

Joachim Baum
Windelsbleicher Str. 10
33647 Bielefeld
Tel. 0521-4329910 + 01575-0744329
Fax: 0521-4329911



Joachim Baum Windelsbleicher Str. 10, 33647 Bielefeld
Amtsgericht Heinsberg
Schafhausener Str. 47
52525 Heinsberg

vorab per Fax 02452-109-299 Internet-öffentlich

zur **Az. Verhandlung 8 OWi-408 Js 232/21-14/21 - Maskenzwang**
angeblich wegen Gesundheit und Corona, doch in Wahrheit:
Zeichen der Unterwerfung und psychologische Maßnahme der Gesundheitsdiktatur

Bielefeld, den 18.03.2022



In Deutschland gab es im Jahr 2020
- Demografie bereinigt -
KEINE Übersterblichkeit

https://link.de/Rezeptformel/2021/03/24/2021-03-24/Keine_Ubersterblichkeit_Wegen_Covid-19_Deutschland.pdf

Musterverteidigung für Maskenbußgeld-Prozesse

Inhaltsverzeichnis

1 Feststellungsanträge zur Rechtslage:	3
1.1 Bußgeld-Bewähr ist nur zum Zwecke des Fremdschutzes legitim.....	4
1.2 Der Ordnungsgeber implizierte in seiner VO eine Analogie zwischen Fremd- und Selbstschutzniveau auf unbegründete Art und Weise.....	5
1.3 Der Ordnungsgeber wies die Erreichbarkeit des implizierten Fremdschutzniveaus nicht nach..	6
1.4 Masken lediglich der in § 3 (1) VO vorgeschriebenen Bauart sind Fremdschutz untauglich.....	7
1.5 § 3 (1) VO genügt in der Definition der 'Alltagsmaske' nicht dem Bestimmtheitsgebot.....	9
1.6 § 3 (1) VO rekursiert in der Definition der 'Alltagsmaske' auf eine nicht gegebene 'Rechtssatzqualität' technischer Regelwerke.....	10
1.7 § 3 (1) VO verletzt bezüglich der verlangten Masken das Gleichheitsgebot.....	10
1.8 § 3 (2) VO verletzt unter Nr. 6 das Bestimmtheitsgebot.....	11
1.9 Der Ordnungsgeber NRW möge zur Stellungnahme gehört werden!	11
1.10 §§ 2(3); 3; 12(2)S.4; 18(2)Nr.2 VO sind NICHTIG, weil mit dem Grundgesetz unvereinbar.....	11
2 Begründungen zur Rechtslage:	12
2.1 Gewaltwirkungsordnung nach Art. 20 GG.....	12
2.2 Die Befugnis zur Feststellung etwaiger Ordnungsbeseitigung.....	12
2.3 Rechtliches Gehör zur Rechtslage.....	13
2.4 Natürliche Ordnungsmerkmale, Gleichgewichte, Sprache.....	13
2.5 Die freiheitlich demokratische Grundordnung.....	15
2.5.1 Staatsmonopole nur Willkür frei für Gewalt und Bestrafung.....	15
2.5.2 Wer darf dumm sein, "Wissen müssen" und der Amtseid!.....	15
2.5.3 Sogar die Gesundheitsbehörde ECDC zweifelt am Nutzen von FFP2-Masken.....	16
2.6 Ordnung aus Verordnungen, Allgemeinverfügungen, techn. Normen.....	17
2.7 Keinerlei nachweisliche Tauglichkeit der Eindämmungs-Anordnungen.....	19
3 Zur Lage der Nation:	20
3.1 Selbstwiderlegung der Pandemischen Lage Nationaler Tragweite.....	21
3.2 Gerichtlich aberkannte Nationale Tragweite der Pandemie.....	21
3.3 Gerichtlich aberkannte Maskenpflicht.....	22
3.4 Willkür in jedem Detail.....	23
3.5 Böse Parallelen der Halt- und Maßlosigkeit.....	24
3.6 Zustand von Demokratie und Rechtsstaat.....	25
3.6.1 Keine Gewaltentrennung.....	25
3.6.2 Nahezu kein Einfluss durch Wahlen und Abstimmungen.....	25
3.6.3 Wissenschaftsprostitution, die Einstiegsdroge für den globalen Wissenschaftsbetrug.....	26
3.6.4 Event201 (Plandemie), NWO und die Rolle der WHO.....	31
3.6.5 Nudging und Esoterik, statt Wissenschaft und gebotener Normen-Diktion.....	34
3.6.6 Der Zustand der Presse.....	35
3.6.7 Meinungsfreiheit auf der Straße.....	37
3.6.8 Korruption – Bandenmäßige Straftäter im Amt.....	38
4 Ergebnisse zur Rechtslage des Rechtsstaates:	39
4.1 Menschenwürde und Wesenskern verloren – und statt dessen: Gesundheitsdiktatur!.....	39
4.2 Untaugliche Maßnahmen können nur gegen unwirkliche Bedrohung wirksam erscheinen.....	40
4.3 Nicht mehr als Propaganda.....	42
4.4 Die Maske ist Propagandawaffe im Propagandakrieg.....	45
4.5 Die beseitigte Ordnung eröffnet das Widerstandsrecht.....	46

In dem Bußgeldverfahren Az. ...

des Amtsgerichts ...

gegen ...

wird nachfolgendes geltend gemacht:

Wenn nicht anders angegeben, ist im Folgenden mit **VO** die CoronaSchutzVerordnung NRW vom 30.10.2020 in der ab dem 05.11.2020 gültigen Fassung (**Anlage B100**) gemeint. Die hier dargelegte Argumentation ist aber auch auf zahlreiche andere Verordnungen anwendbar.

Die Feststellungsanträge des Kap. 1 richten sich gegen das Land NRW, den Verordnungsgeber der **VO**.

1 Feststellungsanträge zur Rechtslage:

Der Unterzeichner beantragt - zum Zwecke der sachgerechten Prozessführung gerne in der vorgeschlagenen Reihenfolge - zu erkennen, bzw. festzustellen:

1.1 Bußgeld-Bewähr ist nur zum Zwecke des Fremdschutzes legitim.

1.2 Der Verordnungsgeber implizierte in seiner VO eine Analogie zwischen Fremd- und Selbstschutzniveau auf unbegründete Art und Weise.

1.3 Der Verordnungsgeber wies die Erreichbarkeit des implizierten Fremdschutzniveaus nicht nach.

1.4 Masken lediglich der in § 3 (1) VO vorgeschriebenen Bauart sind Fremdschutz untauglich.

1.5 § 3 (1) VO genügt in der Definition der 'Alltagsmaske' nicht dem Bestimmtheitsgebot.

1.6 § 3 (1) VO rekursiert in der Definition der 'Alltagsmaske' auf eine nicht gegebene 'Rechtssatzqualität' technischer Regelwerke.

1.7 § 3 (1) VO verletzt bezüglich der verlangten Masken das Gleichheitsgebot.

1.8 § 3 (2) VO verletzt unter Nr. 6 das Bestimmtheitsgebot.

1.9 Der Verordnungsgeber NRW möge zur Stellungnahme gehört werden!

1.10 §§ 2(3); 3; 12(2)S.4; 18(2)Nr.2 VO sind NICHTIG, weil mit dem Grundgesetz unvereinbar.

Es folgen die Begründungen:

1.1 Bußgeld-Bewähr ist nur zum Zwecke des Fremdschutzes legitim.

Laut dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts [2 BvR 2347/15](#)¹ vom 26.02.2020 reichen die Freiheitsrechte aller Bürger bis hin zum selbstbestimmten Sterben. Daher kann der Staat das selbstbestimmte Leben einschließlich der selbst gewählten Risikogestaltung nicht bestrafen. Der Staat hat weder das Recht, noch die Aufgabe, den Bürger in seiner Lebensgestaltung zu bevormunden.

Daraus folgt, dass die Verordnung einer Pflicht zum Tragen einer „Mund-Nase-Bedeckung“ nur zum Schutze anderer Menschen legitim sein kann.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1 https://leak6.de/biblio/2_BvR_2347-2015_bis_2_BvR_2527-2016%20Selbstbestimmtes_Sterben.pdf

1.2 Der Verordnungsgeber implizierte in seiner VO eine Analogie zwischen Fremd- und Selbstschutzniveau auf unbegründete Art und Weise.

Bei den in der VO genannten „FFP“ Masken handelt es sich um seit langer Zeit verfügbare Schutzmasken für den Selbstschutz des Trägers gegen feste und flüssige lungengängige Schadstoffe, wie sie bei Schleif- und Malerarbeiten etc. auftreten.

Diese Masken sind in **DIN EN 149 (Anlage B101)** normiert.

Der in dieser Norm so genannte zulässige "**Durchlass**" des Filtermediums liegt für **FFP1-**, **FFP2-** und **FFP3-**Masken bei max. **20%**, **6%** und **1%** der das Filtermedium treffenden Schadstoff-Beaufschlagung.

In hochwertigen, dennoch praktikabel handhabbaren Masken kommen auch Filtermedien mit Leckage-Werten bis hinab zu **0,03%** (siehe **Anlage B102!**) zum Einsatz.

Der prozentuale Ansatz zur Bemessung der Filterleistung ist sachgerecht.

Auch andere technische Normen, wie z. B. die **DIN EN 14683 (Anlage B103)**, unter Punkt B.8 stellen darauf ab, dass

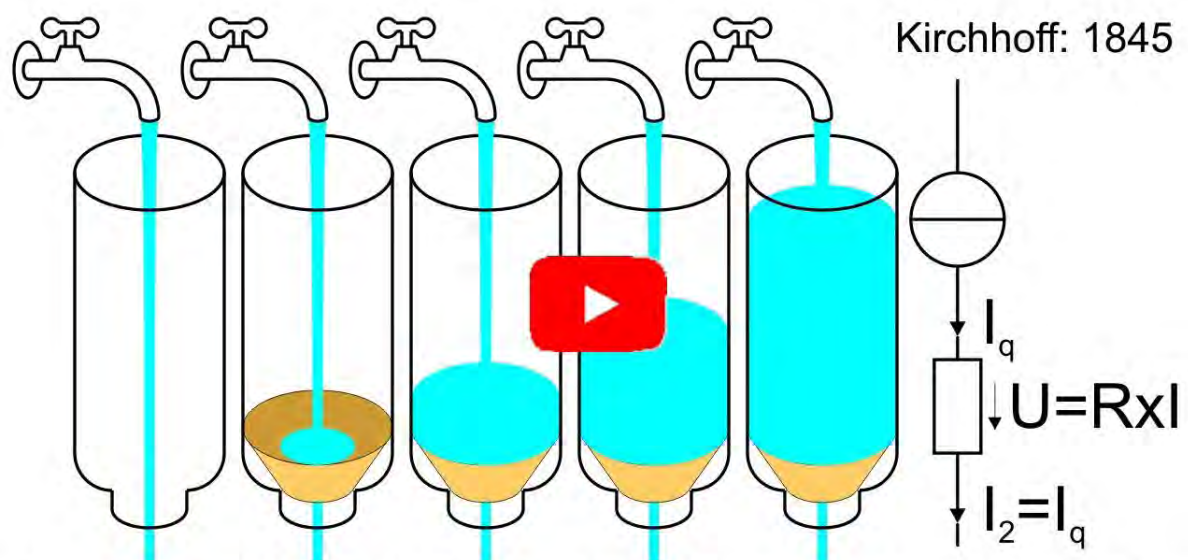
"die bakterielle Filterleistung B ... als Prozentsatz zu berechnen" ist.

Auch die in **DIN EN 149**, Punkt 7.9.1 so genannte "gesamte nach innen gerichtete Leckage", welche auch Undichtigkeiten am Maskenrand und Handhabungsfehler umfasst, unterliegt dem prozentualen Ansatz.

Gründe gegen den proportionalen Ansatz; allgemeiner gesagt: dafür, dass die durchgelassene Menge an Schadstoffen nicht wenigstens ungefähr proportional zur Menge beaufschlagenden Schadstoffmenge sein könnte, sind nicht ersichtlich und dürften für die Masken der vorgeschriebenen Bauart auch äußerst schwer darzulegen sein.

Doch in logischer Fortführung dieses – jedenfalls mindestens ungefähr gültigen – proportionalen Ansatzes folgt denknötwendig, dass alle Schadstoffteilmengen, die vom Filtermedium in der Ausatmungskonstellation aufgehalten werden, so lange zu einer Konzentrationserhöhung auf der Innenseite der Maske führen, bis ein Gleichgewicht aus Zu- und Abfluss der Schadstoffe entsteht. Dieser kann schon im voraus als Kehrwert der im Einzelfall bei der Maske gegebenen (prozentualen) Leckage berechnet werden.

Formell beschrieben ist dieser Grund als physikalischer Erhaltungssatz, der z. B. in der Elektro- oder Wassertechnik anschaulich gemacht werden kann (siehe das 9-Minuten-Video [das Maskenparadox^{2!}](#)):



unterschiedlich große Widerstände können einen jeweils entsprechend großen Stau bewirken, doch der Durchfluss bleibt konstant!

2 <https://www.bitchute.com/video/N2liEHWljwFf>

Die technische Norm **DIN EN 149** definiert an keiner Stelle ein Schutzniveau für den Fremdschutz.

Die gesamte Norm wurde ausschließlich zum Schutz des Trägers der Masken - also für den Selbstschutz - entwickelt. Die in ihr zu findenden Leckage-Grenzwerte (Punkt 7.9.1) sind – textlich ausgewiesen (!) - nur nach innen gerichtet gültig.

Gleiches gilt auch für die Prüfaufbauten. Die in der Norm vorgegebenen Aufbauten zur Überprüfung der tatsächlich produzierten Qualität sehen ausschließlich die Konstellation für den Selbstschutz vor. Unter Punkt 8.5.1.1 führt die technische Norm auf: eine (so wörtlich) "Gesamte nach innen gerichtete Leckage". Punkte für nach außen gerichtete Leckage gibt es in der Norm nicht.

Der Verordnungsgeber erkannte, dass die für den Selbstschutz entworfene technische Norm nicht ohne weiteres für den Fremdschutz verwendet werden kann. Dies allerdings nur unter einem anderen Gesichtspunkt: Erst ab ungefähr Februar 2021 schrieb er vor, dass die verordneten Masken nicht nur normgerecht sein mussten, sondern außerdem kein Ausatmungs-Ventil aufweisen dürfen, welches die Norm unter Punkt 7.15 erlaubten.

Der Verordnungsgeber verkannte aber bis heute, dass Masken gemäß der für den Selbstschutz entwickelten technischen Norm aus den hier dargelegten Gründen überhaupt nicht für den Fremdschutz verwendet werden können.

Jedenfalls implizierte der Verordnungsgeber durch den Erlass seiner auf „FFP“-Masken Bezug nehmenden VOs, die Annahme, dass mit den Masken der vorgeschriebenen Bauarten ein für den Fremdschutz erhofftes Schutzniveau wenigstens durch das für den Selbstschutz normativ garantierte Schutzniveau angenähert werden könne.

Diese Hoffnung ist aus technisch-logischen Gründen unbegründet, die implizierte Annahme einer wenigstens bestehenden Analogie ist unzulässig.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.3 Der Verordnungsgeber wies die Erreichbarkeit des implizierten Fremdschutzniveaus nicht nach.

Auch ohne Ventile zur Ausatmung ist es **unmöglich**, mit den Masken der vorgeschriebenen Bauart ein durch die Produktion erreichtes Schutzniveau für den Fremdschutz auch nur annähernd zu erreichen. Daher ist es auch unmöglich, das Erreichen eines von 0 unterscheidbaren Fremdschutzniveaus auf einem Prüfstand in der Realität technisch nachzuweisen.

Es ist zu erkennen, dass aufgrund der ausschließlich für den Selbstschutz entwickelten Norm auch die darauf aufbauenden FFP-Zertifizierungen nur für den Selbstschutz gültig sind.

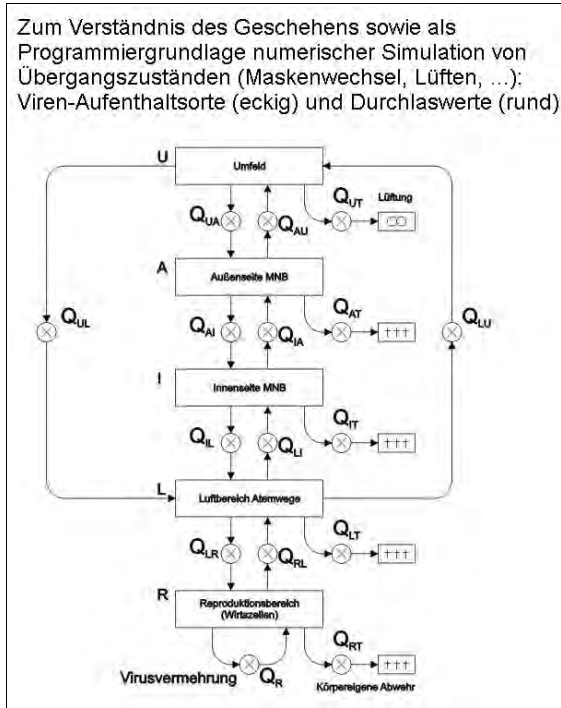
Der logische Mangel des nicht gegebenen Fremdschutzes haftet sowohl den Normen, wie auch den FFP-Zertifizierungen, wie auch allen darauf Bezug nehmenden Verordnungen an.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.4 Masken lediglich der in § 3 (1) VO vorgeschriebenen Bauart sind Fremdschutz untauglich.

Die fatale Wirklichkeit der zum (prozentualen) Durchlass reziproken Virenkonzentrationserhöhung unter der Maske bedeutet für FFP1-, FFP2- und FFP3-Masken einen Faktor von nominell dem 5-fachen, dem 16,6-fachen oder gar dem 100-fachen!

Denknotwendig ist bei den Masken der vorgeschriebenen Bauart nicht nur die Untauglichkeit gegeben, sondern sogar bezüglich eine negative Wirkung der beabsichtigten Hauptwirkung:



Gefährder kann nur sein, wer auch Ausscheider vermehrungsfähiger Viren ist.

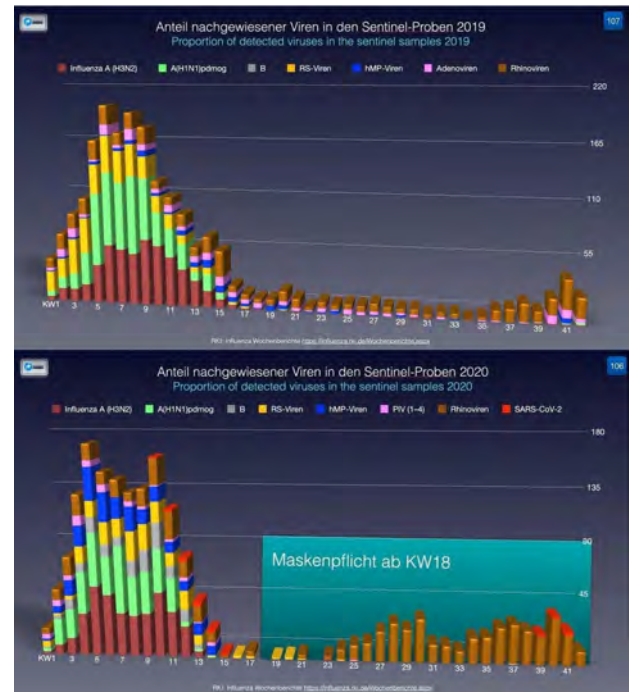
Ausscheider vermehrungsfähiger Viren kann nur sein, bei wem die Krankheit 'gezündet' hat, sich die Viren (noch) im Organismus des Betroffenen (ggf. unbemerkt) vermehren, weil die Krankheit (vom Immunsystem) noch nicht hinreichend überwunden wurde.

