehmen. Für das schulpflichtige Kind würde diese Impfpflicht einen Eingriff in das Recht auf körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG darstellen.

Eine indirekte Impfpflicht hingegen liegt dann vor, wenn per Gesetz oder Verordnung zwar keine Impfpflicht angeordnet wird, aber rein faktisch ein Impfzwang begründet wird: Eine entsprechende Regelung durch Verordnung oder Gesetz, wonach der Zutritt zum Bahnverkehr nur mit Impfnachweis gegen COVID-19 möglich ist, würde insbesondere

ungeimpften und auf den öffentlichen Nahverkehr angewiesenen Pendlern nicht mehr ermöglichen, zur Arbeit zu kommen. Die Beschränkung des Bahnverkehrs auf Geimpfte würde einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG darstellen, da ungeimpfte Pendler ihrem Beruf nicht mehr nachgehen könnten. Auch eine Regelung durch Gesetz oder Verordnung, wonach der Zutritt insbesondere zu Geschäften, Supermärkten, Apotheken, Arztpraxen und Krankenhäusern nur mit Nachweis über eine COVID-19-Impfung möglich wäre, stellte eine indirekte Impfpflicht dar. Hierbei handelt es sich um Einrichtungen der Daseinsvorsorge, auf die jeder angewiesen ist. Durch eine derartige Regelung wären Ungeimpfte hiervon abgeschnitten, was faktisch einem direkten Impfwang gleichkommt. Darüber hinaus wären aber auch derartige Regelungen für Restaurants, Kultur- und Freizeiteinrichtungen und dergleichen wegen ihres faktischen Drucks und des Bedürfnisses nach sozialer Teilhabe im weiteren Sinne unter eine indirekte Impfpflicht zu fassen. Von einer indirekten Impfpflicht ist zudem auszugehen, wenn zwar der Zutritt neben Geimpften auch Getesteten gewährt wird, aber der Test – so wohl ab Oktober 2021 – kostenpflichtig sein wird. Gerade Geringverdiener und Studenten können die teilweise täglich anfallenden Kosten für einen Selbsttest nicht erbringen. Um nur beispielhaft einige weitere beeinträchtigte Grundrechte zu nennen: Solche Regelungen stellen einen Eingriff in Art. 3 Abs. 1 GG dar, da Ungeimpfte gegenüber Geimpften benachteiligt werden. Ferner läge ein Eingriff in das Recht auf Religionsausübungsfreiheit nach Art. 4 Abs. 2 GG vor, würde der Zutritt zu Kirchen, Synagogen, Moscheen oder sonstigen Religionsstätten vom Nachweis einer COVID-19-Impfung abhängig gemacht. Wird ungeimpften Studenten der Zutritt zur Hochschule verwehrt, so liegt darin ein Eingriff in das Recht auf freie Wahl einer Ausbildung nach Art. 12 Abs. 1 GG. Letztlich liegt stets ein Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG vor.

Ein Eingriff in die beispielhaft genannten Grundrechte ist nur dann verfassungsgemäß, wenn er **verhältnismäßig** ist. Der zentrale Begriff der **Verhältnismäßigkeit** setzt voraus, dass mit einem Grundrechtseingriff ein **legitimes Ziel** verfolgt wird, der Eingriff **geeignet** ist, die Zielerreichung zu fördern, er **erforderlich** ist, weil es kein mildereres, gleichermaßen geeignetes Mittel gibt, und der Eingriff schließlich auch **angemessen** ist, d.h. verhältnismäßig im engeren Sinne.

Die Impfung gegen COVID-19 wird als einziges Mittel im Kampf gegen COVID-19 beworben. Ist dem wirklich so? Die Bundesregierung und die Landesregierungen argumentieren, dass nur mit einer Durchimpfung der Bevölkerung die COVID-19-

Pandemie bekämpft werden könne. Nur mit den Impfungen könne Herdenimmunität hergestellt werden und damit die Ausbreitung von SARS-COV-2 verhindert werden. Gleichzeitig werde dadurch die COVID-19-Pandemie beendet und eine Rückkehr zum normalen Leben möglich. Das legitime Ziel einer Impfpflicht ist das Erreichen von Herdenimmunität, die Verhinderung der Ausbreitung von SARS-CoV-2 und eine Beendigung der Pandemie.

## **II. Geeignetheit der Impfpflicht – Wirksamkeit der Impfstoffe**

Es stellt sich die Frage, ob die derzeit verfügbaren COVID-19-Impfstoffe geeignet sind, um eine weitere Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern und um eine Herdenimmunität herzustellen.

Bereits aus den Zulassungspapieren bei der European Medicines Agency (EMA) ergibt sich, dass alle derzeit bedingt zugelassenen Impfstoffe der Verhinderung einer COVID-19-Erkrankung dienen. Jedoch wird bei allen vier Impfstoffen die Frage, ob durch diesen Impfstoff eine Übertragung bzw. Weiterverbreitung verhindert werden kann, dahingehend beantwortet, dass der Einfluss der Impfung auf die Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus in der Gemeinschaft nicht bekannt ist. Weiter heißt es auf der Homepage der EMA, dass noch nicht bekannt ist, wie viele geimpfte Menschen noch das Virus in sich tragen und es verbreiten können

(vgl. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty>; <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna>; <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca>; <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/covid-19-vaccine-janssen>). Das bedeutet, dass sich bereits aus den Zulassungsdokumenten der EMA ergibt, dass alle vier COVID-19-Impfstoffe gar nicht dafür zugelassen wurden, eine Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern oder zu reduzieren, sondern allein zur Verhinderung einer COVID-19-Erkrankung. Nach den Zulassungsdokumenten ist bereits äußerst fraglich, ob durch die COVID-19-Impfstoffe das Ziel, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern, überhaupt erreicht werden kann.

Ein Bericht der amerikanischen Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vom 6.8.2021 stellt die Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe in Frage. Darin heißt es: „Insgesamt waren 274 (79 %) geimpfte Patienten mit einer Durchbruchinfektion symptomatisch. Von fünf COVID-19-Patienten, die ins Krankenhaus eingeliefert wurden, waren vier vollständig geimpft; Todesfälle wurden nicht gemeldet. Die

Zyklusschwellenwerte der Reverse-Transkriptions-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR) in Proben von 127 geimpften Personen mit Durchbruchsfällen waren mit denen von 84 ungeimpften Personen vergleichbar.“

([https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s\\_cid=mm7031e2\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s_cid=mm7031e2_w)). Dem letzten Satz ist zu entnehmen, dass die Geimpften eine genauso hohe Viruslast hatten wie die Ungeimpften. Das bedeutet, dass Geimpfte genauso ansteckend sind, wie Ungeimpfte. Auch die jüngste Veröffentlichung von der englischen Gesundheitsbehörde Public Health England im [PHE Technical Briefing 20](#) vom 6.8.2021 stellt fest, dass Geimpfte und Ungeimpfte gleich ansteckend sind: „PCR-Zyklusschwellenwerte (Ct) aus routinemäßig durchgeführten Tests in England zeigen, dass die Ct-Werte (und dem entsprechend die Viruslast) bei ungeimpften und geimpften Personen ähnlich sind.“([https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/1009243/Technical\\_Briefing\\_20.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1009243/Technical_Briefing_20.pdf)).