Umso mehr Viren sich im Organismus dieses Personenkreises befinden, umso mehr Viren sind der weiteren Vermehrung zu besorgen. Die unter der Maske in gesteigerter Konzentration befindlichen Viren werden dieser Vermehrung durch Rückatmung zugeführt, sodass die gesamte Menge der ausgeschiedenen Viren durch die Masken sogar noch gesteigert wird - und auch der so sogar gesteigerte Virenstrom mit lediglich leichter Verzögerung in die Umgebung gelangt. Plausibel gemacht im 9-Min.-Video [das Maskenparadox](#)³ sowie per Simulation gemäß des des Bildes (auch [Anlage B104](#)) gezeigten Schemas numerisch nachgerechnet.

Die Parole, "wer sich schützt, schützt auch andere" kann mit den Masken der vorgeschriebenen Bauarten jedenfalls **nicht** verwirklicht werden, sondern, wer sich selbst mit Masken schädigt, kann auch für seine Mitmenschen nur belastend wirken.

Wahr ist das Gegenteil: Wer die ersten in seinem Körper befindlichen Viren nicht sofort und auf kürzestem Wege wieder ausatmet, sondern - der Maske sei Dank - immer wieder zurückatmet, der hat viel öfter (und sogar unabhängig der Virenart) eine Erkrankung zu befürchten. Dieses geht jedenfalls aus dem Vergleich (Bild rechts) der Sentinel-Erhebungen des Jahres 2020 mit denen des Jahres 2019 hervor. In beiden Jahren gab es im Virusaufkommen in den Kalenderwochen 1-17 zu einander recht ähnliche Wellen. Doch im Jahr 2020 gab es:

1. dem Sommer über ein - zu besorgen: Masken bedingtes - untypisches Mehr an Viren sowie
2. von KW16 bis KW38 überhaupt keine - im Bild rot dargestellten - SARS-CoV-2-Viren, was im Übrigen auch die Erforderlichkeit der Masken und des in KW13 eingeführten Lockdowns in Abrede stellt sowie auch das Propagandaziel ([Kap. 3.6.4](#), Hypothese [A](#)) als ein solches entlarvt.



³ <https://www.bitchute.com/video/N2liEHWljwFf>

Weiter wird nicht nur die Erkrankungswahrscheinlichkeit, sondern auch die Sterbewahrscheinlichkeit durch Maskentragen erhöht. So jedenfalls Zacharias Fögen, der mit seiner **'The Foegen effect'** genannten Studie (**Anlage B119**): die Unterschied der Bezirke mit und ohne Maskenpflicht in Kansas U.S.A. auswertete. Die Bezirke mit Maskenpflicht wiesen dabei gegenüber den Bezirken ohne Maskenpflicht eine signifikant höhere Fallsterblichkeitsrate auf und zwar mit einem

Risikoverhältnis von 1,85!



Wer sich selbst krank macht, Viren in Masken kultiviert u./o. seine Ängstlichkeit gegenüber seiner sozialen Umgebung psychologisch zum Ausdruck bringt, der macht mutmaßlich auch seine Umgebung (z. B. Familie) viel eher krank, als der Gelasene, der bei Schluckbeschwerden einfach mal gurgelt.

Ein nicht stimmendes Grundverständnis über die Maskenwirkung führte nicht nur zu widersinnigen Normen sondern auch auf tatsächlicher Ebene zu - gelinde gesagt - Suboptimalitäten:

- zur Verbreitung von entsprechend untauglichen Masken, diese wiederum
- zu durchweg schlechten empirischen Testergebnissen in zahlreichen Studien, deren Auflistung (**Anlage B120**) mittlerweile 47 Einträge umfasst,
- zu einer Volksparanoia,
- zu dem Erleben der Politiker mit der fatalen Folge für ihr Selbstverständnis: Wir können - frei jeder Wissenspflicht - faktenwidrig durchregieren sowie
- im ganzen Land zu unzähligen Schädigungen: Erkrankungen, Tode, Gewinneinbußen, Pleiten, ...!

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.5 § 3 (1) VO genügt in der Definition der 'Alltagsmaske' nicht dem Bestimmtheitsgebot.

Art. 103 (2) GG lautet:

"Eine Tat kann nur bestraft werden, wenn die Strafbarkeit gesetzlich **bestimmt** war, bevor die Tat begangen wurde."

Der Bürger muss wissen, welchen Gesetzen und Verordnungen er unterworfen ist. Diese Regeln müssen nicht nur vorher bekannt sein, sondern auch präzise genug formuliert. Die Coronaschutzverordnungen schreiben das Tragen von Masken einer bestimmten Qualität vor und nehmen dabei Bezug auf technische Normen, welche dadurch zum Bestandteil der zu erfüllenden Regeln werden.

Jedermann, der sich über die negative Hauptwirkung des Fremdschutzes der Masken der vorgeschriebenen Bauart im klaren ist, kann den beabsichtigten Fremdschutz besser erreichen, indem er die Masken möglichst 'schlecht' sitzend trägt, dieselben in mit großen Löchern verschlissenen Zustand benutzt (die Coronaschutzverordnungen definieren für die Masken auch keine max. Nutzungsdauer oder Nachprüf-Pflicht), oder indem er sie - zwar provokant, aber dennoch am besten - auf der Schulter trägt.

Auch wird das Bestimmtheitsgebot verletzt, weil zum vorschriftsmäßigen Tragen nirgends max. zulässige **Spaltmaße** an ihren Rändern definiert wurden.

- Es ist unmöglich, Grenzwerte, produktionstechnisch zu überprüfen,
- Es ist für technische Normengeber ebenso unmöglich, dazu Prüfverfahren festzulegen
- Ergo kann auch vom Bürger nicht verlangt werden, so etwas einzuhalten.

Weiter wird der Mangel der Bestimmtheit durch die vorhandenen Öffnungsklauseln noch verstärkt:

- "einschließlich Schals, Tüchern **und so weiter**",
- "oder eine **gleich wirksame** ...",
- "**oder ... aus anderen** Stoffen (OP-Maske **und so weiter**)"

An diesen Passagen – und explizit in § 12 (2) Nr. 4,

"Bei gesichtsnahen Dienstleistungen, bei denen die Kundin oder der Kunde keine Alltagsmaske tragen und der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann, müssen Beschäftigte während der Behandlung mindestens eine **FFP2**-, eine **KN95**- oder eine **N95**-Maske tragen."

wird deutlich, dass der Normengeber **irrend** (wegen der denktechnisch unwiderlegten negativen Fremdschutz-Hauptwirkung) von einer den Durchlasswerten umgekehrten Fremdschutzwirkung ausging und dieses irrige Denken auch Grundlage der (milderen) Alltagsmasken-Definition war.

Insbesondere kann es weder eine gleiche noch eine bessere Wirksamkeit geben, sondern das einzig sinnvolle und beste für den Wissenden ist, den ganzen Unfug gleich zu lassen und darüber aufzuklären, wozu im Übrigen nicht nur die Freiheit der Lehre aus Art. 5 (3) GG berechtigt, was alle Beamten auch ungeachtet eines etwaig nicht gegebenen – und vor allem: nicht vorausgesetzten - Beratungswillens ihrer Vorgesetzten an dieselben aufgrund des § 62 (1) S. 1 BBG an dieselben weiterzugeben haben:

"Beamtinnen und Beamte haben ihre Vorgesetzten zu beraten und zu unterstützen."

Es verbleibt das nicht legitime Ziel des Maskenzwanges: das Vollziehen eines symbolischen Rituals der Unterwerfung.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.6 § 3 (1) VO rekursiert in der Definition der 'Alltagsmaske' auf eine nicht gegebene 'Rechtssatzqualität' technischer Regelwerke.

Laut **BVerwG, Bs. 9 B 13.08**⁴ vom 08.04.2008 LS.1 und Rn. 8 weisen technische Regelwerke keine 'Rechtssatzqualität' auf. Zu

"Fragen [der] ... Handhabung technischer Regelwerke ... ist die Revision nicht ... zuzulassen. Mangels Rechtssatzqualität der technischen Regelwerke sind diese Fragen nicht revisibel, auch wenn hiervon im Einzelfall das Ergebnis der Rechtsanwendung abhängig sein mag. ... Von diesen Grundsätzen ausgehend lässt es das Beschwerdevorbringen nicht zu, der vom Kläger aufgeworfenen Frage grundsätzliche Bedeutung beizumessen."

Also: Die Handhabung technischer Normen hat keine grundsätzliche Bedeutung und keine Revisibilität. Hiervon ausgehend ist nicht zu erwarten, dass die technischen Normen von Verfassungen wegen gebotene Überprüfungen oder Korrekturen erführen. Die Handhabung bleibt – in Grenzen – Objekt der Beliebigkeit. Eine von Verfassungen wegen gebotene Schranke wird aber verletzt, wenn diese Beliebigkeit zur Grundlage von Bußgeld- und Strafvorschriften gemacht wird.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.7 § 3 (1) VO verletzt bezüglich der verlangten Masken das Gleichheitsgebot.

Die Verpflichtung zum Tragen von Masken ist unbegründet, weil sie nicht auf Ausscheider von Viren abstellt. Die Tragepflicht besteht unbeschadet des Infektions-, Impf-, Booster- oder Genesenenstatus für alle gleich. Es gibt aber z. B. für einen Genesenen, der selbst keine vermehrungsfähigen Viren ausscheiden kann (weil er diese bereits selbst erfolgreich bekämpft hat), keinen Grund, anderen Menschen mit einer Schutz-Simulation auf der Nase zu begegnen und sich dazu zu bekennen, entweder unwissend, krank oder sonst wie gefährlich zu sein. Der Beschluss **2 BvR 804/75**⁵ vom 24.03.1976 sagt unter B, I. 1.:

"Der Gleichheitssatz ist verletzt, wenn wesentlich Gleiches willkürlich ungleich oder wesentlich Ungleiches willkürlich gleich behandelt wird."

Weiter zwingt die Verordnung in § 3 (2) Nr. 6 Menschen bei

"ausnahmsweise zulässigen Zusammenkünften, Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen und bei einer Teilnehmerzahl von mehr als 25 Personen unter freiem Himmel,"

unter die Maske, während sie unter ebenda Nr. 8 Menschen in Büroräumen von der Tragepflicht ausnimmt:

"In Büroräumen gilt abweichend von Satz 1 Nummer 1 die Pflicht zum Tragen einer Alltagsmaske nur, soweit ein Kontakt zwischen Beschäftigten und Kundinnen, Kunden oder ihnen vergleichbaren Personen ohne Einhaltung des Mindestabstands besteht."

Wohlgermerkt gilt diese Ausnahme für Innenräume unter den im Vergleich zu 'unter freiem Himmel' fraglos schlechteren Lüftungsbedingungen auch für Großraumbüros mit mehr als 25 Mitarbeitern.

Der Unterzeichner beantragt, diese These festzustellen

⁴ https://leak6.de/biblio/BVerwG%209_B_0013-2008%20aktenwidrige_Willkür_ist_reversibel.pdf

⁵ https://leak6.de/biblio/2_BvR_0804-1975%20Gleichbehandlung%20von_Ungleichem_verletzt_Gleichheitsgebot.pdf

1.8 § 3 (2) VO verletzt unter Nr. 6 das Bestimmtheitsgebot.

Dortiger Text lautet:

"Die Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske besteht unabhängig von der Einhaltung eines Mindestabstands ... bei den nach dieser Verordnung ausnahmsweise zulässigen Zusammenkünften, Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen und bei einer Teilnehmerzahl von mehr als 25 Personen unter freiem Himmel."

Hierbei ist es vollkommen unbestimmt, wie weit zwei Demonstrationen voneinander entfernt sein müssten, damit z. B. die Annäherung zweier 25-Personen-Ansammlungen kein gegenseitiges Infektionsrisiko darstellte.

Der Unterzeichner beantragt daher, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.9 Der Verordnungsgeber NRW möge zur Stellungnahme gehört werden!

Der Unterzeichner beantragt, die These der Kapitelüberschrift festzustellen.

1.10 §§ 2(3); 3; 12(2)S.4; 18(2)Nr.2 VO sind NICHTIG, weil mit dem Grundgesetz unvereinbar.

Der Unterzeichner beantragt, die These der Kapitelüberschrift in Schlussfolgerung der vorangegangenen Feststellungsanträge festzustellen.

2 Begründungen zur Rechtslage:

Staatliche Maßnahmen müssen

- (nicht nur vorgeblich) ein legitimes Ziel – oder Zwischenziel - verfolgen,
- sie müssen notwendig (erforderlich) sein,
- geeignet (tauglich) und
- verhältnismäßig. Weiter müssen sie selbst
- der Verfassung genügen, insbesondere dem
- Wesentlichkeitsgrundsatz des Grundgesetzes und
- zur Verfügung stehende mildere Mittel müssen bereits ausgeschöpft sein.

2.1 Gewaltwirkungsordnung nach Art. 20 GG

Art. 20 GG beschreibt die Gewaltwirkungsordnung wie folgt:

"(1) Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.

(2) Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus. Sie wird vom Volke in Wahlen und Abstimmungen und durch besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung ausgeübt.

(3) Die Gesetzgebung ist an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung sind an Gesetz und Recht gebunden.

(4) Gegen jeden, der es unternimmt, **diese Ordnung** zu beseitigen, haben **alle Deutschen** das Recht zum Widerstand, wenn andere Abhilfe nicht möglich ist."

2.2 Die Befugnis zur Feststellung etwaiger Ordnungsbeseitigung

Die Bürgerperspektive: Da denkotwendig Widerstandsleistungen nur von Andersdenkenden geleistet werden, müssen es auch dieselben sein, welche dieses Recht erkennen - in Juristendeutsch: die Befugten sind zur Feststellung der Voraussetzungen und der etwaigen 'Ordnungsbeseitiger'.

Ebenfalls gehört die Beurteilung der Frage der (individuell eigenen) Möglichkeiten anderer Abhilfe: Die selbst zu beurteilende **andere Abhilfe** ist nicht tatenloses Warten auf einen verheißenen Retter, nicht das Hinnehmen von Vertröstungen und auch nicht das Fügen in von Unordnung getriebene Deutungen. Die Möglichkeit anderer Abhilfe muss im eigenen Rahmen tatsächlich und mit hinreichender Wahrscheinlichkeit effektiv und rechtzeitig durchsetzbar erscheinen. Beispiel: Wenn Verfassungsbeschwerden mehrheitlich ohne Begründung als offensichtlich unzulässig abgewiesen werden, gehören sie ebenso offensichtlich nicht mehr zum Umfang der Möglichkeiten aller Deutschen.

Aus der Perspektive des Rechtsstaates, der Staat der in Eigensicht immer Recht hat, gibt es "zur anderen Abhilfe" für seine Bürger sehr lange den z. B. mit Art. 19 (4) GG garantierten, theoretisch offen stehenden Rechtsweg und wenn der Bürger diesen nicht geht, "ist er selber Schuld".

Mit wie großen Verlusten diese beiden Perspektiven miteinander zum Ausgleich gebracht werden können, dürfte sich an dem Maß der auf beiden Seiten mehr oder weniger vorhandenen Einsicht und Friedensliebe entscheiden.

Richter sind jedenfalls gehalten, die Bürgerperspektive wenigstens zu kennen, weil sie "im Namen des Volkes" urteilen.

2.3 Rechtliches Gehör zur Rechtslage

Art. 103 (1) GG lautet:

"Vor Gericht hat jedermann Anspruch auf rechtliches Gehör."

Dieses wurde ausgelegt durch Beschluss **BVerfGE 86, 133**⁶ vom 19.05.1992 beginnend mit:

"1. Der Anspruch auf rechtliches Gehör (**Art. 103 Abs. 1 GG**) gewährleistet den Verfahrensbeteiligten das Recht, sich **nicht nur zu dem** der Entscheidung zugrunde liegenden **Sachverhalt, sondern auch zur Rechtslage** zu äußern. Es verstößt gegen **Art. 103 Abs. 1 GG**, wenn das Gericht ohne vorherigen Hinweis auf einen rechtlichen Gesichtspunkt abstellt, mit dem auch ein gewissenhafter und kundiger Prozeßbeteiligter selbst unter Berücksichtigung der Vielzahl vertretbarer Rechtsauffassungen nicht zu rechnen brauchte (Anschluß an BVerfGE 84, 188).

2. Geht das Gericht auf den wesentlichen Kern des Tatsachenvortrags einer Partei zu einer Frage, die für das Verfahren von zentraler Bedeutung ist, in den Entscheidungsgründen nicht ein, so läßt dies auf die Nichtberücksichtigung des Vortrags schließen, sofern er nicht nach dem Rechtsstandpunkt des Gerichts unerheblich oder aber offensichtlich unsubstantiiert war (Fortführung von BVerfGE 47, 182 [189])."

2.4 Natürliche Ordnungsmerkmale, Gleichgewichte, Sprache

Gerade weil die Feststellungsbefugnis einer etwaigen Ordnungsbeseitigung bei "allen Deutschen", also auch bei zahlreichen Laien liegt, dient es dem Rechtsfrieden, das bei Jedermann bereits unscharf vorhandene 'Gefühl', gegenüber der altbekannten, Geborgenheit stiftenden "**alten Normalität**" "**stimme etwas nicht**", zu präzisieren.

Die Physik sagt: Kraft und Gegenkraft sind gleich: Das Spiel der Kräfte kann sichtbar sein (Beschleunigung), unsichtbar (Schwerkraft und Wage), verzögert (Pendel), oder kompliziert (Kreiselkräfte). In statischen Fällen, oder gleichförmigen Schwingungen ist die dem Gleichgewichtszustand zugrunde liegende Ordnung am einfachsten ersichtlich.

In der Tierwelt wird die Population i.d.R. durch die gegebenen Ressourcen reguliert.

Im funktionierenden Regelkreis wird die Ordnung (Übereinstimmung von Soll- und Istwert) trotz Störgröße durch eine hinreichend klug ermittelte Korrekturantwort gewährleistet. Schlecht eingestellte Regler führen zu Abweichungen, Schwingungen oder "Katastrophen" im mathematischen Sinn (Elektrotechnisch: "Latching"). Wenn ein Regler außer Kontrolle gerät, kann es nach einer anschwellenden Schwingung zur Katastrophe kommen. Z. B. wenn der Leerlaufdrehzahlregler eines Verbrennungsmotors bewirkt, dass der Motor ausgeht oder überdreht.

Auch die Demokratie ist als Regelkreis gedacht und hat das Volkswohl zum Ziel. Die Einflussmöglichkeiten aus Wahlen und Abstimmungen **müssen** hinreichend groß sein.

In der Virologie ergibt sich eine **übergeordnete Ordnung** aus ständig wechselnden Katastrophen: Regelmäßig besiegen die Immunsystem der Menschen alle akuten virologischen Angriffe, benötigen aber zur Erstellung der passenden Immunantwort ebenso regelmäßig eine gewisse Zeit. Während der Kampf für die aktuelle Virenvariante regelmäßig in tödlicher Katastrophe endet, können die Viren die Zwischenzeit zu spontanen Mutationen nutzen auf welche zu Antworten das Immunsystem erst wieder Zeit benötigt.