Dies deckt sich mit den Ergebnissen weiterer amerikanischer und britischer Studien:

(<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v2>)

(<https://www.ndm.ox.ac.uk/files/coronavirus/covid-19-infection-survey/finalfinalcombinedve20210816.pdf> ).

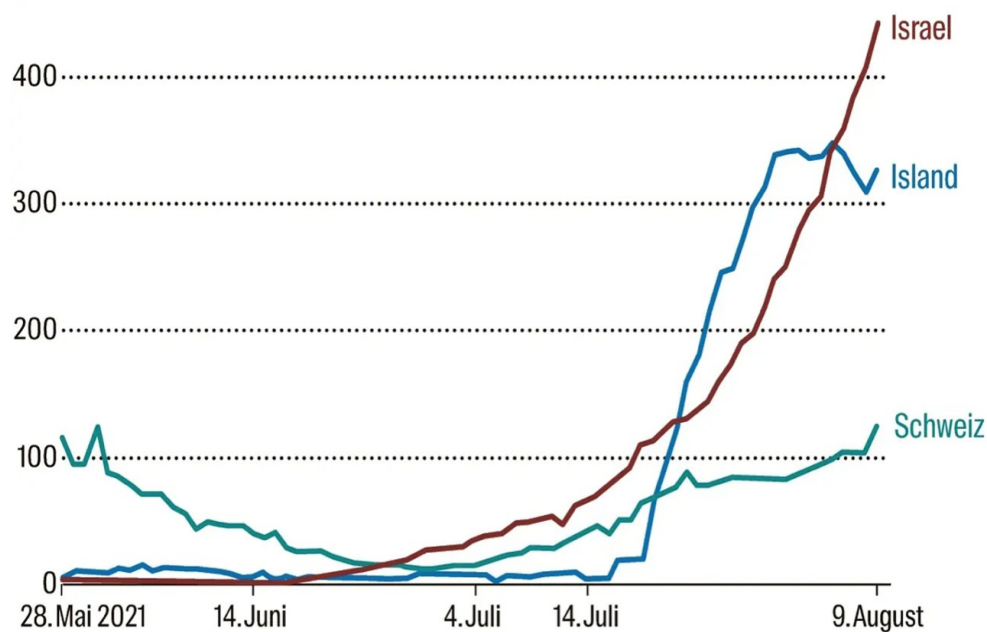
Eine am 10.8.2021 im Preprint im Fachjournal „The Lancet“ veröffentlichte Studie ([https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=3897733](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733)) kam sogar zu dem Schluss, dass geimpfte Personen bei Infektion mit der Delta-Variante eine 251-mal höhere Virenlast als Ungeimpfte in den Nasenlöchern haben, wie mit den früheren Varianten (sic!). Eine derart hohe Virenbelastung wurde bislang bei Ungeimpften nicht festgestellt. Bei dieser Studie handelt es sich um eine Untersuchung von der renommierten Oxford University Clinical Research Group, die sich mit Durchbruchsinfektionen in einem Krankenhaus in Vietnam befasste.

Wissenschaftlich fehlerhaft und ungenügend ist insoweit das epidemiologische Bulletin 35/2021 vom 2.9.2021 (online vorab) des Robert Koch-Instituts (RKI), das aufgrund mathematischer Modelle nach wie vor von einer Wirksamkeit der COVID-19-Impfungen ausgeht und dabei die eben angeführten Berichte der englischen Gesundheitsbehörde Public Health England vom 6.8.2021 und der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC vom 6.8.2021 sowie die drei eben genannten Studien ignoriert. Insoweit auch überholt ist der Aufsatz „COVID-19-Impfungen vor dem Hintergrund einer Impfpflicht“ von Patrick Aligbe (BePR 2021, 274- 278), der hinsichtlich der Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe auf das epidemiologische Bulletin 16/2021 des RKI abstellt.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass Länder mit einer hohen Impfquote wie Israel, Island oder der US-Bundesstaat Hawaii derzeit einen Anstieg an Infektionen und Krankenhauseinweisungen verzeichnen. Die Luzerner Zeitung titelte dazu, dass bei den Impfvorreitern Israel und Island die Coronazahlen explodieren (<https://www.luzernerzeitung.ch/international/impfwirkung-laesst-nach-island-und-israel-ploetzlich-explodieren-bei-den-impfvorreitern-die-corona-zahlen-Id.2172608>). Folgende Grafik aus diesem Artikel veranschaulicht das:

## Steigende Infektionszahlen in Israel und Island

Anzahl täglicher Neuinfektionen im 7-Tage-Schnitt pro Million Einwohner



Quelle: ourworldindata.org; Grafik: mlu

Der Chefepidemiologe Gudnason von Island zeigte sich über die Wirksamkeit der Impfung enttäuscht (vgl. Luzerner Zeitung, aaO). In Island sind 75% der Bevölkerung doppelt geimpft und 6% einfach geimpft. Gudnason folgerte daraus, dass mit den COVID-19-Impfungen Herdenimmunität nicht erreicht werden kann. In Israel sind knapp 60% der Bevölkerung doppelt geimpft. Hawaii ist der Bundesstaat mit der höchsten Impfquote in den USA. Schon Mitte April war der Höhepunkt der Impfkampagne überschritten. Laut der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC wurden 99,9% der über 65-Jährigen in Hawaii

geimpft. Auch nach Angaben des Bundesstaates Hawaii sind die Fälle für Personen über 65 in Hawaii auf einem Allzeitrekord und wachsen „exponentiell“

(<https://tkp.at/2021/08/19/hawaii-massiver-anstieg-von-infektionen-unter-geimpften-insbesondere-bei-65/>).

Die praktischen Beispiele aus Ländern mit hoher Impfquote wie Israel, Island und Hawaii zeigen, dass mit den COVID-19-Impfungen keine Herdenimmunität erreicht werden kann. Dies bestätigte sogar der Chefepidemiologe Islands. Die Situation in Island, Israel und Hawaii hat sich nach den Impfungen eher verschlimmert, als verbessert.