Nur einzelne Virenstämme können sich zeitweise exponentiell ausbreiten, während die übergeordnete Ordnung aus mutierenden Viren und nach lernendem Immunsystem schon seit Jahrtausenden ohne Katastrophe für die Menschheit gehandhabt wird.

Wenn es nach tausenden oder Milliarden Jahren der natürlichen Gleichgewichte nun seit dem Jahr 2019 doch ein den Fortbestand der Menschheit bedrohendes Ausnahme-Szenario geben soll, dann muss diesem

⁶ https://leak6.de/biblio/BVerfGE%20086-133%20Rechtliches_Gehoer_auch_zur_Rechtslage.pdf

denknotwendig auch ein außerordentlicher Auslöser zugrunde liegen. Hier ist vor allem die

'Gain of Function'

genannte Virenforschung zu nennen, welche aufgrund ihrer Tragweite allein schon bei bloßem Verdacht dringend und zuverlässig zu ermitteln und zu stoppen ist!

Die ordentliche Entscheidung setzt Ordnung im Denken voraus, das aus ordentlichen, einzeln nachvollziehbaren Zwischenschritten besteht. Schon die kleinste Etappe, ein einziges Wort, kann ein zielführender Schlüsselbegriff, Verwirrung, Kampfbegriff oder blanke Diskriminierung sein. Z. B. sei genannt: Souverän, systemrelevant, Putsch (oder wie darf man das in Ägypten nennen?), Pandemie, Escape-Variante, Boostern, R-Wert, Evidenz, 7-Tage-Inzidenz, Gewaltenteilung (richtig: Gewaltentrennung), neue Normalität, Querdenker, Kostenwahrheit, Gewaltwirkungsordnung, Neue-Welt-Ordnung, Plandemie.

Beispiel: Vor der neuen Normalität gab es den Begriff "**Lockerungen**" nur im Strafvollzug.

Blinde Flecken des Denkens entlarven sich bereits in wichtigen Vokabeln, die man vor ihrer Einführung weder gebrauchte, noch vermisste. Auf eine bedarfsgerechte Vergesslichkeit des Wahlvolkes ist in Grenzen Verlass, solange man die Medien unter Kontrolle hat und in soweit auch auf die Kontinuität des kollektiven Bewusstseins.

2.5 Die freiheitlich demokratische Grundordnung

Der Staat handelt im Auftrag der Bürger (**Prinzipal-Agent-Prinzip**⁷) und ist ihnen prinzipiell rechenschaftspflichtig. So jedenfalls **BVerfG 1 BvR 699/06**⁸ - Urt.v. 22.02.2011, Rn. 49:

"[49] ... Während der Bürger prinzipiell frei ist, ist der Staat prinzipiell gebunden. ... Demgegenüber handelt der Staat in treuhänderischer Aufgabenwahrnehmung für die Bürger und ist ihnen rechenschaftspflichtig."

In allen seinen Aufgaben muss der Staat frei von Willkür handeln. Er muss die ihm zur Verfügung gestellten **Steuermittel** sorgfältig, treu und sparsam den allgemein anerkannten Zwecken dienend verwenden. Der Staat muss seine Rechenschaftspflicht frei von Unwahrheiten erfüllen!

Er hat keine letztgültige Deutungshoheit und **kein Wahrheitsmonopol!** Gerade weil er der Wahrheit verpflichtet ist, darf er sie nicht (einfach) selbst definieren und sich der Kritik entziehen!

Staatliche Sanktionierung angeblicher Falschinformationen ist bereits Zensur.

Zensur darf auch nicht an privat (Youtube) delegiert (Doku⁹) werden!

Doch gerade solches verlangt z. B. Bill Gates in seiner Zunkunftsprognose für 2022-2030 von Staaten (siehe **Anlage B105!** sowie Überschrift 7 des **Event201** - Call to Action, **Anlage B106!**).

2.5.1 Staatsmonopole nur Willkür frei für Gewalt und Bestrafung

Nicht aber für Wahrheit, oder gar für den Glauben an eine mit Massivität dem Volke eingehämmerte Gefahrenlage und die erforderliche Sicherheits-, Opfer oder gar Erlösungs-Mechanik.

Das AG-Weimar stellte im Beschluss **9 F 148/21**¹⁰ vom 08.04.2021

Das Legalitätsprinzip (allein der Staat darf strafen) schützt uns vor Selbstjustiz.

Das sehr Gewaltmonopol schützt uns vor grober Eigenmacht von Einzeltätern.

Der Grundsatz aus **Art. 20 (2) GG**,

"Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus."

bedeutet bereits, dass ein Narrativ, das unser gesamtes Zusammenleben mit Gewalt bestimmt, uns nicht vom Ausland her übergestülpt werden darf.

2.5.2 Wer darf dumm sein, "Wissen müssen" und der Amtseid!

Der Staat muss die **Regeln der Wissenschaftlichkeit**¹¹ zwingend einhalten:

- Ursache und Wirkung uneindeutig zuzuordnen. Die Kausalität, welche der angenommenen Ursachen zu welchen Beobachtungen führen, muss nachgewiesen werden.
- Wirkliche und vermeintliche Ursachen für eine Beobachtung müssen voneinander getrennt werden.
- Erklärungsmuster müssen durch Wiederholung der so genannten 'Experimente' überprüfbar sein. Anerkannte Theorien müssen sich z. B. durch zutreffende Vorhersagen beweisen lassen.
- Erklärungsmuster müssen logisch sein, z. B. kann eine Wirkung nicht schon vor ihrer Ursache auftreten.
- Willkürliche Deutungen sind auszuschließen. Das Maß der Unsicherheit ist anzugeben.

Wissenschaftliche Theorien (Deutungsmuster) sind **der Kritik und Weiterentwicklung gegenüber offen** (vgl. Peer-Review-Verfahren), die als zutreffend behauptete Theorie ist nicht selbst ein Geheimnis.

Nach **Art. 56, 64 GG** leisten Bundespräsident, Bundeskanzler und Bundesminister den Amtseid,

7 https://leak6.de/biblio/Schabert-Schulterschlusseffekt_mit_Prinzipal-Agent-Ansatz.pdf

8 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0699-2006%20Meinungs+Versammlungsfreiheit+Grundrechtsbindung_im_Flughafen.pdf

9 Die Leak6-Corona-Chronik 2020 (https://leak6.de/yt-reuploads/2020-12-31%20Leak6-Corona_Chronik.pdf) enthält 359x das Suchwort "zensiert" (mit Strg+F)

10 https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%209_F_148-2021_EAO_Beschluss_Stenz-Rogoz.pdf

11 vgl. S. 11f von <https://leak6.de/biblio/Psychiatrische%20Gutachten.pdf>

"meine Kraft dem Wohle des deutschen Volkes widmen, seinen Nutzen mehren, Schaden von ihm wenden, das Grundgesetz und die Gesetze des Bundes wahren und verteidigen, meine Pflichten gewissenhaft erfüllen und Gerechtigkeit gegen jedermann üben werde. ..."

Weder kommt das finanzielle Wohl internationaler Pharmakonzerne darin vor, noch besteht das Volkswohl in der ausschließlichen Jagd der Beseitigung einer – lediglich gewählten – Unsicherheit, während Sicherheit als solches nicht einmal ein explizit grundgesetzliches Schutzziel ist.

Nach **§ 38 DRiG** schwören Richter,

"nach bestem Wissen und Gewissen ohne Ansehen der Person zu urteilen."



Wie also könnten sie ihr 'bestes Wissen' zu Hause lassen - und wer hat ein Recht auf Panikmache?

Schon mit dem Wissen von 1845 hätte man sich die Masken sparen können!

Aus dem Jahr 1845 nämlich stammt das **erste Kirchhoffsches Gesetz**¹²; welches die wissenschaftliche Grundlage für das Video **das Maskenparadox**¹³, das Masken, die lediglich der vorgeschriebenen Bauart entsprechen, als untauglich diskqualifiziert.

Vom Autor geänderte Schlagzeile, das Wissen und die Versprechen von Politikern im postfaktischen Zeitalter wertlos. Der dieses Versprechen brechende Interessenvertreter **Jens Spahn** hat die Chance auf Fehler und Vergehen an seinen Nachfolger **Karl Lauterbach** abgegeben, der diese ebenso ausgiebig nutzt.

2.5.3 Sogar die Gesundheitsbehörde ECDC zweifelt am Nutzen von FFP2-Masken

Das ZDF berichtete (in Gänze siehe **Anlage B107**)¹⁴:

Stella Kyriakides:

"Die ECDC sagt, die Beweislage sei im Moment nicht stark genug für eine Notwendigkeit, dies im Alltag zu empfehlen."

Prof. Dr. Andreas Podbielski vom Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie & Hygiene in Rostock

"Um die tatsächliche Schutzwirkung der FFP2-Masken im Alltag zu überprüfen, hätte man eine Studie durchführen müssen, bei der ein Teil der Bevölkerung FFP2-Masken trägt und der andere Teil einen herkömmlichen Mund-Nasen-Schutz. Eine solche Studie sei ihm jedoch nicht bekannt."

¹² [https://de.wikipedia.org/wiki/Kirchhoffsche_Regeln#Der_Knotenpunktsatz_\(Knotenregel\)_%E2%80%93_1._Kirchhoffsches_Gesetz](https://de.wikipedia.org/wiki/Kirchhoffsche_Regeln#Der_Knotenpunktsatz_(Knotenregel)_%E2%80%93_1._Kirchhoffsches_Gesetz)

¹³ <https://www.bitchute.com/video/N2liEHWljwFf>

¹⁴ <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-ffp2-masken-zweifel-100.html>

2.6 Ordnung aus Verordnungen, Allgemeinverfügungen, techn. Normen

Wie nicht zuletzt das wegweisende Weimaer Urteil [6 OWi - 523 Js 202518/20](#)¹⁵ vom 11.01.2021 auf Seite 2 (gekürzt in [Anlage B108](#)) ausführt, hat ein Gericht

"selbst über die Verfassungsmäßigkeit ... [von] Normen zu entscheiden, weil die Vorlagepflicht gem. [Art. 100 Abs. 1 GG](#) {<https://dejure.org/gesetze/GG/100.html>} nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend BVerfGE 1, 184 (195ff) {<https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=BVerfGE%201,%20184>}) nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt. Über deren Vereinbarkeit mit der Verfassung hat jedes Gericht selbst zu entscheiden."

Noch viel mehr gilt die richterliche Prüfpflicht den technischen Normen, denen ja, wie schon ausgeführt, die Rechtssatzqualität ermangelt. Nicht einmal werden diese Normen von gewählten Volksvertretern verabschiedet, sondern gerade mal von privatrechtlichen Expertengremien.

Am oberen Ende dieser "Normregenten" treten laut eigenem Bekunden ([DIN EN 31000 Anlage B109](#), Einleitung) so genannte "**Stakeholder**" auf und schreiben die Prinzipien des Risikomanagements fest.



So heißt es in der Einleitung:

"Dieses Dokument richtet sich an Personen, die **Werte** in Organisationen schaffen und bewahren, indem sie mit Risiken umgehen. Entscheidungen treffen, Ziele festlegen und erreichen sowie Leistung verbessern.

Organisationen jeglicher Art und Größe unterliegen externen und internen Faktoren und Einflüssen, die das Erreichen ihrer Ziele unsicher machen können.

Das Umgehen mit Risiken erfolgt iterativ und unterstützt Organisationen dabei, Strategien festzulegen, Ziele zu erreichen und fundierte Entscheidungen zu treffen.

Das Umgehen mit Risiken ist Teil der Leitung und Führung und entscheidet darüber, wie diese Organisation auf allen Ebenen geführt wird. Es trägt zu der Verbesserung von Managementsystemen bei.

Das Umgehen mit Risiken ist Teil aller Aktivitäten einer Organisation und umfasst die Interaktion mit Stakeholdern.

Das Umgehen mit Risiken berücksichtigt den externen und internen Kontext der Organisation einschließlich menschlichen Verhaltens und kultureller Faktoren.

Das Umgehen mit Risiken basiert auf den Grundsätzen dem Rahmenwerk und dem Prozess, wie sie in diesem Dokument beschrieben und in Bild 1 dargestellt sind. Diese Komponenten bestehen möglicherweise bereits vollständig oder teilweise in der Organisation, müssten aber möglicherweise angepasst oder verbessert werden, damit das Umgehen mit Risiken effizient, wirksam und konsistent erfolgt."

Man beachte:

- Die Ausschüsse, welche diese Norm und ihr Denken erstellen, sind privatrechtliche Zusammenschlüsse, also von Profit orientierten NGOs (Nichtregierungsorganisationen).
- Ganze Staaten sind als Organisationen jeglicher Art und Größe mit umfasst.
- **Die erklärten höchsten Ziele sind nun "Werte" und nicht mehr die Würde des Menschen. (wohlgemerkt Werte, die nicht einmal ethisch sein müssen, sondern**

¹⁵ vollständig inkl. Anlagen zu finden: https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OWi-523_Js_202518-2020.pdf

ebenso gut von pekuniärer Natur sein können).

Weiter definiert die Norm **DIN EN 31000 (Anlage B109)** unter Punkt 3.3 - 3.5 die Begrifflichkeiten:

- **Stakeholder** als Person oder Organisation, die eine Entscheidung oder Aktivität beeinflussen kann, von dieser beeinflusst werden kann oder den Eindruck haben kann, davon beeinflusst zu werden - Es darf auch der Begriff "interessierter Kreis" (im Englischen in **ISO 22301** unter Punkt 3.15 der "preferred term: **interested party**").
- **Risikoquelle** als Risikoursache, Element, das alleine oder gemeinsam mit anderen Faktoren potenziell zu Risiken führt
- **Ereignis** als Eintritt oder Veränderung einer bestimmten Kombination von Umständen

Brisant am Begriff Stakeholder ist, dass die "interessierte Parteien" nicht nur die potentiell (Schutz-)Anspruchsberechtigten umfasst, sondern auch potentielle Profiteure von Krisen! Schließlich erklärt diese Norm im Nationalen Vorwort:

"a) Diese Internationale Norm kann für jegliche Art von Risiko von Organisationen angewendet werden, seien die Auswirkungen **positiv** oder negativ."

ISO 22395 (Anlage B110) spricht in seiner "Introduction" sogar:

- "This document emphasizes capacity building and community resilience. It recognizes that **vulnerable persons** and their representatives are **key stakeholders** and planning partners."

Auf deutsch übersetzt: "Dieses Dokument betont den Aufbau von Kapazitäten und die Resilienz der Gemeinschaft. Es erkennt an, dass diese verwundbaren Personen und ihre Vertreter wichtige Stakeholder und Planungspartner sind."

Sowie unter Punkt 4.5 (Establishing information sharing arrangements) von:

- "The organization should **identify the stakeholder relationships** (e.g. with the local emergency management organizations) **needed to effectively share information** for the support of vulnerable persons in an emergency,"

Auf deutsch übersetzt: "die Beziehungen zu Interessenvertretern (i.d.R. mit den lokalen Notfallmanagementorganisationen) auszumachen, die erforderlich sind, um effektiv Informationen zur Unterstützung der in einem Notfall gefährdeten Personen auszutauschen,"

- "**identify how, when and what information can be shared** about vulnerable persons with stakeholders within an applicable privacy protection framework, and ..."

Auf deutsch übersetzt: "ermitteln, wie, wann und welche Informationen über schutzbedürftige Personen innerhalb eines geltenden Datenschutzrahmens mit Interessengruppen geteilt werden können, und ..."

- "**share the information with stakeholders** who need to consider vulnerable persons when they conduct their work (e.g. local partners in emergency management)."

Auf deutsch übersetzt: "Die Informationen mit Stakeholdern zu teilen, die bei ihrer Arbeit schutzbedürftige Personen berücksichtigen müssen (i.d.R. lokale Partner im Notfallmanagement)."

Die Beziehungen der vulnerablen Gruppen und der Informationsfluss zu ihnen und zurück sind zu erforschen und zu organisieren. - Natürlich zum Zwecke der Ziele, also nicht der Würde sondern der (in böser Lesart: ganz oder teilweise abluhbaren) Werte, die von den Stakeholdern gehaltenen Ansprüche.

2.7 Keinerlei nachweisliche Tauglichkeit der Eindämmungs-Anordnungen

Der Gesetzgeber verfiel auf eine Unsumme von Anordnungen, angefangen bei Abstands- und Hygiene-Regeln, über Abschottungen, Lockdowns und der Nachverfolgung Infizierter. Während wir zu Beginn der angeblichen Pandemie – auf viele in der Weltkarte eingetragene rote Punkte starrend – noch hofften, die aus China stammende Seuche könne über geeignete Einreisebeschränkungen vom eigenen Land fern gehalten werden, wurde doch bald schon klar, dass sich die Verbreitung des Virus überhaupt nicht verhindern lies. Weder irgend ein Land der Welt noch irgend ein Bundesland Deutschlands konnte sich des Einzugs der roten Punkte erwehren.

Zu der Behauptung einer exponentiell wachsenden Schadensausweitung muss man denknötwendig auch die Tauglichkeit von Maßnahmen auf logarithmischer Skala abbilden. War es zu Beginn nicht gelungen, Infizierte im 1- oder 2- stelligen Bereich ausfindig zu machen und die 'Fallzahlen' unter das 3- und 4 Stellige zu halten, so würde – wenn denn das Narrativ der Wehrlosigkeit der Immunabwehr stimmen sollte – die Weiterverbreitung in gleichen Zeiträumen um jeweils die **nächste 10er-Potenz** um sich greifen.

Doch dass die zu bekämpfende Lage nicht dem verbreiteten Narrativ entspricht bewies bereits der vor Beginn der ersten Maßnahmen im Frühjahr 2020 unter eins gesunkene so genannte 'R-Wert'.

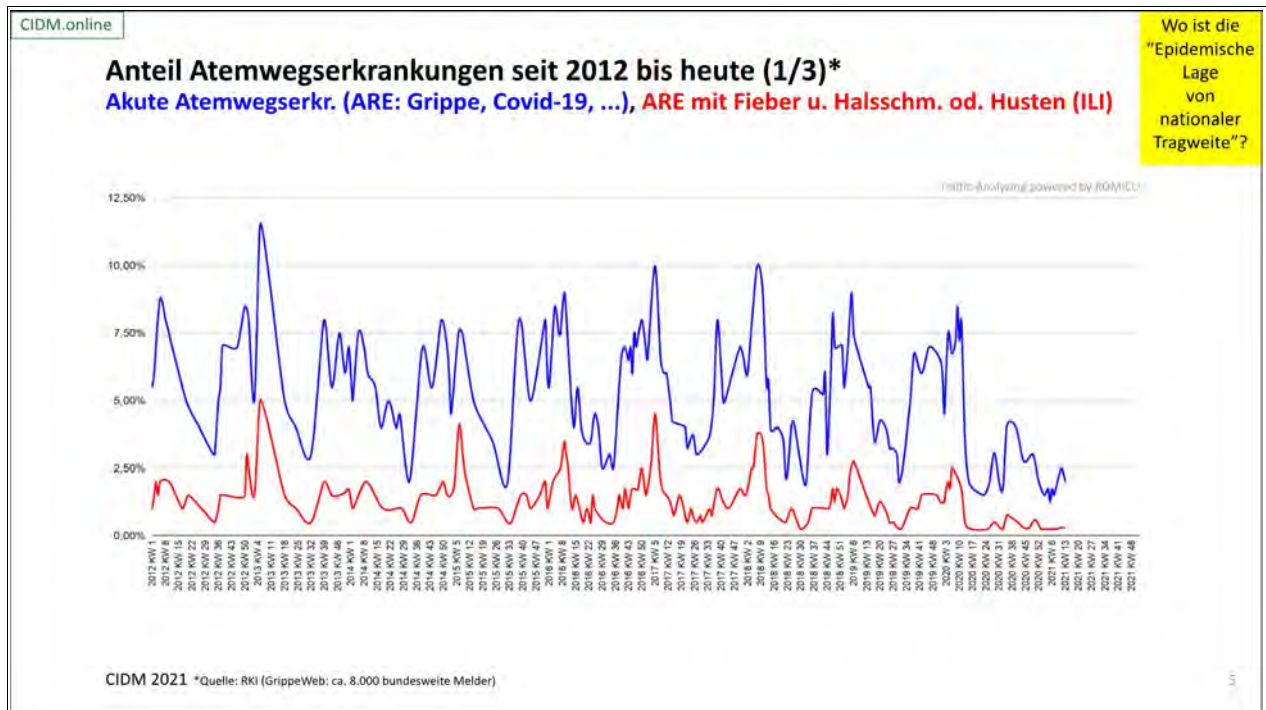
Mittlerweile wird bezüglich des Ausbreitungsgeschehens überall von 'Wellen' gesprochen, ohne jedoch auch nur ansatzweise über die

Gründe des Abweichens von Wellenform und Exponentialfunktion

nachzudenken! Viele Monate vor Einführung der als Heilsbringer gepriesenen Impfungen musste es schon passende Antworten der Immunsysteme der Menschen geben, während aber Corona-Viren genauso wie Grippe Viren immer schon (i. d. R. zum harmloseren) mutierten, die sich mit der Impfstoffentwicklung seit deren Einführung ein stetiges Hase-und-Igel-Rennen liefern. Sogar die Vogelgrippe mit ihrer weit über 10-fach höheren IFR (Infection Fatality Rate, Sterberate bei Infektion) wurde ohne den Einsatz von Impfungen überwunden, weil sie von selbst 'von der Bildfläche weg' mutierte.

3 Zur Lage der Nation:

Die **Corona-Initiative Deutscher Mittelstand** stellt die Atemwegserkrankungen von 2012 bis heute anteilig dar und fragt in [Folie 5](#)¹⁶, "wo ist die epidemische Lage nationaler Tragweite?"



Unter Corona wird jeder gesunde Mensch zum potentiellen Gefährder erklärt und damit **zum bloßen Objekt** staatlichen Handelns herabgewürdigt. Der Rechtsstaat

- erklärt, dass er genug über die Krankheit und ihre Verbreitung wisse, obwohl es trotz ausgelobten Preisgeldes von 1,5 Mio (**Anlage B111**) bis heute **kein Isolat** (was allerdings viel mehr für den nachhaltig verweigerten Wissenschaftsdialog als gegen die Existenz eines isolierbaren Virus spricht) gibt
- und sagt, dass ein Mensch **schon auf Abstand für jedermann gefährlich** sei,
- dringt tief in ihn ein um einen bloßen Verdacht (**Nukleinsäureschnipsel**) zu belegen,
- weist die Möglichkeit der symptomlosen Weitergabe nicht einmal statistisch nach und
- tritt auch nicht gegenteiligen Studien, wie z. B. der in der Nature erschienenen Wuhanstudie (siehe **Anlage B112!**) entgegen, welche aus knapp 10 Mio Teilnehmern per Tracking-App 1174 asymptomatische Kontakte ermittelte, die 0 neue Positivfälle nach sich zogen,
- während aber die WHO im Juni 2020 ihre Position bereits revidieren konnte und
- uns von den Gesundheitsämtern über Weihnachten 2020 und Weihnachten 2021 nur unzuverlässige Zahlen geliefert wurden, weil man ja auch in der größten Pandemie aller Zeiten nicht auf Weihnachtsurlaub verzichtet.

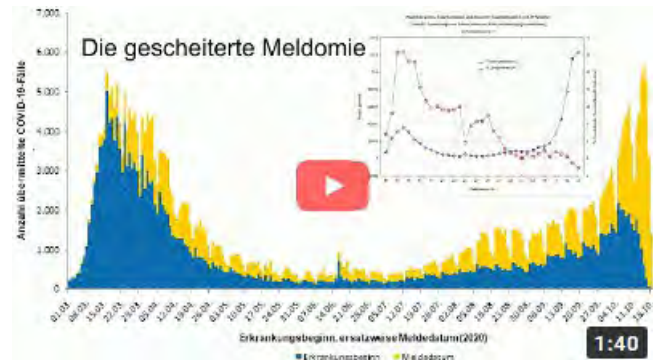
3.1 Selbstwiderlegung der Pandemischen Lage Nationaler Tragweite

Jedermann, dem das angeblich nahezu Schlimmste Denkbare überhaupt widerfuhr - eine symptomatisch bemerkbare Infektion – gilt nach 10 Tagen (Stand 02/2022) Quarantäne ohne jede Behandlung und ohne jeden weiteren Nachweis als frei. Nach 24 Monaten angeblicher Pandemie und seinen untauglichen Maßnahmen zur Eindämmung, der milderen Delta-Variante und der nochmals milderen Omikron-Variante dürfte das natürliche Virus ohnehin nur noch wenige Todesopfer verursachen können, die ja nach statistischen Analysen und Obduktionsergebnissen (**Prof. Püschel, Hamburg**) zum Sterben nahezu immer auch erhebliche Co-Morbiditäten aufweisen mussten.

Wenn nun Jedermann mit 10 Tagen Urlaub die Nationale Bedrohung für sich selbst abzuwenden vermag, dann kann nicht das ganze Land vor dem Untergang stehen (außer natürlich vor dem selbstgemachten)!

Nicht Pandemie, sondern Meldomie¹⁷!

Ebenso selbst widerlegen sich die vom RKI veröffentlichten Zahlen: Regelmäßig erkranken viel mehr Gemeldete, weil sie in der Zwangsquarantäne einen Krankenschein benötigen, als dass - wie man es bei einer 'echten' Pandemie erwarten würde - Menschen wegen ihres Erkrankens gemeldet werden. Die Methode der Rückverfolgung der Infektionsketten verlangt zwar, auch die 'nur' Ansteckungsverdächtigen zu isolieren, gescheitert ist diese Methode aber allemal und zwar - siehe **Kap. 3.6.3** und **Kap. 3.6.4!** - auch in China!



3.2 Gerichtlich aberkannte Nationale Tragweite der Pandemie

Das schon zitierte, mit Anlagen 756 Seiten umfassende Weimaer Urteil **6 OWi - 523 Js 202518/20**¹⁸ vom 11.01.2021 (gekürzt in **Anlage B108**) führt auf Seite 7 aus,

"Es gab keine 'epidemische Lage von nationaler Tragweite' (§ 5 Abs. 1 IfSG {<https://dejure.org/gesetze/IfSG/5.html>}), wengleich dies der Bundestag mit Wirkung ab 28.03.2020 festgestellt hat."

¹⁷ <https://youtu.be/lknOyqHp6rg>

¹⁸ vollständig inkl. Anlagen zu finden: https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OWi-523_Js_202518-2020.pdf

3.3 Gerichtlich aberkannte Maskenpflicht

Der Beschluss des AG Weilheim i. OB [2 F 192/21](#)¹⁹ vom 13.04.2021 (**Anlage B121**) erkannte unter

Rn. 130: "Das deutsche Robert Koch-Institut ist ... gegenüber der Bundesregierung bzw. dem Bundesgesundheitsminister weisungsgebunden. Es ist die Nachfolgeorganisation des ... aufgelösten Bundesgesundheitsamtes. ... Da das Institut nicht unabhängig ist, können die Gerichte im Rahmen der gebotenen Sachverhaltsaufklärung nicht allein auf dessen Einschätzung zurückgreifen."

Rn. 131: "Nach offiziellen Verlautbarungen der WHO ist der PCR-Test, auf dem die Inzidenzzahlen im wesentlichen beruhen, kein geeignetes Mittel, um eine Krankheit oder einen Ansteckungsverdacht festzustellen."

Rn. 154: "Für die normale Bevölkerung besteht weder im öffentlichen noch im privaten Bereich ein Infektionsrisiko, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder anderen Maßnahmen) gesenkt werden könnte."

Rn. 165: "Das RKI hat aber Ergebnisse aus zuvor (also vor Erscheinen des RKI-Beitrags) publizierten Kontakt-Tracing-Untersuchungen, aus denen realistischere Angaben ermittelt wurden, weggelassen. Das ist **mit den Grundsätzen wissenschaftlichen Arbeitens nicht vereinbar**, und damit berücksichtigt

das RKI nicht den für alle Behörden etc. in § 1 (2) IfSG formulierten Auftrag,

'entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft ...' zu arbeiten."

Rn. 173+174: "**Obwohl die WHO** auch in der aktuellsten Stellungnahme vom Dezember 2020 (im Übrigen wie zuvor im Juni 2020) ausdrücklich **feststellt, dass die wissenschaftlichen Belege**, die für eine Effektivität von Masken in der Öffentlichkeit bei der Prävention respiratorischer Infektionen (einschließlich durch SARS-CoV-2) sprechen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur begrenzt und **noch dazu widersprüchlich sind**, spricht sie dennoch eine Empfehlung für Masken in bestimmten epidemiologischen Situationen für die normale Bevölkerung aus.

Bei der Masken-Empfehlung der WHO handelt es sich also nicht um eine wissenschaftlich begründete Empfehlung.

Ob tatsächlich politisches Lobbying dahinter stand, muss hier nicht diskutiert werden, aber es muss festgehalten werden, dass die WHO als wissenschaftliche Gesundheitsbehörde der UNO für die gesamte Welt ihre Maskenempfehlung gerade nicht auf einer wissenschaftlichen Basis getroffen hat."

Rn. 190: "Es gibt zahlreiche Beispiele aus anderen Ländern, wo, wie z.B. in Spanien, trotz strengster Maskenpflicht zwischen Juli und Ende Oktober 2020 die Fallzahlen der positiv getesteten Personen extrem anstiegen, während sie in Schweden ohne Maskenpflicht im selben Zeitraum deutlich niedriger waren. ... auffällig ist, dass sich in keinem der Länder ein Effekt der Maskenpflicht auf die Fallzahlen zeigte."

Rn. 214: "Eine verfassungsrechtliche Handlungspflicht zum Schutz der Allgemeinheit gegen Covid-19 könnte deshalb nur dann angenommen werden, wenn die von der Epidemie ausgehenden Risiken derart groß wären, dass ohne staatliche Maßnahmen entweder die Existenzgrundlagen des Gemeinwesens oder der Gesamtheit der in diesem Gemeinwesen organisierten Menschen auf dem Spiel stünden. Davon kann in Bezug auf Covid-19 keine Rede sein."

Rn. 222: "Die Anordnung der Maskenpflicht an Schulen gem. § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzverordnung ist daher verfassungswidrig und damit nichtig."

19 auch online: https://leak6.de/biblio/AG-Weilheim%20_F_192-2021%20keine_Masken_in_Schulen.pdf

3.4 Willkür in jedem Detail

Nach den – zum Abbau des Föderalismus im April 2021 aus 48 Quellen zusammen getragenen - Erkenntnissen des Unterzeichners beruht die staatlich selbst erteilte Eingriffsbefugnis auf einer in 8 Hinsichten krass willkürlich berechneten und gewürdigten so genannten Inzidenz (**Anlage B113**²⁰):

1. **Manipulierte Medizintheorie:** Kein Isolat, Kochsche Postulate unerfüllt, undefinierte Begriffe: Pandemie und Herdenimmunität.
2. **Untauglicher Drosten-PCR-Test:** von internationalen Wissenschaftlern in 10 Punkten als unhaltbar kritisiert.
3. **Fehlende sachliche Abgrenzung:** 'an oder mit Corona' Infektions- u. Todesfälle ohne Begleitumstände wie z. B. Symptome.
4. **Nicht berücksichtigter Testumfang:** Dunkelziffer bleibt verdunkelt, Hochrechnung auf die Bevölkerung fehlt.
5. **Fehlende personelle Abgrenzung:** Mehrfachtests der selben Personen werden nicht herausgerechnet.
6. **Fehlende zeitliche Abgrenzung:** In die sog. '7-Tages-Inzidenz' fließen z. T. uralte Daten ein.
7. **Bewirkte Verschlimmerung:** Unter der erzeugten Panik war die Behandlung nicht selten suboptimal, (z. B. viel zu frühe Druckbeatmung).
8. **Willkürlich festgelegter Grenzwert:** keine Berücksichtigung der tatsächlichen Belastungssituation des Gesundheitssystems.

Willkürlich muss auch die später vorgenommene Verkürzung des Genesenenstatus von 6 auf 3 Monate erscheinen. Empörend war am 26.01.2022 (siehe **Anlage B114!**) vor allem die längst beseitigte Ungleichbehandlung von Abgeordneten mit den übrigen Bürgern.

Willkürlich und sachwidrig ist aber die Konstruktion, dass

Genesene, welche nachweislich eine Originalbedrohung besiegt haben,
schlechter gestellt werden,
als **Geboosterte, die nur mit dem Glauben an eine richtig eingestellte Booster-Rezeptur**
in Wahrheit als ungefährlich erscheinen können.

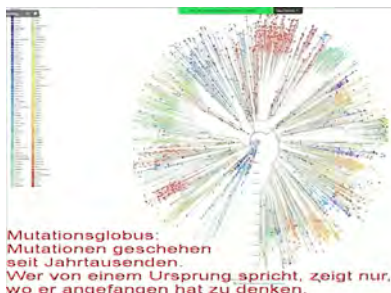
Nach diesem dürfte der Politik jeglicher Realitätsbezug verloren gegangen sein, während sie außerdem die Gefährlichkeit biotechnologischer Genexperimente weder im Auge hat, noch thematisiert oder gar eindämmt, sondern als Heilsbringer verkauft.

20 einzeln online: https://leak6.de/Die_8x-willkuerliche_Inzidenz.pdf

3.5 Böse Parallelen der Halt- und Maßlosigkeit

Politik Spezial - Stimme der Vernunft brachten am 21.01.2022 die [Aufzeichnung eines Teledialoges](#)²¹ von Olaf Scholz (Bundeskanzler) mit Klaus Schwab (führender Kopf der Superreichen). Mit Unterwürfigkeit wird – anstatt die Sprache einmal auf Steuern für die stattlichen Gewinne zu bringen - auch die künftige finanzielle Unterstützung von BIG-PHARMA gelobt. Weiter wird auch der feste Glaube an das etablierte Narrativ 'vorgebetet'. Das Credo lautet nun:

"**COVAX** soll 70 % der Weltbevölkerung erreichen, damit uns die Buchstaben des griechischen Alphabetes nicht ausgehen."



Nur mit **COVAX** sollen wir also in der Lage sein, das permanente Mutieren der Viren (siehe [Anlage B115!](#)) ein für alle Mal zu beenden. Dies aber kann nur möglich sein, wenn das per sé instabile Virus vollständig eradiziert ist, denn wenn auch nur ein Virenstamm überlebt, gehen ja die Mutationen von diesem Ausgangspunkt munter weiter.

COVAX ist also der Name der neuen "Endlösung"!

und es drängt sich auf, Denkverbote bezüglich ihres Realitätsbezuges, ihrer Erreichbarkeit, Sinnhaftigkeit und ihrer ethischen Wertigkeit ohne

Verharmlosungen historisch bekannter angeblicher 'Endlösungen' zu überdenken, um Gefahren zu erkennen. Immerhin gehen die Denkmöglichkeiten der Gentechnik bis hin zu kontrollfreien, zeitlich programmierbaren rassistischen genetischen Schlüsseln!

[Karl Lauterbach](#) (Gesundheitsminister) [sagte am 18.02.2022](#)²²,

dass für "ganz konservativ gemessen: ... mehr als 2% der Bevölkerung ... die Impfung nicht ausreichend wirkt ... und für diese Leute die Pandemie nicht mit der Impfung endet ... und gerade deshalb **wir** nicht zur Normalität zurückkehren können", sondern "in Zeiträumen von 10-Jahren denken" müssen.

Weiter sagte er [hier](#)²³,

"Ohne Übertreibung: Wir kommen jetzt in eine Phase hinein, wo der Ausnahmezustand (also die Katastrophe) die Normalität sein wird, wir werden also immer im Ausnahmezustand sein."

[Bill Gates](#) hingegen sagte ([Anlage B116](#)), ebenfalls am 18.02.2022 auf der Münchener Sicherheitskonferenz,

"dass die Omikron-Variante in der Corona-Pandemie „bessere Arbeit“ geleistet habe als die Impfung."

Gänzlich frei von Logik der Grünen-Gesundheitspolitiker [Dahmen](#) (ebenda):

"Eine dauerhafte Rückkehr zur Freiheit gibt es nur mit der Impfpflicht"

Schon [Angela Merkel](#) war eine brave Pharma-Vertreterin (damals Bundeskanzlerin) und [propagierte die selbe "Endlösung"](#)²⁴,

"Aber es gibt in dem Ganzen auch politische "Grundscheidungen (Mischung aus Grund und Wunsch)", die haben mit Wissenschaft nichts zu tun ... ich habe es auch in meinem Beitrag deutlich gemacht, dass die Pandemie erst besiegt ist, wenn alle Menschen auf der Welt geimpft sind, ..."

21 <https://youtu.be/3gFxxLVLU9I>

22 <https://youtu.be/SjhOMRYLnBQ>

23 <https://youtu.be/EgEwyLA5hgw>

24 https://leak6.de/yt-reuploads/2021-02-23%20Mutti_mutante.mp4

3.6 Zustand von Demokratie und Rechtsstaat

3.6.1 Keine Gewaltentrennung

Art. 20 (2) GG verlangt "besondere Organe der Gesetzgebung, der vollziehenden Gewalt und der Rechtsprechung". Diesem Wortlaut zufolge müssen die Organe der Staatsgewalt getrennt voneinander – **nicht lediglich geteilt** – betrieben werden, also "**sonders**" Einflussnahme durch Budgetierungen, Personalunion, Weisungsgebundenheit (insbesondere der Staatsanwaltschaften sowie der Institute wie RKI, Paul-Ehrlich-Institut, Leopoldina, ...) und dergleichen (Richterwahlausschüsse).

Die Rechtsprechung ist von den Haushaltsplänen der Exekutive so unabhängig,
wie ein Formel-1-Motor vom Gaspedal.

3.6.2 Nahezu kein Einfluss durch Wahlen und Abstimmungen

- Als wir grün wählten, bekamen wir in Jugoslawien den ersten Bundeswehr-Auslandseinsatz der Nachkriegszeit,
- als wir rot wählten, bekamen wir HARTZ-IV und die Agenda 2010,
- als wir schwarz wählten, bekamen wir die Energiewende und
- Abstimmungen finden (fast) überhaupt nicht statt.

3.6.3 Wissenschaftsprostitution, die Einstiegsdroge für den globalen Wissenschaftsbetrug

Nach [Art. 5 GG](#) sind "Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre frei". Seit Freigabe des Einsatzes von Drittmitteln an den Universitäten und anderen Hochschulen kauft sich das Interesse des Großkapitals selbstverständlich auch in der Wissenschaft ein (siehe [Anlage B117!](#)).