Die Beweislast für die Geeignetheit der COVID-19-Impfstoffe trägt der Staat. Das bedeutet, dass der Staat beweisen muss, dass die COVID-19-Impfstoffe eine weitere Ausbreitung von SARS-CoV-2 verhindern und zu einer Herdenimmunität in der Bevölkerung gegen SARS-CoV-2 führen. Diesen Beweis wird der Staat angesichts der eindeutigen Zulassungsdokumente der EMA, die besagen, dass nicht bekannt ist, ob durch einen COVID-19-Impfstoff die Weitergabe des Virus SARS-CoV-2 verhindert werden kann, schwer führen können. Dazu kommen noch die Berichte der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC und der englischen Gesundheitsbehörde Public Health England, wonach Geimpfte genauso ansteckend sind wie Ungeimpfte. Diese behördlichen Feststellungen werden durch drei weitere Studien bestätigt. Schließlich spricht die negative Bilanz in den Ländern mit 80%iger Impfquote wie Island und dem US-Bundesstaat Hawaii und die Aussage des Chefepidemiologen von Island eine eindeutige Sprache, dass Herdenimmunität mit den COVID-19-Impfstoffen nicht erreicht werden kann. Das mit den COVID-19-Impfungen verfolgte Ziel kann damit erwiesenermaßen nicht erreicht werden.

### **III. Erforderlichkeit der Impfpflicht**

Ist eine Durchimpfung der Bevölkerung erforderlich, um die COVID-19-Pandemie zu beenden?

#### **1. Hierbei ist zunächst zu klären, ob wir es in Deutschland mit einer epidemischen (Not-)Lage bzw. pandemischen Lage zu tun haben.**

Eine Überlastung des Gesundheitssystems drohte jedenfalls zu keinem Zeitpunkt. So der Beirat des Gesundheitsministerium am 30.4.2021 in seiner Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser (vgl. Beirat des Gesundheitsministerium vom 30.4.2021: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021>



[/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html](#)). Danach waren im Jahre 2020 im Durchschnitt nur 4% der Intensivbetten mit COVID-19-Erkrankten belegt. Der Bundesrechnungshof (BRH) stellte in seiner Stellungnahme vom 9.6.2021 an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (<https://cdn.businessinsider.de/wp-content/uploads/2021/06/19-8745-BRH-Bericht-uber-Prufung-ausgewahlder-coronabedingter-Ausgaben-1.pdf>) fest, dass die Krankenhausbetten im Jahr 2019 stärker ausgelastet waren als im Jahr 2020. So waren 2019 75,1% der Betten belegt, während es 2020 nur 67,3% waren. Bei der Intensivbettenbelegung gab es einen Rückgang von 69,6% im Jahr 2019 auf 68,6% im Jahr 2020.

Nach dem Bericht des Bundesrechnungshofes und der Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser des Beirats des Gesundheitsministeriums gab es im Jahr 2020 keine Überlastung der Krankenhäuser. Im Gegenteil: Die Krankenhäuser waren sogar weniger ausgelastet als 2019.

Aus dem aktuellen Wochenbericht der Arbeitsgruppe Influenza des RKI ([https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020\\_2021/2021-32.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-32.pdf)) geht hervor, dass es zu keinem Zeitpunkt einen Anstieg von akuten Atemwegserkrankungen gab. Im Gegenteil: Akute Atemwegserkrankungen traten 2020 und 2021 genauso häufig auf wie in den Jahren 2018 und 2019. Ein Anstieg von Erkrankungen der Atemwege ist nach dem RKI also nicht gegeben.

Nach Prof. Kauermann vom Institut für Statistik der Ludwigs-Maximilians-Universität (LMU) München (vgl. [https://www.focus.de/gesundheit/news/massive-kritik-an-pandemie-behoerde-statistiker-holt-zur-rki-schelte-aus-corona-daten-eine-einzige-katastrophe\\_id\\_12927819.html](https://www.focus.de/gesundheit/news/massive-kritik-an-pandemie-behoerde-statistiker-holt-zur-rki-schelte-aus-corona-daten-eine-einzige-katastrophe_id_12927819.html)) gab es 2020, entgegen dem statistisch Erwartbaren, keine Übersterblichkeit im Vergleich zu den vorangegangenen vier Jahren. Prof. Kauermann: „Sie müssen wissen, dass der Jahrgang 1940, also der heute 80-jährigen, besonders geburtenstark war“, zitiert in „Die Welt“. Wegen dieser statistischen Ausgangslage hätte allein deswegen für 2020, im Vergleich zu den Jahren 2016-2019, mit einer um fast 50.000 höheren Todeszahl gerechnet werden müssen. Es gibt keine höheren Todeszahlen. Das Institut für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie am Universitätsklinikum Essen untersuchte diese Tatsache. Für die untersuchten Städte Dortmund, Bochum und Essen ergab die Auswertung für 2020 eine Untersterblichkeit (<https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2021/juli-2021/keine-uebersterblichkeit-im-ruhrgebiet-im-jahr-2020>).

Die WHO veröffentlichte im Oktober 2020 ein epidemiologisches Bulletin, mit welchem sie eine Infektionssterblichkeit von durchschnittlich 0,23 % bei SARS-CoV-2 anerkannte. Dies liegt im Bereich einer mittelschweren Grippe (Quellen: <https://www.n-tv.de/wissen/COVID-19-weniger-toedlich-als-vermutet-article-22104272.html> ;

[https://www.who.int/bulletin/online\\_first/BLT.20.265892.pdf](https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf)).

Die Beweislast für das Vorliegen einer epidemischen Lage trägt der Staat. Den Beweis für das Vorliegen einer epidemischen Lage wird der Staat angesichts dessen, dass die Krankenhäuser zu keinem Zeitpunkt überlastet waren und die Belegung der Krankenhäuser 2020 sogar geringer war als 2019, dass es für 2020 keine Übersterblichkeit gab, dass es kein vermehrtes Aufkommen von akuten Atemwegserkrankungen laut dem aktuellen Wochenbericht der Arbeitsgruppe Influenza des RKI gegeben hat und gibt, und dass die WHO die Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 im Bereich einer mittelschweren Grippe sieht, kaum führen können.