Die Methodik der wirkenden Mechanismen:

Prof. em. Günter Ropohl legte schon 2010 ([Anlage B122](#))²⁵ an drei Beispielen die inneren Mechanismen der von ihm so genannten "Mentalen Prostitution" dar. Er beklagt, die Einflussnahme "gewisser Dritter" erfolge "aus irgendwelchen Gründen" und bewirke die "strukturelle Käuflichkeit der Wissenschaft" über zahlreiche Zwänge, wie:

- Vernetzungszwang,
- Legitimierungszwang,
- Akquirierungszwang,
- den Zwang schon im Voraus [die wahrscheinlichen] Forschungsergebnisse zuzusagen sowie
- den Verifikationszwang.

Schließlich resümiert er:

"Man darf nicht länger einem blinden Aktionismus verfallen, bloß weil eine zufällig einflussreiche Wissenschaftlerlobby irgendwelche Katastrophenszenarien an die Wand malt. Angesichts offenkundiger Meinungsverschiedenheiten in der Wissenschaft kann sich die Politik nicht auf die "**Einschätzungsprärogative**" berufen, hier willkürlich Partei zu ergreifen. Und das Bundesverfassungsgericht müsste, statt solcher Willkür freien Lauf zu lassen, feststellen, dass es grundgesetzwidrig ist, wenn die Politik mit einem derartigen Präjudiz in den wissenschaftlichen Meinungsstreit eingreift."

Die Täuschung:

Tatsächlich erfolgte ein massiver Wissenschaftsbetrug mindestens seit der Einführung des Drogen-PCR-Tests Anfang 2020. Dieser (und weitere) werden nicht von den dazu berufenen Stellen aufgeklärt, sondern von altruistisch motivierten Bürgern.

Eine wachsende Gemeinde kritischer Geister eruiert mit gewaltiger Recherchemacht ein Wissen, das Big-Pharma, den meisten Regierungen und nicht zuletzt Youtube sehr missliebig ist. Dennoch verbreitet sich dieses Wissen unaufhaltsam, maßgeblich über soziale Medien und es sucht sich - allen Lösversuchen zum Trotz - immer wieder neue Ausweichmechanismen. Beispielsweise bringt der Reuploader "Napfkuchen_LE" ein [Interview](#)²⁶ von **Dave Brych** mit **Dr. Reiner Füllmich** vom privat initiierten [Corona-Untersuchungsausschuss](#)²⁷ mit dem Titel "Wissenschaftsbetrug und Korruption? Der Fall Drogen ..."

Der wegen seiner vielen unliebsamen Verlautbarungen inzwischen "aus dem Land gejagte" **Dr. Bodo Schiffmann** [erklärte am 21.07.2020](#)²⁸:

"Wir haben hier eine Erkrankung, von der wir schon sehr früh wussten - und zwar genau wussten, wie viele Menschen in welcher Altersgruppe hier gefährdet sind. Wir haben ... 5 abgeschlossene Populationen zur Verfügung, die wir studieren konnten:

- ein Kreuzfahrtschiff,
- ein Gefängnis,
- zwei Flugzeugträger und
- in Heinsberg und wussten von Anfang an, wie wenig gefährlich Covid-19 ist.

und was machen wir? Wir lassen uns einen Mundschutz aufdrängen."

²⁵ https://www.novo-argumente.com/artikel/print_novo105_40

²⁶ <https://youtu.be/XKKwmv-Rzac>

²⁷ <https://corona-ausschuss.de/>

²⁸ bei Minute (3:00) in https://leak6.de/yt-reuploads/2020-07-21%20K0p7_vly_hM%20GD-TV-Bodo_Schiffmann_in_Heilbronn-Diese_Regierung_muss_weg.mp4

Die Heinsberg-Studie wiederum wies mit ihrer ersten Vorabveröffentlichung (**Anlage B123**) vom 09.04.2020 aus:

"Die Letalität (case fatality rate) bezogen auf die Gesamtzahl der Infizierten in der Gemeinde Gangelgt beträgt mit den vorläufigen Daten aus dieser Studie ca. 0,37 %."

Ab diesem Tag konnte man also wissen, dass die Gefährlichkeit dieser Pandemie 5x niedriger als von der WHO für Deutschland vorhergesagt und lediglich im für Grippe üblichen Bereich liegt. Fortan wurde aber alles getan, um die Bevölkerung in Angst und Schrecken zu halten und den Interessen der Pharma-Industrie gerecht zu werden.

Am 15.11.2020 erschien immerhin im Nature die mächtige **Wuhan-Studie** (**Anlage B124**), welche nach strengen Maßnahmen (23.01.2020-08.04.2020) vom 14.05.2020 bis zum 01.06.2020 ein stadtweites (9.899.828 Teilnehmer) SARS-CoV-2-Nukleinsäure-Screening-Programm durchführte und ergab:

- es wurden (ohne Impfung) keine neuen symptomatischen Fälle identifiziert,
- es wurden 300 asymptomatische Fälle (Erkennungsrate 0,303/10.000, 95% CI 0,270–0,339/10.000) identifiziert,
- auch nach 1.174 engen Kontakten der asymptomatischer Fälle gab es keine positiven Tests,
- 107 von 34.424 zuvor genesenen COVID-19-Patienten wurden erneut positiv getestet (Repositivrate 0,31 %, 95 %-KI 0,423–0,574 %).

Diese Studie belegt bereits, dass die Krankheitswelle aus ausschließlich Menschen eigener immunologischer Abwehrkraft vollständig überwunden werden kann und dass es keine asymptomatische Weitergabe gibt!

Der Schaden:

Am 06.03.2022 berichtete²⁹ **Marc Friedrich** darüber, dass die einzige Studie auf deren Grundlage die Impfung zugelassen wurde bis 2097 unter Verschluss bleiben sollten und in derselben

unter 42.000 Probanden (inklusive Placebos) 1.223 "mit oder an" Corona verstorben waren!

Unser-Mitteuropa.com hatte schon am 20.01.2022 berichtet (**Anlage B125**)³⁰, dass diese Studie unter ungeborenen Kindern bei Schwangeren

eine fast 100-prozentige Todesrate (!)

aufweist.

Allein die Studienliste der Klagepaten der Impf-Nebenwirkungen umfasst hingegen mit Stand 19.01.2022 (**Anlage B126**) **1014 Einträge!**

Die Nebenwirkungen dieser vielen Studien haben aber nicht allein akademischen Wert, sondern schlagen auf tatsächlicher Ebene auf das Wohl der Menschen im Lande voll durch. Der Datenanalyst **Tom Lausen** **beklagte vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages**³¹:

- etwa 100 mal mehr Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, als vor der Impfung,
- 23.000 schwerwiegende Impfnebenwirkungen zzgl.
- 3.000 Fälle auf der Intensivstation sowie
- 282 Verstorbene.

Am 21.02.2022 verfasste der Vorstand der BKK-Provita Krankenkasse **Andreas Schöpfbeck** ein "Heftiges Warnsignal bei codierten Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung"

(**Anlage B127**) und rechnete darin auf das Gesamtjahr und ganz Deutschland hoch, dass

- dann "vermutlich **2,5-3 Millionen Menschen in Deutschland** wegen Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung in ärztlicher Behandlung gewesen" sein werden!

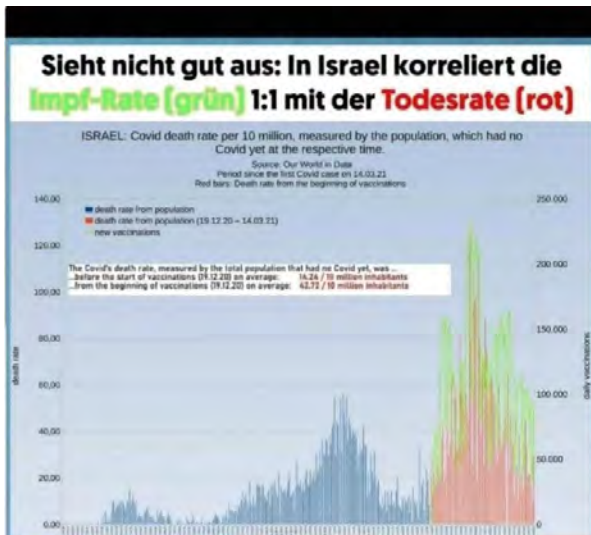
Die Reaktion auf diese Warnung an die zuständige Stelle war allerdings nicht irgend ein Umdenken, son-

29 <https://youtu.be/kAbrYeboN9M?t=707>

30 <https://unser-mitteuropa.com/schock-enthuellung-bei-pfizer-impfstoffstudien-fast-100-prozentige-todesrate-unter-ungeborenen-kindern-bei-schwangeren/>

31 lt. BKK-Krankenkassendaten Q1 bis ½Q3-2022 zzgl. InEK-Daten: <https://youtu.be/OmDHAm5mDW8?t=240>

dem die fristlose Entlassung Schöpfbecks am Dienstag den 01.03.2022 (**Anlage B128**).



Israel, für die "**Impfmitteldurchseuchung**" in einer Vorreiter-Rolle, lieferte auch als erstes (schon ca. Q1-2021) breite empirische Daten der Tödlichkeit der Impfungen.

Schließlich bringen **Corona-Solution** in ihrem **Risiko-Warnbrief Nr. 8**³² (**Anlage B129**) vom 14.03.2022 u. a. die Punkte:

- Geimpfte Jugendliche (10-19 J.) starben öfters als Ungeimpfte,
- Geimpfte Erwachsene und Rentner starben häufiger als Ungeimpfte!
- Geboosterte infizierten sich bis zu dreimal so häufig wie Ungeimpfte!

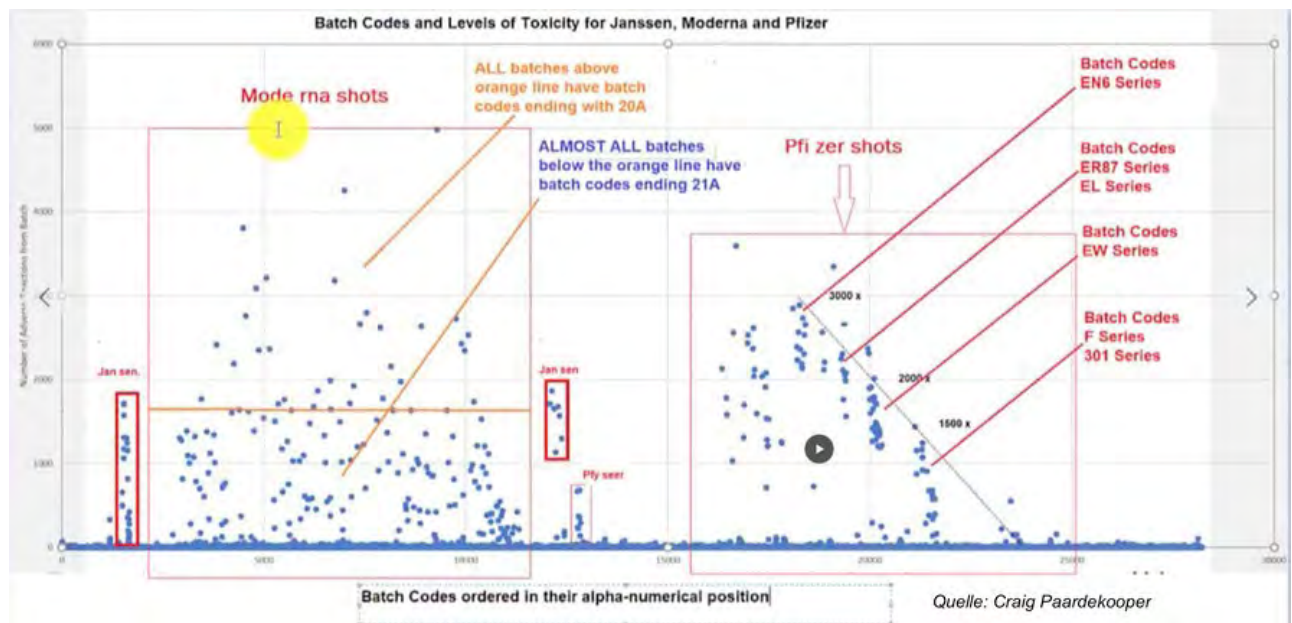
Doch nicht genug damit, dass

von einem Impfparadoxon gesprochen werden muss - nein: Die Nebenwirkungen treten teils sehr ungleichmäßig auf. So hat der Seniorenwohnpark Uhldingen-Mühlhofen nach einer Impfkation gleich **13 verstorbene Senioren**³³ - verbunden mit einer mangelhaften Aufklärung - zu beklagen.



Die ungleichmäßige Verteilung der Nebenwirkungen wurde in den USA bis auf eine (vollkommen illegal) fehlende Kontinuität der Chargen zurückgeführt. **Dr. Mike Yeardon**, ex-Vorstand von Pfizer (bis 2011) berichtete in **Sitzung 86**³⁴ des Corona-Ausschuss, dass einzelne Chargen - weit über technisch bedingte Fertigungstoleranzen hinaus - toxisch waren, nämlich z. B. bei Pfizer: **bis zu 3.000 x !**

BIG-Pharma erarbeitet sich hier mit ihren Rezepturen ein verbrecherisches Geheimwissen: Künftig können sie mit einer empirisch nachgewiesen, gut bekannten '**kalibrierten Tödlichkeit**' produzieren!



32 https://www.corona-solution.com/downloads/Risiko-Warn-Brief__08-3.pdf

33 <https://rumble.com/embed/vbfv2n/?pub=4>

34 <https://odysee.com/Mike-Sitzung-86-de:69403dc269d2f3b1157723aaf1f780709bdc4b9>

Die Kollateralschäden:



Das ganze Land ist paralyisiert, insbesondere wird Kindern ihr Selbstbewusstsein und damit auch ihr Selbstbestimmungsrecht genommen. Triage findet nicht in den Kliniken (s. u.) statt, sondern bei der Aufnahme psychiatrisch indizierter Notfälle.



Die Krise wird zum Selbst- und Dauerläufer. Die reichlich angebotenen Subventionen erhält nur der Mitmacher, dem ohne dieselben nicht selten der Ruin droht.

Die Vermögensvorteile:



20 Krankenhäuser wurden 2020 absichtlich geschlossen, um eine Intensivbetten-Notlage für Corona zu erzeugen. Und trotzdem bleiben die meisten Intensivbetten leer. Lügen, die alles übersteigen.

Die besorgter Weise knapp werdenden freien Betten auf den Intensivstationen wurden nur deshalb knapp, weil die Krankenhäuser die Gesamtzahl der Betten - durch Fehlansätze bedingt - abbauten.



Datum	Belegte -Betten	Freie -Betten	Gesamt - Betten	Abbau der Intensivbetten
01.05.2020	19.218	12.000	31.218	*****
01.08.2020	20.033	8.197	28.230	-2.988
31.12.2020	20.031	3.797	23.828	-4.402
Gesamtreduktion der Intensivbetten : vom 01.05.2020 - 31.12.2020				-7.390

Ein Intensivbettenabbau in der größten Pandemie von 7.390 Betten in 8 Monaten macht auf jeden Fall Sinn, wenn man die ÜBERBELASTUNGEN der Krankenhäuser erklären will.

Notfallbetten werden erst ab dem 03.08.2020 Aufgeführt, die gab es vorher nicht!!!!!!		
03.08.2020	12.185	NOTFALLBETTEN
31.12.2020	10.473	NOTFALLBETTEN

**** sollte man mal drüber nachdenken ****
 Quelle: wo jeder selbst nachschauen kann : <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>
 DIVI Intensivregister

Ralf Wurzbacher beklagt gegenüber den **Nachdenkseiten (Anlage B130)**³⁵, deutsche Kliniken bekamen bereits für einen Sauerstoffanschluss **50.000 Euro** zusätzlich und dass der Bundesrechnungshof Bereicherung witterte!

Laut eines **Monitorberichtes**³⁶ verdienen Ärzte nun vor Steuern - statt der üblichen **90 €/Std.**, nun **130-175 €/Std.**, und machen pro Woche und Praxis einen Umsatz von bis zu **64.000 €!**

Zahnärzten gegenüber wurden von der Ärztekammer Prämien von **1.000€ je Monat** zzgl. **15€ je Test** ausgelobt (**Anlage B131**). Wie viel von diesen Profiten als Schweigegeld gewürdigt werden muss, wird man später noch bedenken müssen.



Wenigstens steigen nun, wo viele Impfungen mit Nebenwirkungen aufliegen, viele Ärzte (immerhin impfen nur noch 33.000 von ehemals 100.000!) aus dem Impfprogramm aus (**Anlage B132**³⁷). Es gibt noch Ärzte, die sich an den Hippokratischen Eid oder an das Genfer Gelöbnis erinnern, an ihre Beratungspflicht, an Verhältnismäßigkeiten, an grundsätzliche Bedenken bezüglich ungezügelter Verabreichung zahlloser Adjuvantien und an die letztlich bei ihnen hängen bleibende Haftung.



35 <https://youtu.be/QtsVPoKexNM>
 36 <https://youtu.be/kdybOSDhsuQ>
 37 <https://www.pravda-tv.com/2021/10/immer-mehr-aerzte-steigen-aus-nur-noch-jede-dritte-praxis-bietet-co>

Weitere Profiteure sind neben Big-Pharma natürlich die ausländischen – in Deutschland kaum Steuern zahlende Internetkonzerne. Als während der Lockdowns die heimischen Geschäfte lediglich auf Kosten des deutschen Steuerzahlers Finanzhilfen bekamen, wurde gegenüber den ausländischen Profiteuren eine Solidaritätsabgabe zum Ausgleich ihrer Bevorzugung nicht einmal diskutiert.

Das eigentlich gebotene Handeln:

Das kostenlose Selbsthilfemaßnahmen mangels Rendite nicht beworben werden, ist für die Privatwirtschaft ja noch verständlich; dass aber der Staat gegenteilig handelt Heilpraktiker rundweg verbieten will und sämtliche 'Stakeholder' alternativer Gesundheitsansätze - wie z. B. Prof. Dr. Winfried Stöcker - gnadenlos verfolgt ist für eine freie Gesellschaft inakzeptabel. Zu den - aufgrund der finanziell überborden Dominanz der Big-Pharma unterstützenden verzerrten Publikationspraxis - selbstverständlich umstrittenen alternativen substanzbasierten Heilansätzen zählen u. a.:

Coronil, CDL, Hydroxo-Chloroquin, Ivermectin, Lysin, Peroxid-spray, Selen, Spirulina-Algen, Vitamin-D und Zink.



Angemerkt muss hier natürlich sein, dass die Liste keinen Anspruch erhebt, abschließend zu sein und insbesondere dass jede ernsthafte Erkrankung rechtzeitig in vertrauenswürdige ärztliche oder fachärztliche Hände gehört.

Der Katastrophenexperte **Günther Greindl beklagt**³⁸ die absolut mangelhafte Qualität des aktuellen Krisenmanagements in der Pandemie:

"wir haben eine doppelte Krise in Österreich, gesundheitlich und gesellschaftlich. ... Die Gesellschaftskrise wurde durch die politischen Maßnahmen erst erzeugt, Eigentlich hätte man vorgehen können nach drei bekannten Grundsätze:

1. Panik vermeiden!
2. Reserven bilden!
3. umsichtig handeln!



Im Ergebnis werden das Volk, die Bürger, die Deutschen, die Alten, die Kranken und die Kinder betrogen, wir alle sind nicht die - eigentlich freien - Spieler, sondern wir werden gespielt.