## **2. Im Weiteren stellt sich die Frage, ob von der 7-Tage-Inzidenz auf ein Infektionsgeschehen bzw. eine epidemische Lage geschlossen werden kann.**

Es ist zu prüfen, was die 7-Tage-Inzidenz aussagt. Laut dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Matthias Schrappe, das im Verfahren 1 BVR 781/21 vor dem Bundesverfassungsgericht erholt wurde, ist die „7-Tage-Inzidenz“ als alleiniger Parameter ungeeignet, das dortige Infektionsgeschehen und dessen Entwicklung zu beschreiben. Auf der Grundlage des Indikatoren-Konzeptes sei der Indikator „7-Tage-Inzidenz“ als alleiniges Mittel zur Beschreibung des Krankheitsverlaufes und der Nutzung der Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht zu verwenden. Der Indikator sei weder adäquat spezifiziert (fragliche Begriffsbildung, inadäquater Beobachtungszeitraum, fehlender Populationsbezug) noch zuverlässig (reliabel) zu messen (v.a. abhängig vom Stichprobenumfang, Teststrategie), außerdem sei er nicht valide und werde sehr stark durch bekannte sowie unbekannte Störvariablen beeinflusst. Besonders fielen kleinräumige Unterschiede hinsichtlich Demographie, Komorbidität und Umgebungsfaktoren (v.a. soziale Benachteiligung, Arbeitsumwelt) ins Gewicht, weswegen eine Vergleichbarkeit gemessener Indikatorausprägungen (Melderaten-Werte) zwischen kleinräumigen Regionen nicht gegeben sei.

Die 7-Tage-Inzidenz wird bestimmt durch die Anzahl der positiven PCR-Tests in den letzten 7 Tagen auf 100.000 Einwohner. Insoweit ist bereits zweifelhaft, ob der PCR-Test überhaupt eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachweisen kann. In einer offiziellen Stellungnahme teilte der Berliner Senats am 30.10.2020 auf Anfrage des Abgeordneten



Luthe mit, dass ein positiver PCR-Test keine Infektion im Sinne des IfSG nachweist (<https://www.berliner-zeitung.de/news/berliner-oppositionspolitiker-bezweifelt-sinn-von-pcr-tests-li.117128?pid=true>).

Darüber hinaus werden PCR-Tests verwendet, die mit mehr als 35 Zyklen fahren. Dabei besagt die übereinstimmende wissenschaftliche Meinung, dass die erst ab dem 35. Zyklus erkannten „positiv“-Resultate keine wissenschaftliche Grundlage haben. Sie tragen in sich eine äußerst geringe Viruslast, die aller Wahrscheinlichkeit nach nicht vermehrungsfähig ist. (Bayerische Landesärztekammer vom 10.10.2020;

<https://www.blaek.de/meta/presse/presseinformationen/presseinformation-2020/aussagekraft-von-pcr-tests-auf-sars-cov-2-erhoehen>). Bestätigt wird diese Erkenntnis durch die rechtskräftige Entscheidung des Berufungsgerichts Lissabon vom November 2020 und die Entscheidung des Oberlandesgerichts Linz.

Das Portugiesische Berufungsgericht in Lissabon

(<https://tkp.at/2020/11/17/portugiesisches-berufungsgericht-haelt-pcr-tests-fuer-unzuverlaessig-und-hebt-quarantaene-auf/>) hält den PCR -Test für unzuverlässig und begründet das wie folgt: „Auf der Grundlage der derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Beweise ist dieser Test an und für sich nicht in der Lage, zweifelsfrei festzustellen, ob die Positivität tatsächlich einer Infektion mit dem SARS-CoV.2-Virus entspricht, und zwar aus mehreren Gründen, von den zwei von vorrangiger Bedeutung sind: Die Zuverlässigkeit des Tests hängt von der Anzahl der verwendeten Zyklen sowie von der vorhandenen Viruslast ab.“ Das Gericht geht davon aus, dass „wenn eine Person durch den PCR-Test als positiv getestet wird, wenn ein Schwellenwert von 35 Zyklen oder höher verwendet wird (wie es in den meisten Labors in Europa und den USA die Regel ist), die Wahrscheinlichkeit dass diese Person infiziert ist, weniger als drei Prozent beträgt und die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis ein falsch positives ist, 97 Prozent beträgt“.

Das OLG Linz hält sogar alle PCR-Tests, die mehr als 30 Zyklen fahren, für nicht aussagekräftig. In seinem Beschluss (<https://www.krone.at/2414029>) stellt das OLG Linz fest, dass es an einer Übertragbarkeit der Krankheit mangelt, wenn keine Ansteckungsgefahr besteht. Vielmehr entscheide die Viruslast – also der CT-Wert – über eine Gefährdung. Ist dieser Wert über 30, kann keine Person infiziert werden.

Schließlich ist auf die am 27.11.2020 publizierte Peer Review Studie zum PCR-Test von Prof. Drosten hinzuweisen. Die 22 beteiligten Wissenschaftler kommen darin zu dem Ergebnis, dass der PCR-Test von Prof. Drosten als spezifisches Diagnosewerkzeug ungeeignet ist, um das SARS-CoV-2-Virus zu identifizieren und Rückschlüsse auf das

Vorliegen einer Infektion zu ziehen. Schließlich wurde „Eurosurveillance“ von diesen Wissenschaftlern aufgefordert, das Papier zum PCR-Test zurückzuziehen (<https://cormandrostenreview.com/report/>). Trotz dieser Studie wird der PCR-Test von Prof. Drosten, der sogar 45 Zyklen fährt, weiter verwendet.

Auch nach der Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021

(Quelle: <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>) wird der PCR-Test derzeit falsch verwendet. Die WHO rät darin nämlich, einen erneuten PCR-Test bei einer asymptomatischen Person, die positiv getestet worden ist, durchzuführen. Daraus folgt, dass grundsätzlich positiv getestete Menschen ohne Symptome nach Ansicht der WHO nicht mehr als „Fälle“ zu zählen sind, sondern dazu ein weiterer Test erforderlich ist. Das Verwaltungsgericht Wien nimmt in seiner Entscheidung vom 24.3.2021

(<http://www.verwaltungsgericht.wien.gv.at/Content.Node/rechtsprechung/103-048-3227-2021-pdf>) auf diese WHO-Notiz Bezug. In dieser Entscheidung hat das Gericht die Untersagung einer Versammlung als rechtswidrig qualifiziert. Das Gericht stellt fest, dass der PCR-Test für sich allein keine wissenschaftlich valide Aussage zur Krankheit oder einer Infektion eines Menschen machen kann.

Das im Verfahren 9 F 148/21 vor dem AG Weimar, Beschluss vom 8.4.2021, eingeholte Gutachten der Sachverständigen Prof. Dr. Ulrike Kämmerer (habilitierte Biologin an der Frauenklinik in Würzburg mit den Schwerpunkten Humanbiologie, Immunologie und Zellbiologie) kommt zum Ergebnis, dass die Testung asymptomatischer Menschen anhand eines Nasen-Rachen-Abstrichs, wie er massenweise unkritisch und von überwiegend nicht-medizinisch geschultem Personal (entgegen der WHO-Forderung!) ohne jede Anamnese- und Symptomerhebung bei den Getesteten erfolgt, mittels eingesetzter RT-PCR nicht tauglich ist, eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu erkennen.