Wir stecken in einem Krieg, welchen fast alle Regierungen - wissentlich oder unwissentlich - gegen ihr jeweils eigenes Volk führen!



38 https://youtu.be/Y5jTrv7K_5A

3.6.4 Event201 (Plandemie), NWO und die Rolle der WHO

Hier die Überschriften der PUBLIC-PRIVATE COOPERATION FOR PANDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE - A CALL TO ACTION ([18.10.2019](#), [Anlage B106](#)):

1. **Governments, international organizations, and businesses should plan now for how essential corporate capabilities will be utilized during a large-scale pandemic.**

Regierungen, internationale Organisationen und Unternehmen sollten jetzt planen, wie **während einer groß angelegten Pandemie** wesentliche Unternehmenskapazitäten genutzt werden können.

2. **Industry, national governments, and international organizations should work together to enhance internationally held stockpiles of medical countermeasures (MCMs) to enable rapid and equitable distribution during a severe pandemic.**

Die Industrie, nationale Regierungen und internationale Organisationen sollten zusammenarbeiten, um dies zu erreichen: Aufstockung international gehaltener Bestände an medizinischen Gegenmaßnahmen (MCMs), um dies zu ermöglichen schnelle und gerechte Verteilung während einer schweren Pandemie.

3. **Countries, international organizations, and global transportation companies should work together to maintain travel and trade during severe pandemics.**

Länder, internationale Organisationen und globale Transportunternehmen sollten zusammen funktionieren, um Reisen und Handel während schwerer Pandemien aufrechtzuerhalten.

4. **Governments should provide more resources and support for the development and surge manufacturing of vaccines, therapeutics, and diagnostics that will be needed during a severe pandemic.**

Die Regierungen sollten mehr Ressourcen und Unterstützung bereitstellen für die Entwicklung und den Anstieg der Herstellung von Impfstoffen, Therapeutika und Diagnostika, die während einer schweren Pandemie benötigt werden.

5. **Global business should recognize the economic burden of pandemics and fight for stronger preparedness.**

Globale Unternehmen sollten die wirtschaftliche Belastung durch Pandemien erkennen und für eine stärkere Vorsorge kämpfen.

6. **International organizations should prioritize reducing economic impacts of epidemics and pandemics.**

Internationale Organisationen sollten der Verringerung der wirtschaftlichen Auswirkungen von Epidemien und Pandemien Vorrang einräumen.

7. **Governments and the private sector should assign a greater priority to developing methods to combat mis- and disinformation prior to the next pandemic response.**

Regierungen und der Privatsektor sollten der Entwicklung von Methoden zur Bekämpfung von Fehl- und Desinformationen vor der nächsten Reaktion auf eine Pandemie eine höhere Priorität einräumen.

Bereits im letzten [Koalitionsvertrag vom 12.03.2018](#)³⁹ wird von der Neuen Weltordnung gesprochen.

Whistleblowerin [Dr. Astrid Stuckelberger](#) bezeugt die verdeckte Steuerung der Länder durch die WHO über [Geheimverträge mit den Ländern](#)⁴⁰, wobei regelmäßig auch die eigenen Regeln verletzt würden.

Doppelt brisant wird die Plandemie natürlich dann, wenn man die Labortheorie hinzuzieht. So trug der Hamburger [Professor Roland Wiesendanger](#) insgesamt 600 Hinweise zusammen, von denen er 60 in ei-

39 Zeile 6912 in https://archiv.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf?file=1#Page=146

40 <https://www.kla.tv/2022-02-13/21620>

ner Studie veröffentlichte (siehe **Anlage B133!**). Er ist sich sicher:

"Corona kam doch aus einem Labor in Wuhan!"

Am 04.02.2022 veröffentlichte **Boris Reitschuster** ein Interview mit **Prof. Dr. Wiesendanger**, in welchem dieser (im **Video**⁴¹ besonders ab 14:30) über die Umstände des vorliegenden Wissenschaftsbetruges aufklärte. Aufgrund von Leaks kam heraus:

- Es gab eine Telekonferenz, in welcher der USA-Präsidentenberater Anthony Fauci und viele andere Virologen taktisch angewiesen wurden, bei der Vertuschung der Labortheorie mitzuwirken:
- Sie sollten gegen die Labortheorie Stellung beziehen und die Zoonose-Theorie vertreten. Das Virus sei von Fledermäusen auf den Menschen übergesprungen.
- Auf zwei Studien sollten sie für die verlangte Position Bezug nehmen.
- Doch Jedermann ist heute klar, für die Zoonose-Theorie sprechen überhaupt keine starken Argumente.
- So wurden viele andere führende Virologen systematisch davon abgebracht, ihre Stimme warnend zu erheben.
- Auch die Medien und die Politik wurden mit dieser "konzertierten Aktion geleimt".

Doch Wiesendanger wird nicht widerlegt, sondern der Professor wird mit Dreck beworfen. Dabei müsste allein die Denkmöglichkeit der international verbotenen **Gain of Function** genannten Genforschung genügen, dass solches thematisiert und strafermittelt wird.

Anthony Fauci indes ruderte Ende 2021 bezüglich des Drogen-PCR-Tests, auf welchem weltweit sämtliche Panik treibenden Zahlen beruhen deutlich zurück und **erklärte**⁴² (übersetzt vom Autor),

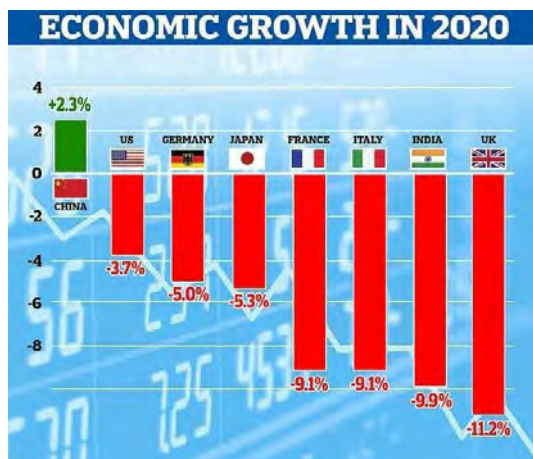
"Der einzige Weg, sagen zu können, dass Sie ansteckend sind ist, wenn Sie zeigen können, dass sich wirklich ein lebendiges Replikationsvirus in Ihnen befindet - und das messen die Tests nicht."

Dass es illegale Genforschung gibt, ist im Ostblock bereits seit mindestens seit 2018 (**Bericht von MARKmobil**⁴³) auf mediale Beachtung gestoßen.

Die Plandemie ist sehr ernsthaft zu befürchten: **Paul Schreyer referiert**⁴⁴, wie zum Vorteil weniger weltweite Krisen mit langem Atem geplant, durchgespielt und die wirksamen Mechanismen optimiert werden.

Dabei soll die Menschheit nicht nur in Angst und Schrecken gehalten werden, sondern auch erzogen. Die 'zu vermittelnden Lehren' dürften im wesentlichen die **nachfolgenden Hypothesen** gewesen sein:

- A:** "Wir müssen die unüberschaubare Todesgefahr um jeden Preis abwenden",
B: "Die von der Regierung vertretenen Maßnahmen führen zum Erfolg" sowie
C: "viel hilft viel, also: je härter, desto schneller".



«Eine wilde Poolparty würde in Zeiten von Corona wohl überall Erstaunen auslösen. Diese aber fand in Wuhan statt – am Ausgangsort des Virus ... China hat das Coronavirus Sars-CoV-2 unter Kontrolle ... Die Zahl der Toten beläuft sich auf 4713.»

Quelle: NZZ 19. August 2020

Neue Zürcher Zeitung

Dr. Daniele Ganser: Corona und China: Eine Diktatur als Vorbild? (Basel 5. Februar 2021)

So richtig hart hat es China vorgemacht und 'damit' als erstes und einziges Land schon im Jahr 2020 wie-

41 <https://odysee.com/@reitschuster:3/220201-wiesendanger-v1:5>

42 <https://youtu.be/bAICMQ1D5F8?t=449>

43 **MARKmobil** über das Labor des Todes in Georgien: <https://t.me/LKNews2/19805>

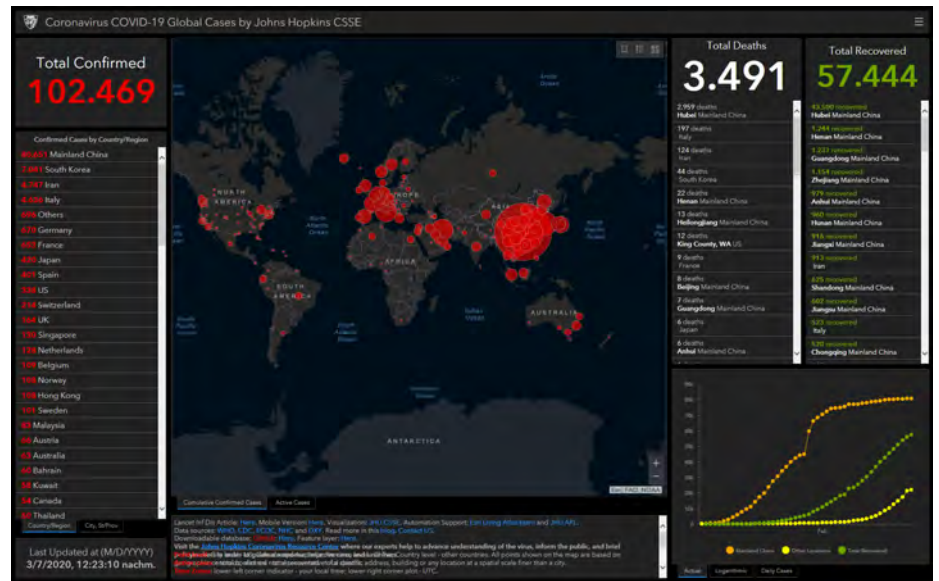
44 https://youtu.be/SSnJhHOU_28

der Wirtschaftswachstum erreicht. Im August 2020 durfte sich der Chinesische Bürger wieder unbeschwert geben. Auch die schon erwähnte **Wuhan-Studie (Anlage B124)** belegte, dass man die Seuche schon längst und vollständig - man beachte aber: **ohne Impfung**, nur mit Maßnahmen der Abschottung - überwunden hätte.

Dabei gab es in Wuhan durchaus viele Fälle (orangefarbene Kurve im Bild rechts unten). Bevor es aber offensichtlich wurde, dass sich die grüne Kurve der Genesenen der Fallzahl bis auf das kaum noch unterscheidbare annähert, brach man diese Darstellung ab.

Doch die Hypothesen gehen nicht auf, denn es darf nicht übersehen werden:

- kein einziger Erkrankter wurde deshalb gesund, weil er von den anderen Gesunden isoliert war,
- kein einziger Erkrankter wurde schneller gesund, weil er eine Maske trug!



Zwar mag die erfolgreiche Eindämmung der Ausbreitung durch die harten Maßnahmen schlüssig erscheinen, doch man bekämpfte auch in China eine Bedrohung, welche die einzelnen erkrankten Menschen aber in fast allen Fällen mit den Möglichkeiten ihrer eigenen Immunabwehr zu überwinden vermochten; also eine Bedrohung, die es jedenfalls in der zugespitzten Form der Hypothese **A** nicht gab.

Weiter begegnet die These der in der Seuchenbekämpfung erfolgreich durchführbaren Abschottung angesichts der sehr vielen **einzelnen** kleineren roten Punkte in China (obiges Bild) ersten Zweifeln und so muss erwogen werden, ob dieser Erfolg nicht allein dem dortigen politischen Willen zuzurechnen ist:

Nachdem die hoch performante Inszenierung für die zu vermittelnden Botschaften der Hypothesen **A**, **B** und **C** abgeschlossen war, der Rest der Welt mit Panik angesteckt und mit sich selbst beschäftigt war, hatte man es in China **gar nicht mehr nötig, weiter zu darben**. Nach dem ja gewonnenen Kampf konnte man die Maßnahmen aufheben und die Produktionsstätten wieder hochfahren. Auch musste man die eigenen Bürger ja gar nicht mehr zu braven Untertanen umerziehen. Mit dem in China etablierten Wohlverhaltens-Punktebewertungssystem hat man schon genügend Macht zur Konformitätskontrolle und Abstrafung etwaiger Abweichler.

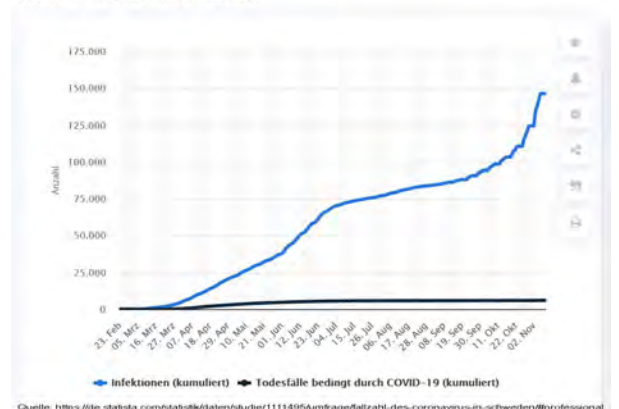
Auch der Blick auf das freie Schweden bestätigt genau dieses: Während die Fallzahlen (blau) immer weiter steigen, stagniert die Kurve der Verstorbenen (schwarz); die Menge der altersschwachen und co-morbiden Menschen waren offensichtlich aufgebraucht, während die übrigen die Krankheit aus eigener Kraft überwunden.

Die kolportierten Lehren waren also nicht einmal wahr, die weltweit überwiegend durchgesetzten Maßnahmen nicht erforderlich und die Faktoren der Genesung sind vollkommen andere, als die behaupteten.

Unter dem Aspekt des wissen-müssen war schon ab der Heinsberg-Studie ersichtlich, dass die Deutsche Regierung nicht mehr das Wohl des Landes als gesetzlichen Auftrag verfolgt.

Anzahl Infektionen und Todesfälle in Zusammenhang (COVID-19) in Schweden seit Februar 2020

(Stand: 10. November 2020)



3.6.5 Nudging und Esoterik, statt Wissenschaft und gebotener Normen-Diktion

Marcel Luthé MdB (Freie Wähler, ex FDP, Anfragekönig, Initiator des Tegel-Volksentscheides) im **Interview gegenüber Jasmin Kousbek** (ab 12:22)⁴⁵:

- **polemisiert**: "Diese 2G, 2G+ oder sonstige, 3F, 4G, 5½G oder sonstige Quatsch-Regelungen schon von der Begrifflichkeit her zeigten, dass wir uns im Bereich von Kindergarten-Sprech befinden",
- **beklagt**: "Dass die dem Rechtsstaat gebotene Normenhierarchie: Verfassung, Gesetze, Verordnungen, Hausrecht [zu ergänzen: technische Regeln] im Moment durch den Staat selbst durchbrochen werde, wenn z. B. die Präsidentin des Bundestages glaubt, über das Hausrecht in das freie Mandat eines Abgeordneten eingreifen zu können",
- **spitzt zu**: "Wenn unser Hausrecht sagt, dass du Test X, -Y machen oder ein Partyhütchen tragen musst, dann kann das dort gerne stehen - ändert aber nichts am freien Mandat nach **Art. 38 GG**",
- **analysiert**, "Eine 2G-Regelung ist nicht zum gesundheitlichen Zweck geeignet (und das sei auch nicht dargelegt), sondern habe zum Ziel, die freiwillige Impfung zu erreichen (und eben das ist das 'Nudging')",
- **fordert**, "ein redlich agierender Staat sagt, was er will, bewegt sich auch in einer entsprechend klaren Normen-Diktion und hat klare Verfahren. - Die Verordnungs-Politik ist aber das genaue Gegenteil.",
- **und vermisst die Frage**, "ob es physikalisch überhaupt möglich wäre, dass es nützt?"

Dennoch versucht die Politik, sich einen wissenschaftlichen Anstrich zu geben und so weist der Gesetzesentwurf zur Steigerung der Impfquoten (**Drucksache 20/899**⁴⁶, **Anlage B134**) auf 49 Seiten immerhin

17 mal das Wort "Studie"

auf. Diese "Fülle" relativiert sich allerdings angesichts der **1014 Studien** umfassenden Liste der Impfbewirkungen (**Anlage B126**) ein wenig.

45 <https://youtu.be/P4Gm5bOJIOg?t=742>

46 <https://dserver.bundestag.de/btd/20/008/2000899.pdf>

auch [Art. 5 GG](#) Anwendung finden:

"Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten. Die Pressefreiheit und die Freiheit der Berichterstattung durch Rundfunk und Film werden gewährleistet. **Eine Zensur findet nicht statt.**"

Das Landgericht Bamberg formuliert in seinem Endurteil [2 O 248/18](#)⁵⁰ vom 18.10.2018 unter Rn. 52 - 56:

"Dabei sind die allgemeine Handlungs-, Berufsausübungsfreiheit und das Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb im Wege der praktischen Konkordanz in Ausgleich zu bringen mit [Art. 5 GG](#). Auch insoweit entfalten die Grundrechte keine unmittelbare, sondern [zunächst] **nur eine Ausstrahlungswirkung.**

... Soweit die Grundrechte des Verfügungsklägers betroffen sind, hat diese die Verfügungsbeklagte in Ausübung ihrer Rechte aufgrund ihrer Quasi-Monopolstellung in erhöhtem Maße zu beachten. Aufgrund der hohen Anzahl der Nutzer der Plattform der Verfügungsbeklagten, kommt dieser eine Stellung im öffentlichen Leben zu, die nahezu keinem anderen sozialen Netzwerk zuteil wird. ... Aufgrund der hohen Nutzerzahlen nimmt die Plattform der Verfügungsbeklagten daher einen Stellenwert im Rahmen des Informations- und Meinungsaustauschs ein, der in allen Bereichen des öffentlichen Lebens - auch des politischen - eine so große Rolle spielt, dass damit **eine Quasi-Monopolstellung**

(so auch OLG Dresden vom 08.08.2018, BeckRs 2018, 18249 Rn. 19) einhergeht, im Rahmen derer die Grundrechte

nahezu unmittelbar Geltung beanspruchen können."

Die unmittelbare Geltung hieße dann schlichtweg "Eine Zensur findet nicht statt.!"

Auf tatsächlicher Ebene tritt seitens Youtube, das auf seinem Gebiet ähnlich marktbeherrschend ist, wie facebook auf dem seinen auch noch das schwer nachweisbare sogenannte 'Shadowbannig' hinzu, bei welchen 'nur' die automatisch generierten Empfehlungen mehr oder weniger reduziert werden.



Tatsächlich aber findet eine effektive Zensur doch statt und zwar durch private Hand. Der Autor selbst dokumentierte für das Jahr 2020 nicht weniger als 359 Meinung basierte Zensurierungen die man in diesem [PDF-Dokument](#)⁵¹ überprüfen kann, indem man mithilfe von <Shift> + <STRG> + F die Vorkommen des Suchwortes "zensiert" abfragt.

In Deutschland ist auch die medizinische Lehrmeinung von Verfassungswegen frei und auch wegen [Art. 19 UN-Menschenrechtserklärung, Resolution 217 A \(III\)](#)⁵² darf sich Youtube nicht wegen seines ausländischen Sitzes der deutschen Grundrechtsbindung entziehen, so es denn in Deutschland als Anbieter auftritt:

"Jeder hat das Recht auf Meinungsfreiheit und freie Meinungsäußerung; dieses Recht schließt die Freiheit ein, Meinungen ungehindert anzuhängen sowie über Medien jeder Art und ohne Rücksicht auf Grenzen Informationen und Gedankengut zu suchen, zu empfangen und zu verbreiten."