Laut dem Chef des Kieler Ifo-Instituts, Gabriel Felbermayr, ist die komplette deutsche Corona-Datenerhebung weder zielgerichtet noch verlässlich. Die Bundesregierung, so sein Vorwurf, sei daran politisch auch gar nicht interessiert gewesen und sei es bis heute nicht (<https://www.spiegel.de/wirtschaft/gabriel-felbermayr-zu-corona-und-impfen-systematische-datenerhebung-ist-politisch-nicht-gewollt-a-1e5bb73a-7d31-4216-bd4d-38480c433009>).

Derzeit wird diskutiert, den Parameter der 7-Tage-Inzidenz abzuschaffen und stattdessen auf die Krankenhausbelegung abzustellen. Hierzu bedarf es aber wiederum belastbarer Daten. Der Bundesrechnungshof stellte in seinem Bericht vom 9.6.2021 fest, dass es

finanzielle Fehlanreize für Krankenhäuser gab und die Kliniken weniger Betten an das DIVI-Intensivregister gemeldet haben, als tatsächlich zur Verfügung standen. Darüber hinaus wäre zu prüfen, warum von Mai 2020 bis April 2021 7000 Intensivbetten abgebaut wurden ([https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/von-31-000-auf-24-000-warum-in-elf-monaten-7000-deutsche-intensivbetten-verschwunden-sind\\_id\\_13167403.html](https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/von-31-000-auf-24-000-warum-in-elf-monaten-7000-deutsche-intensivbetten-verschwunden-sind_id_13167403.html)). Die Impfquote kann keinen zuverlässigen Parameter für das Vorliegen einer epidemischen Lage darstellen. Mit einer Impfquote wird gerade das Vorliegen einer epidemischen Lage unterstellt.

### **3. Impfung wegen möglicherweise bestehender Herdenimmunität in Form von Antikörpern oder einer robusten T-Zell-Immunität nicht erforderlich**

Es stellt sich die Frage, ob nicht bereits eine Art von Immunität in der Bevölkerung gegen SARS-CoV-2 vorherrscht, die eine Impfung überflüssig macht. Eines der führenden Forschungsinstitute für Immunologie, das [La Jolla Institute for Immunology](#) in Kalifornien nächst San Diego, kam nach Auswertung von 25 Studien zur T-Zell-Immunität zu dem Ergebnis (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1931312821002389?via%3Dihub>), dass eine robuste natürliche T-Zell-Immunität besteht, was es „unwahrscheinlich macht, dass SARS CoV2-Varianten der T-Zell-Erkennung auf Populationsebene entgehen könnten“.

Laut einer polnischen Studie verfügen 50% der Menschen über Antikörper gegen SARS-CoV-2, ohne je erkrankt oder geimpft worden zu sein (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.22.21258711v1>). Auch eine dänische Studie deutet daraufhin, dass bei der Mehrheit der Bevölkerung eine gewisse Immunität gegen das Virus SARS-CoV-2 besteht, da 202 von 203 untersuchten Probanden unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung – also auch bei leichtem Verlauf – IgG und IgA Antikörper entwickelt hatten (vgl. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036>). Diese Art von Antikörper tritt nur dann auf, wenn das Immunsystem bereits einmal mit einem vergleichbaren Erreger befasst war.

67,6% der Menschen in Indien ab sechs Jahren verfügen über Antikörper gegen SARS-CoV-2. Zu diesem Schluss kommt eine Studie im Auftrag der indischen Regierung mit Proben von mehr als 36.000 Menschen vom Juni und Juli, wie das Gesundheitsministerium mitteilte (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125771/Corona-Zwei-Drittel-der-Menschen-in-Indien-haben-Antikoerper>). Die Erhebung zeigte auch, dass die Seroprävalenz in ländlichen und städtischen Gebieten ähnlich ist und dass 85% der

Beschäftigten im Gesundheitswesen Antikörper gegen SARS-CoV-2 hatten (<https://tkp.at/2021/07/29/indien-68-prozent-haben-corona-antikoerper-infektionssterblichkeit-0045-prozent/>). Da die Impfquote in Indien mit 24,9% mit einer Dosis und 6,8% mit zwei Dosen noch niedrig ist, haben die Mehrheit der Menschen mit Antikörpern gegen SARS-CoV-2 ihre Immunität durch eine durchgemachte Infektion erlangt.

Daraus folgt, dass eine Durchimpfung der Bevölkerung mit COVID-19-Impfstoffen nicht erforderlich ist, da bereits eine ausreichende Immunität in Form von Antikörpern und T-Zellen in der Bevölkerung besteht. Dies wurde durch vier Studien belegt. Der Staat muss nun belegen, dass keine ausreichende Immunität in der Bevölkerung besteht. Dabei muss er sich mit den hier angeführten Studien intensiv auseinandersetzen. Er kann nicht einfach andere Studien heranziehen, die für seine Position sprechen (vgl. BGH, Beschluss vom 5.11.2019 – VIII ZR 344/18; NJW-RR 2020). Die Widersprüche der Ergebnisse unterschiedlicher Studien sind aufzuklären (vgl. BGH vom 3.12.2008 NJW-RR 2009, 387). Sollten sich die Widersprüche nicht aufklären lassen, geht dies zu Lasten des Staates und der Einführung einer Impfpflicht.

#### **4. Impfung ist möglicherweise dann nicht erforderlich, wenn bereits ein zugelassenes Heilmittel existiert, mit dem COVID-19 wirksam behandelt werden kann.**

Mit Ivermectin existiert ein seit 30 Jahren zugelassenes Medikament, mit dem Krankenhausaufenthalte bei COVID-19 um 75 – 85% reduziert werden können (vgl. P.A. McCullough et al.: Multifaceted highly targeted sequential multidrug treatment of early ambulatory high-risk SARS-CoV-2 infection. *Reviews in cardiovascular medicine* 21 (2020), 517-530. pmid: 33387997; P.A. McCullough et. al.: Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. *Am.J.Med.* 134 (2021), 16-22. pmid: 32771461; leichter verständlich unter <https://www.servustv.com/aktuelles/v/aa-28a3dbyxh1w11/>).

Zur Behandlung von COVID-19 mit dem Medikament Ivermectin existieren insgesamt 113 Studien, davon 73 peer reviewed (vgl. <https://c19ivermectin.com/>). Der [Vergleich von indischen Bundesstaaten](#), die Ivermectin verwenden, z.B. Uttar Pradesh, Delhi und anderen, z.B. Tamil Nadu, die kein Ivermectin, aber dafür Remdesivir verwenden, zeigt, dass Ivermectin sehr wirkungsvoll Infektionen verhindert, Erkrankungen rasch heilt und Todesfälle minimiert (<https://tkp.at/2021/05/26/die-echtzeit-studie-von-ivermectin-in-indien/>).

## IV. Angemessenheit der Impfpflicht

Da Arzneimittel nicht frei von Nebenwirkungen sind, muss in der Verhältnismäßigkeitsprüfung auch berücksichtigt werden, inwieweit für die geimpfte Person ein Gesundheitsschaden einhergehen kann, der in Bezug auf das Schutzziel der Durchimpfung der Bevölkerung nicht mehr in einem angemessenen Ausgleich gebracht werden kann (vgl. Patrick Aligbe, BePr 2021, 274-278). Verfassungsrechtliche Erwägungen aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG bedingen, dass der Schaden durch eine Schutzimpfung nicht gleichschwer mit den möglichen Folgen einer der Schutzwirkung zugrunde liegenden Erkrankung sein darf (vgl. Patrick Aligbe, aaO). Generell ergibt sich aus dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit, dass eine Zurückstellung der Impfverpflichtung dann erfolgen muss, wenn der Impfpflichtige ohne Gefahr für sein Leben oder seine Gesundheit nicht geimpft werden kann (vgl. Patrick Aligbe, aaO).

Beim Punkt der Angemessenheit ist also zu prüfen, welche Nebenwirkungen bei einer COVID-19-Impfung auftreten. Folgende Grafik vergleicht die Verdachtsfälle auf Nebenwirkungen und Todesfälle durch Impfungen in Deutschland betreffend die bisherigen Impfstoffe mit den COVID-19-Impfstoffen.

Obwohl sechsmal so viele Dosen der herkömmlichen Impfstoffe über die letzten 20 Jahre verabreicht wurden als Corona-Impfdosen in den letzten sieben Monaten, sind die Nebenwirkungen bei den COVID-19-Impfstoffen 2,4-mal so hoch wie bei den herkömmlichen. Dies bedeutet, dass bei Verabreichung derselben Menge an Impfdosen mit 12mal so vielen Nebenwirkungen bei den COVID-19-Impfstoffen zu rechnen ist wie bei den herkömmlichen. Hinsichtlich der bleibenden Schäden sind bereits jetzt die Fälle bei den COVID-19-Impfstoffen doppelt so hoch wie bei den herkömmlichen Impfstoffen. Bei Verabreichung derselben Menge an Impfdosen ist damit zu rechnen, dass die Corona-Impfstoffe 12mal so viele bleibende Schäden verursachen wie die herkömmlichen Impfstoffe. Ähnliches gilt für die Todesfälle. Bereits jetzt sind es bei den COVID-19-Impfstoffen 2,6mal so viele Todesfälle wie bei den herkömmlichen Impfstoffen. Die Daten zu den Nebenwirkungen stammen aus dem Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 19.08.2021. Beim Paul-Ehrlich-Institut handelt es sich um eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Daten im Bericht einer Bundesbehörde können vom Staat bzw. den Regierungen nicht abgestritten werden. Besonders schwerwiegend sind die Fälle von Herzmuskelentzündung bei Kindern/Jugendlichen (<https://www.pnp.de/nachrichten/politik/Herzkrankheit-nach->

[Biontech-Impfung-Jugendliche-in-Deutschland-betroffen-4079576.html](https://www.biontech.com/de/pressenachrichten/2021/04/biontech-impfung-jugendliche-in-deutschland-betroffen-4079576.html)). Hier wurden bereits 24 Fälle bekannt. Für Kinder und Jugendliche stellt COVID-19 laut der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie kaum eine Gefahr dar (<https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-hospitalisierung-und-sterblichkeit-von-covid-19-bei-kindern-in-deutschland-18-04-2021/>), da an COVID-19 innerhalb eines Jahres weniger Kinder gestorben sind, als im selben Zeitraum an Grippe oder an einem Verkehrsunfall. Die Gefahr von schwerwiegenden Nebenwirkungen bei der COVID-19-Impfung wiegt daher bei jungen Menschen höher als die Gefahr an COVID-19 schwer zu erkranken oder zu versterben.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass unstreitig die Langzeitwirkungen bei den COVID-19-Impfstoffen nicht bekannt sind. Die COVID-19-Impfstoffe wurden in weniger als einem Jahr entwickelt und zugelassen. Normalerweise dauert die Entwicklung eines Impfstoffes bis zur Zulassung mindestens fünf Jahre. Bei neuartigen mRNA-Impfstoffen, wie es zwei der COVID-19-Impfstoffe sind, wäre realistisch mit acht Jahren bis zur Zulassung zu rechnen gewesen. Aufgrund der derzeit nicht bekannten Langzeitwirkungen der COVID-19-Impfstoffe kann an diesem Punkt eine abschließende verfassungsrechtliche Überprüfung nicht erfolgen, denn im Rahmen der Verhältnismäßigkeit müssen die von der Impfung ausgehenden Gefahren hinreichend bestimmbar und im Ergebnis als geringer im Vergleich zu denen einer COVID-Infektion einzustufen sein (vgl. Bretschneider/Peter, Die Corona-Impfung im Kontext des besonderen Dienst- und Treueverhältnisses zwischen dem Staat und seinen Beamten, NVwZ 2021, 276).

Laut einer am 9.08.2021 in der Peer-Review-Fachzeitschrift Journal of Infection veröffentlichten Studie ([https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)) kann es bei Geimpften zu einer antikörperabhängigen Verstärkung (ADE) kommen. Geimpfte Menschen haben danach ohne Auffrischungsimpfung bei neuen Infektionen im Prinzip kein funktionierendes Abwehrsystem mehr. Es kann dann zu einem Überschießen des Immunsystems (ADE) bei Geimpften kommen, was als Zytokinsturm bezeichnet wird. Ein Zytokinsturm verläuft nicht selten tödlich.