"Jeder hat das Recht auf Meinungsfreiheit und freie Meinungsäußerung; dieses Recht schließt die Freiheit ein, Meinungen ungehindert anzuhängen sowie über Medien jeder Art und ohne Rücksicht auf Grenzen Informationen und Gedankengut zu suchen, zu empfangen und zu verbreiten."



Bezüglich der Ursachen darf auch das Schicksal des Wistleblowers Julian Assange nicht außer Acht bleiben. Weil kaum jemand wie er Jahre seines Lebens verlieren möchte, verhalten sich alle eingeschüchtert.

50 https://leak6.de/biblio/LG-Bamberg%20O_0248-2018%20Antiloeschverfuegung_Facebook.pdf

51 https://leak6.de/yt-reuploads/2020-12-31%20Leak6-Corona_Chronik.pdf

52 <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>

3.6.7 Meinungsfreiheit auf der Straße

Die Entscheidung [1 BvR 444/13](#)⁵³ vom 24.07.2013 besagt unter RN. 23:

"Dabei erlaubt es die Meinungsfreiheit insbesondere nicht, die Beschwerdeführer auf das zur Kritik am Rechtsstaat Erforderliche zu beschränken"

[1 BvR 1476/91](#)⁵⁴ vom 10.10.1995 besagt unter Rn. 119:

"... Meinungsfreiheit [ist] schlechthin konstituierend für die freiheitlich-demokratische Ordnung ... [und dieses Grundrecht ist] gerade aus dem besonderen Schutzbedürfnis der Machtkritik erwachsen."

Dennoch wird die Normenhierarchie von § 3 (2) Nr. 6 VO auf den Kopf gestellt und gesagt, dass Versammlungen nur

"ausnahmsweise zulässig"

sein. Das Urteil [2 Cs 12 Js 47757/20](#)⁵⁵ des AG Garmisch-Partenkirchen vom 05.08.2021 besagt unter Rn. 44:

"Eine verfassungskonforme Auslegung gebietet jedoch, die Rechtmäßigkeit der Anordnung wegen der Bedeutung der Versammlungsfreiheit gem. [Art. 8 Abs. 1 GG](#) als ungeschriebene objektive Bedingung der Strafbarkeit zu verstehen. Eine Bestrafung wegen versamlungsbezogener Straftaten und Ordnungswidrigkeiten kommt demnach nur in Betracht, wenn **als objektive Bedingung der Strafbarkeit die Rechtmäßigkeit einer Maßnahme gegen die Versammlung oder einen einzelnen Teilnehmer festgestellt wurde.**"

Weiter unter Rn. 62:

"Geht man mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Verbreitung des SARS-CoV-2-Virus davon aus, dass für eine Ansteckung unter freiem Himmel allenfalls eine äußerst geringe Wahrscheinlichkeit besteht, war die hier im Raum stehende Beschränkung in Form einer Maskenpflicht entsprechend den Vorgaben von Ziffer II.A.4. des Genehmigungsbescheides **jedenfalls unter Verhältnismäßigkeitsgesichtspunkten nicht mehr angemessen.**"

In Dresden wurde das Versammlungsrecht, die Demonstrationsfreiheit und Meinungsfreiheit unverhohlen für die 'falsche' Meinung eingeschränkt. Historische Parallelen wurden von RA Ralf Ludwig veröffentlicht.



53 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0444-2013%20identifizierbares_Meinungsverbot_muss_Schwerpunkt_umfassen.pdf

54 https://leak6.de/biblio/1_BvR_1476-1991%20Soldaten_sind_Moerder.pdf

55 https://leak6.de/biblio/AG-Garmisch-Partenkirchen%2020Cs%2012%20Js%2047757-2020%20keine_Coronainfektion_im_Freien.pdf

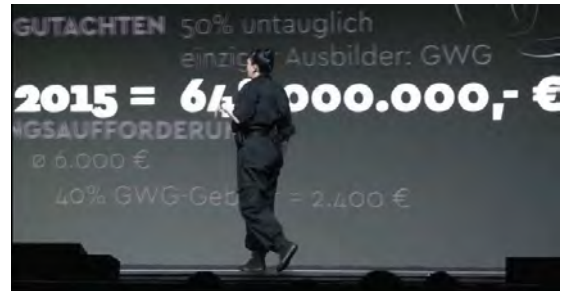
3.6.8 Korruption – Bandenmäßige Straftäter im Amt

Insbesondere bei Pflege und Betreuung, zur Wahrung des Kindeswohles und zum Unschädlichmachen von Kritikern, Querulanten, unliebsamen Zeugen und anderen missliebigen Stimmen in der Psychiatrie gibt es zum einen Unsummen zu verdienen (Fehlansreize) und zum anderen kaum eine wirksame Kontrolle. 'Gepflogenheiten' breiten sich aus, alle im System mitverdienenden Funktionsträger kennen einander schon lange und loben sich regelmäßig gegenseitig. Strafanzeigen werden 'zuständigkeitshalber' als erstes an die örtlich zuständigen Täter gesandt, welche ganz bestimmt nicht mit Eifer gegen sich selbst ermitteln. In Einzelfällen werden sogar in Deutschland (Kleve, Niederrhein) – in Blackwater-Manier – gedungene Schergen für notwendig erscheinende Drecksarbeiten herangezogen.⁵⁶

Korruption findet grundsätzlich überall statt, wo man sie zulässt, also nicht nur in Politik und Verwaltung, sondern ebenso in der Justiz, bei der Polizei und bei der Presse.

Die eingefahrene Korruption kumuliert auf Seiten der Tatmotivation eine stetig wachsende Notwendigkeit der Verschleierung der eigenen Schuld. Löste man die Finanzkrise von 2008 nur mit Bilanzverlängerungen (gedrucktem Geld und lauter Eventualverpflichtungen) so wird das nüchterne Nachprüfen der damaligen Maßnahmen durch die nochmals größere Unsummen der Corona-Hilfsgelder verzögert. - Und zwar insbesondere durch das Vermeiden der Konkurse der Zombi-Firmen und Zombi-Staaten.

Die Profilerin Suzanne Grieger Langer erzählt [hier](#)⁵⁷ live über Fallbeispiele der Korruption. Unter dem Titel "Skandale, Wucher, Ungereimtheiten" rechnet sie aus, dass im Gutachter(un-)wesen schon im Jahre 2015 kaum gerechtfertigte 648.000.000 € verdient wurden, die natürlich mit hoher Marge gewinnbringend sind und für Lobbyarbeit (als Schmiergeld) bei den Amtsträgern zur Verfügung stehen.



56 Siehe z. B. den begleiteten Überfall vom 03.03.2021 auf Frau Dr. Svetlana Heuser: <https://heuser-und-schneeberger.de>

57 <https://youtu.be/pNUQierNcz0>

4 Ergebnisse zur Rechtslage des Rechtsstaates:

4.1 Menschenwürde und Wesenskern verloren – und statt dessen: Gesundheitsdiktatur!

Art. 1 (1) GG lautet:

"Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."

Art. 19 (2) GG lautet:

"In keinem Falle darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden."

Gezwungen zu werden, mit den Masken der vorgeschriebenen Bauart die **eigenen Exkreme** zurück zu atmen, wird als entwürdigend geltend gemacht!

1 BvR 1476/91⁵⁸ vom 10.10.1995 besagt unter Rn. 121:

"... die Menschenwürde ist als Wurzel aller Grundrechte mit keinem Einzelgrundrecht abwägungsfähig. ..."

1 BVR 357/05⁵⁹ vom 09.11.2005 verneinte die vorgelegte Frage, ob der Rechtsstaat "**Leben gegen Leben** abwägen dürfe" nur indirekt, erklärte jedoch unter Rn. 85:

"Jedes menschliche Leben ist als solches gleich wertvoll ... Obwohl es innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert darstellt, ... [kann] in das Grundrecht auf Leben ... auf der Grundlage eines förmlichen Parlamentsgesetzes ... eingegriffen werden. Voraussetzung dafür ist aber, dass das betreffende Gesetz in jeder Hinsicht den Anforderungen des Grundgesetzes entspricht."

- Es muss kompetenzgemäß erlassen worden sein,
- nach Art. 19 Abs. 2 GG den Wesensgehalt des Grundrechts unangetastet lassen und
- darf auch sonst den Grundentscheidungen der Verfassung nicht widersprechen."

Art. 20 (2) S. 1 GG lautet:

"Alle Staatsgewalt geht vom Volke aus."

Zu spüren sind aber nur lauter Machtwirkungen die das Volk niemals veranlasst hat.

58 https://leak6.de/biblio/1_BvR_1476-1991%20Soldaten_sind_Moerder.pdf

59 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0357-2005%20Kein_vorbeugender_Flugzeugabschuss.pdf

4.2 Untaugliche Maßnahmen können nur gegen unwirkliche Bedrohung wirksam erscheinen

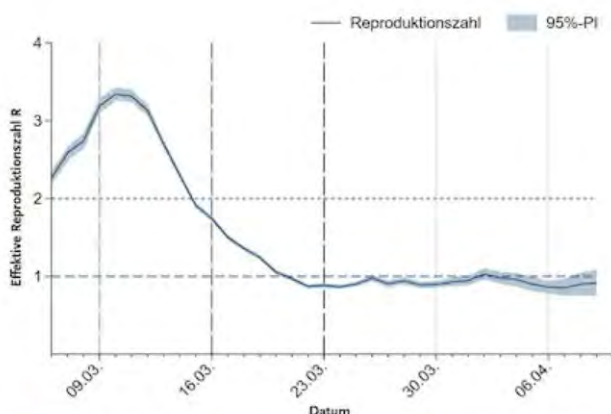


Abb. 4 | Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen. Die gestrichelten vertikalen Linien kennzeichnen den Start der in Tab. 1 (S. 15) genannten Maßnahmen am 9. März, 16. März und 23. März 2020.

Die Politik sah das Land als von einer Naturkatastrophe nie dagewesenen Ausmaßes bedroht an (**Kap. 3.6.4, Hypothese A**) und sich selbst zu schnellem Handeln verpflichtet.

Die 'angeblich' besten Quellen der Lageeinschätzung sprachen bezüglich des Infektionsgeschehens von einem exponentiellem Wachstum der Todesfälle, was man nur all zu schnell - mindestens gedanklich - bis zur Ausrottung der gesamten Bevölkerung hochrechnete. Grundlage dieser exponentiellen Rechnung war im Frühjahr 2020 der so genannte "R-Wert". Ab dem 21.03.2020 lag der R-Wert bereits unter 1 Lt. dem RKI (gekürzt: **Anlage B135**⁶⁰). Somit war der ab dem 23.03.2020 (**Anlage B136**⁶¹) angeordnete **LOCKDOWN NICHT ERFORDERLICH!**

Die vorherrschende Meinung, abgeleitet nicht aus den verbalen Debatten, sondern aus dem (als ehrlicher anzusehendem) tatsächlichen Handeln der Allgemeinheit war jedoch stets so, dass die Hypothese A wohl letztendlich nicht ganz schlüssig sei. Handelte es sich bei der vorliegenden Corona-Pandemie tatsächlich um ein alles bedrohendes Virus, dann hätten die Menschen getragene Masken nicht an ihren Fahrzeug-Innenspiegel gehangen, sondern mobile Maskenverbrennungsöfen mit sich geführt.

Laut RKI (Stand 16.03.2022) hat Deutschland (**Anlage B137**):

- 17.695.210 Fälle,
- davon 1.336.354 neue Fälle in den letzten 7 Tagen bei
- insgesamt 126.142 'an oder mit' Corona Verstorbenen

Dies bedeutet - Fälle **ohne Dunkelziffer** bezogen auf ganz Deutschland (83.756.658 Einwohner) - dass durchschnittlich **einer von 4,7 Personen** schon zum Fall wurde!

Somit müssen:

1. sämtliche Regierungsmaßnahmen zur Eindämmung von 'Fällen' als gescheitert angesehen werden sowie
2. erkannt werden, dass ein 'Fall' nicht sonderlich schlimm ist.

Und auch das nur unter braver und unkritischer Akzeptanz des offiziellen Narratives, "Wir sind die Guten". Tatsächlich aber sind die Politiker aber nicht die Guten:

- **Sie lügen uns an**⁶²,
- sie stellen sich nicht dem Dialog,
- sie klatschen im Parlament, wenn ihre Parteikollegen reden,
- sie sind Mitmacher und Dilettanten, nicht selten ohne eigenen Beruf,
- dabei sein ist für sie alles. Um auf dem Listenplatz ihrer Partei zu bleiben machen sie sich tenden-



60 https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20.pdf?_blob=publicationFile#Page=14

61 <https://www.land.nrw/pressemitteilung/landesregierung-beschliesst-weitreichendes-kontaktverbot-und-weitere-massnahmen-zur>

62 <https://youtu.be/h-wTUg2DuQ4>

ziell zu einem Clone des Parteiprogramms und handeln nicht mehr gemäß [Art. 38 \(1\) GG](#) allein nach ihrem Gewissen.

Der Finanzexperte Markus Krall spricht davon, dass derzeit eine Negativauswahl der Politiker stattfände, während das Grundgesetz aber eine Bestenauslese vorsieht.

[Art. 33 \(2\) GG](#) lautet:

"Jeder Deutsche hat **nach seiner Eignung, Befähigung und fachlichen Leistung** gleichen Zugang zu jedem öffentlichen Amte."

4.3 Nicht mehr als Propaganda

Wie zu der Frage:

"hatte es die Welt mit einer alles bedrohenden Seuche zu tun?"

die herrschende Meinung durchgesetzt wurde:

Nach Ansicht des Autors kommt die Politik hier aus ihrem Lügengebäude nicht mehr heraus und muss nun ihr eigenes falsches Handeln mit immer mehr Nachdruck verteidigen und die Aufmerksamkeit von den grundlegenden Fehlentscheidungen ablenken. Insbesondere kann sie es sich nicht eingestehen, dass sie nicht viel tun konnte und nicht viel tun kann, als lauter Unfug. Dabei muss sie das Heft des Handelns krampfhaft festhalten, bevor man ihre ungenügende Performance bemerkt.

Ungeimpfte erfreuen sich keiner schlechteren Gesundheit, als Geimpfte, viele haben die Originalbedrohung aus eigener Kraft bezwungen und leiden jedenfalls schon mal nicht unter Impfnebenwirkungen.

Nicht einmal die Freiheit des Einzelnen zum Verzicht auf die Impfung darf denen gewährt werden, welche es am besten wissen müssen, weil sie die Krankenhäuser täglich von innen sehen.

Wenn diese angeblichen Wahrheiten plausibel wären, dann bräuchte man sie nicht erzwingen!

RA Luitwin Kiefer las am 11.03.2022 auf der dritten Demo der Anwälte für Aufklärung vor dem Bundesverfassungsgericht vor (sinngemäß) **vor**⁶³:

"In Italien wird wegen des Ukraine Konflikts mit Verordnungen und Dekreten regiert, in Deutschland gilt das Ermächtigungsgesetz per se ein Jahr über die Pandemie nationaler Tragweite hinaus. ... Das ist in beiden Fällen eine diktatorische und totalitäre Agenda!"

Und weiter **wörtlich**⁶⁴:

"Wenn du überredet, ermahnt, unter Druck gesetzt, belogen, durch Anreize gelockt, gezwungen, gemobbt, bloßgestellt, beschuldigt, bedroht, bestraft und kriminalisiert werden musst, wenn all dies notwendig erachtet wird, um deine Zustimmung zu erlangen, kannst du absolut sicher sein, dass das, was angepriesen wird, **nicht** zu deinem Besten ist."

Dies ist die moralische Begründung, warum die Freiheitsrechte zum Wohle des Bürgers **beim** Bürger bleiben müssen: Wenigstens für seine eigene körperliche Unversehrtheit muss er die in keiner Weise mehr glaubwürdigen Lügen ablehnen dürfen!

Die Hypothese "D": "Nein, sooo böse können sie doch nicht sein!"

Die Panik im Volk wurde u. a. mit inszenierten Leichen (leichte Dummies!) und doppelten Krankenhausbildern angeheizt.



63 <https://youtu.be/DooPCKjofhw?t=9686>

64 <https://youtu.be/DooPCKjofhw?t=9769>



Zweierlei Maß: Am 29.08.2020 wurde eine große, friedliche Demonstration grundrechtsbesorgter Bürger nicht nur medial kleinerer (siehe Bild links und im Video von **Dr. Bodo Schiffmann** ab Minute 16:43⁶⁵!).



Staatlich Inszenierte

Verleumdung: Um von der recht großen Berliner Querdenker-Demonstration abzulenken inszenierte man das so genannte '**Stürmchen auf den Reichstag**': Innerhalb der Bannmeile des Bundestages, im Bild links oben im rot eingekreisten Gebiet demonstriert regelmäßig ein gewisser **Rüdiger Classen** mit staatskritischen Themen (er betreibt die Website staatenlos.info) und versammelt dabei seine Gemeinde und verkündet dabei eine friedliche und überwiegend in sich stimmige Dogmatik, enthaltend allerlei Sondervokabular. Man könnte sich fragen, ob dies eine langfristig eingefädelt bezahlte Opposition ist um die Gemeinde der vom (Rechts-)Staat Enttäuschten unter Kontrolle zu haben, doch darauf kommt es hier nicht an. Jedenfalls am 29.08.2020 war diese angestammte Bühne nicht von Rüdiger besetzt, sondern von einer gewissen **Tamara K.**, welche eine von den Querdenkern getrennte Zuhörerschaft mit der recht skurrilen Begründung, Trump wäre in Berlin, aufforderte auf die Treppen des Reichstages zu gehen, was diese auch taten und danach vielfach Selfies machten. **Markus Fiedler** beweist in **diesem Video**⁶⁶, dass der Staat an der Aktion beteiligt war.



Am 25.11.2020 meldete die Junge Freiheit (**Anlage B138**⁶⁷), die Bundesregierung habe sich auf **eine Milliarde Euro für "Kampf gegen Rechts"** geeinigt. "Das Vorhaben solle die Ursachen von Rechtsextremismus und Rassismus besser verstehen lernen, dem Handeln von Rechtsextremen als starker Staat Antworten geben und die Förderung der demokratischen Zivilgesellschaft stärken", so die Bundesregierung.



Paradox: Dieses Geld wird zur Inspiration junger Menschen verwendet, sich gegen die zu wenden, die gerade das Abgleiten in die Diktatur verhindern wollen.

Es ist zu fragen, wer hat diese jungen Menschen geschickt und wie kommen sie darauf, sich vor einen Sabbathalter zu stellen, als wäre er ein Nazi, ohne vorher mit ihm zu sprechen?

Diese von den sicherlich dem linken Spektrum zuzuordnenden - wenigstens friedliche - Gegendemonstra-

tionen, als wäre er ein Nazi, ohne vorher mit ihm zu sprechen?

65 https://leak6.de/yt-reuploads/2020-09-01%20QuqPSFMeokg%20AAMDBS-Corona_133-Beginnende_Zweifel_im_Mainstream.mp4

66 Reichsbürger und Reichstag - eine Inszenierung? #43 Wikihausen: <https://www.youtube.com/watch?v=e2fhPwYrdzw>

67 <https://jungefreiheit.de/politik/deutschland/2020/kampf-gegen-rechts1/>

tion wird diesseits als ein Teil der bundesweit mit finanzierten Kampagne angesehen (man beachte: Das Geld war zum besseren Verständnis ausgelobt, aber gesprochen wird mit dem vermeintlichen Nazi: **nicht**). Der angeblich hehre Zweck wirkt also tatsächlich verleumderisch.