Im Rahmen der Angemessenheitsprüfung müssen alle betroffenen Rechtsgüter berücksichtigt werden. So gebietet die Schutzpflicht des Staates aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, dass der Staat Medikamente, die sich als gesundheitsgefährdend oder lebensbedrohlich erwiesen haben, vom Markt nimmt. Sobald das Recht auf Leben und nicht nur auf körperliche Unversehrtheit betroffen ist, dürfen die Ansprüche an die Schadenswahrscheinlichkeit nicht allzu hochgestellt werden (vgl. Di Fabio, Maunz/Dürig,



Kommentar zum GG, 94. EL, Art. 2 Abs. 2 GG Rn 49). Anhand der bisherigen Erkenntnisse wird man diese Pflicht nicht in Bezug auf Personen aus den Risikogruppen bejahen können. Jedoch ist im Hinblick auf Kinder und Jugendliche ohne Vorerkrankungen festzustellen, dass diese keinen Nutzen aus den COVID-19-Impfungen ziehen, da COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen kaum vorkommt laut Deutscher Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. Ein Nutzen für die Allgemeinheit besteht auch nicht, da die COVID-19-Impfstoffe nicht vor Weitergabe des Virus SARS-CoV-2 schützen, die Geimpften genauso ansteckend sind wie Ungeimpfte und die COVID-19-Impfstoffe zu keiner Herdenimmunität führen. Dagegen stehen die Risiken der COVID-19-Impfung mit 12mal mehr Nebenwirkungen und Todesfällen wie bei den bisherigen Impfungen, mit noch unbekanntem Langzeitwirkungen und der Gefahr einer antikörperabhängigen Verstärkung, welche nicht selten tödlich endet. Ferner ist durch eine israelische Studie belegt, dass eine natürliche Infektion besser bzw. länger schützt als eine COVID-19-Impfung. Schließlich ist zweifelhaft, ob die COVID-19-Impfung überhaupt vor einer COVID-19-Erkrankung schützt. Folglich gebietet die Schutzpflicht des Staates nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG, dass die Regierungen die Impfkampagne betreffend Kinder und Jugendliche ohne Vorerkrankungen unverzüglich stoppen.

Prof. Luc Montagnier, Nobelpreisträger wegen seiner Entdeckung des Aids Erregers HIV, forscht zur Zeit an Menschen, die nach der Impfung an COVID-19 erkrankt sind. In einem auf der Seite der RAI Foundation USA erschienenen Interview bezeichnete Montagnier die Politik der Massenimpfungen als einen schweren Fehler. Es ist „ein wissenschaftlicher Fehler sowie ein medizinischer Fehler. Es ist ein inakzeptabler Fehler“, so der Virologe, der in dem Interview weiter erklärt: „Die Geschichtsbücher werden das zeigen, denn es ist die Impfung, die die Varianten hervorbringt.“ Die durch die Impfungen gebildeten Antikörper seien es, die das Virus zu den Mutationen zwingen würde, um zu überleben. Dieses Phänomen der infektionsverstärkenden Antikörper sei Epidemiologen bekannt. Im Falle von Corona würden die Epidemiologen dazu schweigen. Er weist darauf hin, dass mitverfolgt werden könne, wie in jedem Land der Kurve der Impfungen die Kurve der Todesfälle folgt (<https://www.wochenblick.at/nobelpreistraeger-warnt-in-jedem-land-folgt-die-todeskurve-der-impfkurve/>).

### **Individualschutz kein legitimes Ziel zur Rechtfertigung einer Impfpflicht**

Die aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG bestehende Schutzpflicht gebietet nur, dass der Staat entsprechende Heilmittel zur Verfügung stellen muss, wenn eine epidemische Lage vorherrscht. Wie bereits oben ausgeführt, schützen die COVID-19-Impfstoffe nur vor

einem schweren Verlauf von COVID-19, nicht jedoch vor Weitergabe des Virus SARS-CoV-2, da Geimpfte genauso ansteckend sind wie Ungeimpfte. Eine Herdenimmunität gegen SARS-CoV-2 kann durch die COVID-19-Impfungen nicht erreicht werden. Die COVID-19-Impfstoffe können damit nur dem Schutz des Individuums dienen, aber nicht dem Schutz der Allgemeinheit. Selbst bei unterstellter Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe gegen einen schweren Verlauf einer COVID-19-Erkrankung, kann der Staat die Impfpflicht nicht mit Individualschutz rechtfertigen. Der Staat muss die Möglichkeit einer COVID-19-Impfung zwar wegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG zur Verfügung stellen, soweit eine epidemische Lage besteht und keine anderen Heilmittel zur Verfügung stehen. Niemand kann jedoch gezwungen werden, eine nur dem Individualschutz dienende Impfung zu nehmen. Aufgrund des aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG abgeleiteten Selbstbestimmungsrechts des Patienten kann sich ein urteilsfähiger Sterbender sogar gegen die Fortsetzung einer weiteren lebensverlängernden Behandlung entscheiden (vgl. Di Fabio, Maunz/Dürig, Kommentar zum GG, 94. EL, Art. 2 Abs.1 Rn 205). Erst recht hat jeder ein Selbstbestimmungsrecht dahingehend, eine Impfung, die gegen einen schweren Verlauf von COVID-19 schützen soll, nicht zu nehmen.

Nach den neuesten Erkenntnissen ist allerdings zweifelhaft, ob die COVID-19-Impfstoffe wirklich gegen eine COVID-19-Erkrankung schützen. Eine im Fachjournal „The Lancet“ veröffentlichte Studie ([https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(21\)00069-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00069-0/fulltext)) kam zu dem Ergebnis, dass die allgemeine Risikoreduktion (ARR) bei 1,3% für AstraZeneca-Oxford, bei 1,2% für Moderna, 1,2% für J&J, bei 0,93% für Gamaleya und bei 0,84% für Pfizer-BionTech liegt. Eine allgemeine Risikoreduktion von um die 1 % ist weit von der durch die Medien geisternden Wirksamkeit von 90 % entfernt.

Besorgniserregend ist zudem, dass im Herzog-Krankenhaus in Jerusalem 95 % der schwerkranken COVID-Patienten doppelt geimpft sind. So äußerte sich der in diesem Krankenhaus tätige Arzt Dr. Kobi Haviv in einem Interview

(<https://www.schildverlag.de/2021/08/06/israels-medien-berichten-85-90-der-hospitalisiertem-covid-kranken-sind-doppelt-geimpfte-usa-wesentlich-hoehere-todesraten-bei-hospitalisierten-geimpften/>). In die gleiche Richtung deuten die Feststellungen im oben bereits erwähnten Bericht der amerikanischen Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vom 6.08.2021, wonach von fünf COVID-19-Patienten, die ins Krankenhaus eingeliefert wurden, vier vollständig geimpft waren ([https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s\\_cid=mm7031e2\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s_cid=mm7031e2_w)).

Eine Studie aus Israel (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>) stellte ein 27-fach höheres Risiko einer symptomatischen COVID-Erkrankung für Geimpfte gegenüber Immunen nach Infektion fest.

Eine weitere Studie aus Israel kam zu dem Ergebnis, dass die Antikörper gegen SARS-CoV-2 bei Genesenen länger halten als bei COVID-19-Geimpften

(<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.19.21262111v1>). Während die Antikörper bei den Geimpften monatlich um 40 % abnahmen, nahmen die Antikörper bei den Genesenen nur um 5 % monatlich ab.

Zusammenfassend erscheint zweifelhaft, ob die COVID-19-Impfstoffe wirksam gegen eine COVID-19-Erkrankung schützen, da die allgemeine Risikoreduktion bei allen vier Impfstoffen um die 1 % liegt, vermehrt doppelt Geimpfte hospitalisiert werden müssen.

Laut israelischer Studien haben die Geimpften ein 27-fach höheres Risiko einer symptomatischen COVID-19-Erkrankung als Genesene und die Antikörper bei Geimpften verschwinden schneller als bei Genesenen.

Der Vorwurf, dass Ungeimpfte dann bei einer Infektion mit SARS-CoV-2 unnötig die Krankenhäuser belasten würden, was mit einer Impfung hätte verhindert werden können, geht fehl. Sollten sich Ungeimpfte mit SARS-CoV-2 infizieren und an COVID-19 erkranken, so können diese Ungeimpften wirksam mit dem Medikament Ivermectin behandelt werden. Durch eine frühzeitige Behandlung mit dem Medikament Ivermectin können Hospitalisierungen um 75 – 85% reduziert werden. Angesichts von 73 peer reviewed (vgl. <https://c19ivermectin.com/>) Studien zur erfolgreichen Behandlung von COVID-19 mit Ivermectin und der positiven Erfolgsbilanz mehrerer indischer Staaten, die Ivermectin anwenden, im Vergleich zu den indischen Staaten, die auf eine Behandlung mit Ivermectin verzichten, kann eine Wirksamkeit von Ivermectin bei der Behandlung von COVID-19 nicht in Abrede gestellt werden.

## **Fazit**

Eine direkte wie auch eine indirekte Impfpflicht wären verfassungswidrig, da der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht gewahrt wäre.

Die COVID-19-Impfstoffe schützen nicht vor Weitergabe des Virus SARS-CoV-2. Wie sich aus den Zulassungsdokumenten der EMA, aus den Berichten der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC und der englischen Gesundheitsbehörde Public Health England und aus drei Studien ergibt, sind Geimpfte genauso ansteckend wie Ungeimpfte. Die Ausbreitung von SARS-CoV-2 kann mit Durchimpfung der Bevölkerung nicht gestoppt

werden. Das mit den Impfungen verfolgte Ziel einer Herdenimmunität und eines Endes der COVID-19-Pandemie kann mit den COVID-19-Impfungen nicht erreicht werden, was Länder mit einer hohen Impfquote von 80 % wie Island und der US-Bundesstaat Hawaii zeigen. Die Lage auf Island und Hawaii hat sich nach den Impfungen eher verschlimmert als verbessert.

Eine Impfpflicht ist auch nicht erforderlich, da das Vorliegen einer epidemischen (Not-)Lage äußerst zweifelhaft ist. Die 7-Tage-Inzidenz ist laut dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Schrappe nicht aussagekräftig hinsichtlich des Vorliegens eines Infektionsgeschehens. Impfungen sind nicht erforderlich, da Studien eine bereits vorhandene Immunität der Bevölkerung gegen SARS-CoV-2 in Form von Antikörpern oder T-Zellen belegen. Darüber hinaus ist eine Durchimpfung der Bevölkerung nicht erforderlich, da ein bereits seit 30 Jahren zugelassenes Medikament (Ivermectin) existiert, mit dem eine COVID-19-Erkrankung wirksam behandelt werden kann.

Schließlich ist eine Impfpflicht auch nicht angemessen, da die COVID-19-Impfstoffe zwölfmal so viele Nebenwirkungen, bleibende Schäden und Todesfälle aufweisen als bei den bisherigen Impfstoffen. Ferner sind die Langzeitwirkungen der COVID-19-Impfstoffe nicht bekannt. Geimpfte sind zudem dem Risiko eines Überschießens des Immunsystems (ADE) ausgesetzt, was nicht selten zum Tod führt.

Dass die COVID-19-Impfstoffe vor einer COVID-19-Erkrankung wirksam schützen, erscheint zweifelhaft, da vermehrt doppelt Geimpfte hospitalisiert werden müssen, und nach einer israelischen Studie Geimpfte ein 27-fach höheres Risiko einer symptomatischen COVID-19-Erkrankung haben als Genesene.

Der Staat kann darüber hinaus eine Impfpflicht nicht mit dem Schutz des Einzelnen vor einer COVID-19-Erkrankung rechtfertigen. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nach Art. 2 Abs. 1 GG reicht so weit, dass dieser sogar etwaig medizinisch notwendige Behandlung ablehnen kann. Ungeimpfte werden auch nicht die Krankenhäuser unnötig belasten, da im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 und Erkrankung mit COVID-19 eines Ungeimpften durch eine frühzeitige Behandlung mit dem Medikament Ivermectin eine Hospitalisierung um 75 – 85 % reduziert werden kann.

Die Schutzpflicht des Staates nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gebietet es, die COVID-19-Impfkampagne für Kinder und Jugendliche ohne Vorerkrankungen sofort zu beenden, da diese keinen Nutzen aus der Impfung haben, aber erhebliche und angesichts der unbekanntem Langzeitwirkungen unabsehbare Risiken tragen müssen.

Der Staat trägt die Beweislast für die Verhältnismäßigkeit einer Impfpflicht. Dabei muss er sich mit den hier angeführten Studien intensiv auseinandersetzen und kann nicht einfach andere Studien heranziehen, die für seine Position sprechen. Widersprüchliche Ergebnisse unterschiedlicher Studien sind aufzuklären. Sollten sich die Widersprüche nicht aufklären lassen, geht dies zu Lasten des Staates und der Einführung einer Impfpflicht. Soweit der bisherige Parameter einer 7-Tages-Inzidenz geändert wird in die Krankenhausbelegung, muss sich auch der neue Parameter auf belastbare Daten stützen. Insofern ist vorab zu klären, ob aufgrund finanzieller Fehlanreize die Kliniken in der Vergangenheit weniger Betten an das DIVI-Intensivregister gemeldet haben als tatsächlich vorhanden waren. Darüber hinaus ist zu prüfen, warum von Mai 2020 bis April 2021 7.000 Intensivbetten abgebaut wurden. Da der Staat den Beweis für eine Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit einer Impfpflicht angesichts der Datenlage nicht führen kann, kommt es auf die Frage, ob die COVID-19-Impfstoffe gegen eine COVID-19-Erkrankung schützen, nicht mehr an.