Friedlicher Widerstand und Polizeigewalt: Am 18.11.2020, als der Bundestag - mit vielen selbst ziemlich **ahnungslosen Abgeordneten**⁶⁸ - ein Grundrecht beschränkendes Ermächtigungsgesetz beschloss, richtete die Polizeigewalt in Berlin ihre Wasserwerfer auf die friedlichen Demonstranten, trug Widerständlerinnen weg und **schreckte dabei nicht einmal vor Gewalt gegen Sanitätern zurück**⁶⁹.



68 <https://youtu.be/I6OxJdk5sXU>

69 <https://t.me/AllesAusserMainstream/1316>

4.4 Die Maske ist Propagandawaffe im Propagandakrieg

Das **Maskentragen im Supermarkt** erfüllt allein schon den psychologischen Zweck: Wir bringen zum Ausdruck, wir sind alle solidarisch, konform und vernünftig – und deshalb leisten wir unseren Beitrag zum Schutz der Gemeinschaft. Man stelle sich nur einmal das Pendant zu dieser Message vor:

Der ungeimpfte Senior verkündete nach 10 Tagen Quarantäne ohne Maske im Supermarkt:

**Ich bin ganz von alleine genesen,
produziere deshalb keine Viren mehr
und brauche eine Maske
weder für euch noch für mich!**

Auch dann wäre die ganze schöne Pandemie in Nullkommanichts kaputt gewesen.

Der psychologische Effekt der Maske ist – angesichts der für den Fremdschutz negativen Hauptwirkung auch der einzige nachweisliche Zweck.

Das Tragen von Propagandawaffen darf nach **Art. 4 (3) GG** verweigert werden, welcher besagt:

"Niemand darf gegen sein Gewissen zum Kriegsdienst mit der Waffe gezwungen werden."

Artikel 1 der UN-Menschenrechtserklärung, Resolution 217 A (III)⁷⁰ lautet:

"Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen."

Der Geist der Brüderlichkeit aber verbietet es, seinen Mitmenschen so zu begegnen, dass man nicht signalisiert, es besser zu wissen.

⁷⁰ <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>

4.5 Die beseitigte Ordnung eröffnet das Widerstandsrecht

Die als Schreckgespenst an die Wand gemalte drohende Überlastung des Gesundheitssystems fand nicht statt, während die Exekutive nicht einmal ihrem Schutzauftrag nachkam, sondern vielmehr Intensivbetten abbaute und im Jahr 2020 mindestens **20 Krankenhäuser geschlossen werden mussten**.

Auch die als drohend beschriebene Triage fand nicht für die Behandlung von Coronaerkrankten statt, sondern in der überlasteten Kinderpsychologie.

Uns allen wurden zwei Jahre gestohlen und der größte Unfug in uns reingehämmert. Doch die Realität wird uns einholen; nach Ansicht des Unterzeichners ist es schon jetzt

Zeit für bedingungslose Aufklärung!⁷¹

Die Regierung arbeitet somit längst nicht mehr Amtseid gemäß an unserem Wohl, sondern zwingt uns mit Gewalt in ihre Erzählung. Spätestens der Zwangsglaube an die heilbringende Wirkung für den Einzelnen unkontrollierbarer Inhaltsstoffe stellt die grundsätzliche Rechenschaftspflicht des Staates vollends auf den Kopf.

Das Weimaer Urteil **6 OWi - 523 Js 202518/20**⁷² vom 11.01.2021 (gekürzt in **Anlage B108**) sagt auf Seite 2, dass

"§ 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO **verfassungswidrig und damit nichtig** sind."

Das Bundesverfassungsgericht ist ebenfalls in einer äußerst seltsamen Logik verfangen. Mit dem Beschluss **1 BvR 781/21**⁷³ vom 19.11.2021 winkte es die Bundesnotbremse auf widersinnige Art und Weise durch:

Unter Rn. 178 stellte es fest,

"Der Sieben-Tage-Reproduktionswert-Wert (R-Wert) lag um 1."

Um dann unter Rn. 182 eine der dargelegten **FDGO** zuwider laufende **Beweislastverkehr** zu begehen. Nicht der Eingriff in die Freiheitsrechte muss belastbar bewiesen werden, sondern das Nichtvorliegen einer Gefahr:

"Belastbare Erkenntnisse, wonach nur geringe oder keine Gefahren für Leben und Gesundheit durch eine Infektion oder nur geringe oder keine Gefahren auch durch Überlastung des Gesundheitssystems vorlägen, waren jedoch nicht vorhanden."

< Und der Blick nach Schweden war natürlich auch nicht möglich >



Es ist bei Diktaturen üblich, dass die Menschen mit unterschiedlich großer Begeisterung 'mitmachen'. So zeigt das Bundesarchiv den Hitlergruß beim Einmarsch deutscher Truppen in Eger je eine der drei Damen: Jubelnd, verhalten und weinend.

71 https://leak6.de/Zeit_fuer_bedingungslose_Aufklaerung.pdf

72 vollständig inkl. Anlagen zu finden: https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OWi-523_Js_202518-2020.pdf

73 https://leak6.de/biblio/1_BvR_0781-2021%20Bundesnotbremse_verfassungsgemaess.pdf

Zusammenfassung der Rechtslage:

Zwar könnte aus Richtermacht heraus - verurteilt werden, aus dem Recht heraus aber keinesfalls, jedenfalls nicht solange:

- die Zweckdienlichkeit der Masken vorgeschriebenen Art nicht nachgewiesen wäre, wozu denknotwendig:
- auch **das Maskenparadox** widerlegt werden müsste, wozu wiederum denknotwendig:
- die seit 1845 anerkannte von Kirchhoff postulierte physikalische Knotenregel widerlegt werden müsste.

Richter, die nicht der Wissenschaft und der Logik folgen, sind selbst Teil des Problems, welches bereits als ein in fortgeschrittenem Stadium der Abschaffung des Rechtsstaates und der Freiheitlich-Demokratischen-Grundordnung bezeichnet werden muss! Die richterliche Unabhängigkeit aus **Art. 97 (1) GG** erlaubt es aber dennoch jedem einzelnen, gerechte Urteile zu sprechen, wozu der Autor ermutigen möchte.

**Verordnung zum Schutz
vor Neuinfizierungen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2
(Coronaschutzverordnung – CoronaSchVO)
Vom 30. Oktober 2020**

In der ab dem 5. November 2020 gültigen Fassung

Auf Grund der §§ 32, 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 in Verbindung mit § 73 Absatz 1a Nummer 6 und 24 des Infektionsschutzgesetzes vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), von denen § 28 Absatz 1 durch Artikel 1 Nummer 6 des Gesetzes vom 27. März 2020 (BGBl. I S. 587) neu gefasst und § 73 Absatz 1a Nummer 6 und 24 zuletzt durch Artikel 1 Nummer 26 des Gesetzes vom 19. Mai 2020 (BGBl. I S. 1010) geändert worden sind, sowie des § 10 des Infektionsschutz- und Befugnisgesetzes vom 14. April 2020 (GV. NRW. S. 218b) verordnet das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales:

§ 1

Allgemeine Grundsätze

- (1) Zur Fortsetzung der Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie und insbesondere zur Gewährleistung ausreichender medizinischer Versorgungskapazitäten werden mit dieser Verordnung Maßnahmen angeordnet, die die Infektionsgefahren wirksam und zielgerichtet begrenzen und Infektionswege nachvollziehbar machen.
- (2) Jede in die Grundregeln des Infektionsschutzes **einsichtsfähige Person** ist verpflichtet, sich so zu verhalten, dass sie sich und andere keinen vermeidbaren Infektionsgefahren aussetzt.
- (3) Die Kirchen und Religionsgemeinschaften orientieren sich bei den von ihnen aufzustellenden Regelungen für Gottesdienste und andere Versammlungen zur Religionsausübung an den entsprechenden Regelungen dieser Verordnung. Die vorgelegten Regelungen der Kirchen und Religionsgemeinschaften treten für den grundrechtlich geschützten Bereich der Religionsausübung an die Stelle der Regelungen dieser Verordnung. Kirchen und Religionsgemeinschaften, die keine entsprechenden Regelungen vorlegen, unterfallen auch für Versammlungen zur Religionsausübung den Regelungen dieser Verordnung beziehungsweise den Verfügungen der nach § 17 Absatz 1 zuständigen Behörden.
- (4) Betriebe, Unternehmen, Behörden und andere Arbeitgeber haben die Regelungen dieser Verordnung zu beachten, soweit ein Kontakt zwischen Beschäftigten und Kundinnen, Kunden oder ihnen vergleichbaren Personen besteht. Ansonsten richten sich die Vorgaben für die Arbeitswelt nach den Anforderungen des Arbeitsschutzes und weiteren einschlägigen Rechtsvorschriften. Das jeweils aktuelle Infektionsgeschehen ist dabei zu berücksichtigen. Insbesondere sollten nicht erforderliche Kontakte in der Belegschaft und mit Kunden möglichst vermieden werden (zum Beispiel durch die Nutzung besonderer Schutzeinrichtungen und der Heimarbeit), allgemeine Hygienemaßnahmen umgesetzt und die Infektionsrisiken bei erforderlichen Kontakten durch besondere Hygiene- und Schutzmaßnahmen minimiert werden.

(5) Öffentlicher Raum im Sinne dieser Verordnung sind alle Bereiche mit Ausnahme des nach Art. 13 Absatz 1 des Grundgesetzes geschützten Bereichs.

(6) Weitergehende Anforderungen nach anderen Rechtsvorschriften wie zum Beispiel dem Arbeitsschutzrecht oder der Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygieneverordnung NRW) bleiben unberührt und sind neben den Regelungen dieser Verordnung zu beachten.

(7) Die besonderen Regelungen der Coronabetreuungsverordnung insbesondere für den Betrieb von Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflegestellen und Schulen bleiben unberührt.

(8) Soweit die Regelungen dieser Verordnung bestimmte Veranstaltungen, Angebote und Tätigkeiten untersagen, gilt dies nicht für rein digitale Formate, bei denen die teilnehmenden oder leistungserbringenden Personen sich nicht am selben Ort befinden und ein Kontakt deshalb ausgeschlossen ist.

§ 2

Mindestabstand, Kontaktbeschränkung

(1) Im öffentlichen Raum ist zu allen anderen Personen grundsätzlich ein Mindestabstand von 1,5 Metern (Mindestabstand) einzuhalten, soweit in dieser Verordnung nichts anderes bestimmt ist oder die Einhaltung des Mindestabstands aus medizinischen, rechtlichen, ethischen oder baulichen Gründen nicht möglich ist. Im öffentlichen Raum ist ein Zusammentreffen von Personen nur zulässig, wenn nach den nachfolgenden Regelungen der Mindestabstand unterschritten werden darf oder wenn das Zusammentreffen nach anderen Vorschriften dieser Verordnung unter Wahrung des Mindestabstands ausdrücklich zulässig ist.

(2) Der Mindestabstand darf unterschritten werden

1. beim Zusammentreffen mit den Angehörigen des eigenen und eines weiteren Hausstandes, jedoch auch in diesen Fällen mit höchstens insgesamt zehn Personen,
2. wenn dies zur Begleitung minderjähriger und unterstützungsbedürftiger Personen oder aus betreuungsrelevanten Gründen erforderlich ist,
3. bei der Bildung, Erziehung und Betreuung von Kindern in Kindertageseinrichtungen, der Kindertagespflege und heilpädagogischen Einrichtungen sowie bei Angeboten der Kinderbetreuung in besonderen Fällen (Brückenprojekte) nach Maßgabe der Coronabetreuungsverordnung,
4. in Schulklassen, Kursen und festen Gruppen der Ganztagsbetreuung in öffentlichen Schulen, Ersatzschulen und Ergänzungsschulen im Sinne des Schulgesetzes NRW einschließlich schulischer Veranstaltungen außerhalb der Schulgebäude nach Maßgabe der Coronabetreuungsverordnung,
5. bei Bildungsveranstaltungen nach § 6 und § 7, bei Veranstaltungen und Versammlungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 2 sowie bei Sitzungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 3 für fest zugewiesene Sitzplätze, wenn die Raumgröße eine andere Anordnung der Sitzplätze nicht zulässt,
6. durch Kinder bei der Nutzung von Spielplätzen im Freien,
7. bei der Nutzung von Beförderungsleistungen des Personenverkehrs und seiner Einrichtungen,

8. in Einsatzsituationen von Sicherheitsbehörden, Feuerwehr, Rettungsdienst und Katastrophenschutz,
 9. bei zwingenden Zusammenkünften zur Berufsausübung,
 10. bei nach dieser Verordnung zulässigen Veranstaltungen zur Jagdausübung bezogen auf feste und namentlich dokumentierte Gruppen von jeweils höchstens fünf Personen innerhalb der Gesamtgruppe der Teilnehmer,
 11. zwischen nahen Angehörigen bei Beerdigungen und standesamtlichen Trauungen sowie Zusammenkünften unmittelbar vor dem Ort der Trauung.
- (3) Soweit dies zur bestimmungsgemäßen Nutzung von nach dieser Verordnung zugelassenen Einrichtungen und Angeboten erforderlich ist, kann auf die Einhaltung des Mindestabstands verzichtet werden, wenn zur vollständigen Verhinderung von Tröpfcheninfektionen geeignete Schutzmaßnahmen (bauliche Abtrennung, Abtrennung durch Glas, Plexiglas oder ähnliches) vorhanden sind oder die Pflicht zum Tragen einer Alltagsmaske nach § 3 besteht. Dasselbe gilt für Ausbildungstätigkeiten oder Dienstleistungen, bei denen der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann (körpernahe Ausbildungen, körpernahe Dienstleistungen).
- (4) Abweichend von Absatz 1 müssen Personen, die Blasinstrumente spielen oder singen, einen Mindestabstand von 2 Metern untereinander und zu anderen Personen einhalten.

§ 3 Alltagsmaske

- (1) Eine Alltagsmaske im Sinne dieser Verordnung ist eine textile Mund-Nasen-Bedeckung (einschließlich Schals, Tüchern und so weiter) oder eine gleich wirksame Abdeckung von Mund und Nase aus anderen Stoffen (OP-Maske und so weiter).
- (2) Die Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske besteht unabhängig von der Einhaltung eines Mindestabstands
1. in geschlossenen Räumlichkeiten im öffentlichen Raum, soweit diese – mit oder ohne Eingangskontrolle – auch Kundinnen und Kunden beziehungsweise Besucherinnen und Besuchern zugänglich sind, sowie auf Märkten und ähnlichen Verkaufsstellen im Außenbereich,
 2. bei der Nutzung von Beförderungsleistungen des Personenverkehrs und seiner Einrichtungen,
 3. in den Innenbereichen sonstiger Beförderungsmittel, mit Ausnahme der privaten Fahrzeugnutzung und von Einsatzfahrzeugen von Sicherheitsbehörden, Feuerwehr, Rettungsdiensten und Katastrophenschutz,
 4. bei der Inanspruchnahme körpernaher Dienstleistungen und bei körpernahen Ausbildungstätigkeiten im Sinne des § 2 Absatz 3 Satz 2,
 5. bei Bildungsveranstaltungen nach § 6 und § 7, die in Gebäuden und geschlossenen Räumen stattfinden,
 6. bei den nach dieser Verordnung ausnahmsweise zulässigen Zusammenkünften, Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen und bei einer Teilnehmerzahl von mehr als 25 Personen unter freiem Himmel,
 7. auf Spielplätzen und

8. an weiteren Orten unter freiem Himmel, für die die zuständige Behörde eine entsprechende Anordnung trifft oder bereits getroffen hat, wenn gemessen an der verfügbaren Fläche mit dem Zusammentreffen einer so großen Anzahl von Menschen zu rechnen ist, dass Mindestabstände nicht sichergestellt werden können.

In Büroräumen gilt abweichend von Satz 1 Nummer 1 die Pflicht zum Tragen einer Alltagsmaske nur, soweit ein Kontakt zwischen Beschäftigten und Kundinnen, Kunden oder ihnen vergleichbaren Personen ohne Einhaltung des Mindestabstands besteht.

(3) Die Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske gilt in Kindertageseinrichtungen, in Angeboten der Kindertagespflege und heilpädagogischen Kindertageseinrichtungen sowie in Angeboten der Kinderbetreuung in besonderen Fällen (Brückenprojekte) sowie in Schulgebäuden und auf dem Gelände von Schulen, Ersatzschulen und Ergänzungsschulen im Sinne des Schulgesetzes NRW nach Maßgabe der Coronabetreuungsverordnung.

(4) Von der Verpflichtung zum Tragen einer Maske ausgenommen sind

1. Lehrkräfte bei Bildungsangeboten nach § 6 und § 7 sowie Beteiligte an Prüfungen nach § 6 Absatz 2, wenn der Mindestabstand zu den anderen Personen im Raum eingehalten wird,
2. Kinder bis zum Schuleintritt,
3. Kräfte von Sicherheitsbehörden, Feuerwehr, Rettungsdiensten und Katastrophenschutz in Einsatzsituationen sowie
4. Personen, die aus medizinischen Gründen keine Alltagsmaske tragen können.

Das Vorliegen der medizinischen Gründe ist durch ein ärztliches Zeugnis nachzuweisen, welches auf Verlangen vorzulegen ist.

(5) Die Verpflichtung nach Absatz 2 kann für Inhaber und Inhaberinnen sowie Beschäftigte durch gleich wirksame Schutzmaßnahmen (Abtrennung durch Glas, Plexiglas o.ä.) oder das Tragen eines das Gesicht vollständig bedeckenden Visiers ersetzt werden.

(6) Die Alltagsmaske kann vorübergehend abgelegt werden, wenn das zur Ermöglichung einer Dienstleistung oder ärztlichen Behandlung, auf behördliche oder richterliche Anordnung oder aus anderen Gründen (zum Beispiel Vortragstätigkeit, Redebeiträge mit Mindestabstand zu anderen Personen bei zulässigen Veranstaltungen und so weiter, Kommunikation mit einem gehörlosen oder schwerhörigen Menschen, zur notwendigen Einnahme von Speisen und Getränken) erforderlich ist.

(7) Personen, die eine Verpflichtung zum Tragen einer Alltagsmaske nicht beachten, sind von der Nutzung der betroffenen Angebote, Einrichtungen und Dienstleistungen durch die für das Angebot, die Einrichtung oder Dienstleistung verantwortlichen Personen auszuschließen.

§ 4

Hygiene- und Infektionsschutzanforderungen

(1) Bei Angeboten und Einrichtungen, die für einen Kunden- oder Besucherverkehr geöffnet sind, sind folgende Hygieneanforderungen sicherzustellen:

1. Bereitstellung einer ausreichenden Anzahl von Gelegenheiten zum Händewaschen beziehungsweise zur Händehygiene, insbesondere in Eingangsbereichen von gastronomischen Einrichtungen,

2. die regelmäßige infektionsschutzgerechte Reinigung aller Kontaktflächen und Sanitärbereiche in Intervallen, die den besonderen Anforderungen des Infektionsschutzes Rechnung tragen,
3. die infektionsschutzgerechte Reinigung von körpernah eingesetzten Gegenständen oder Werkzeugen nach jedem Gast-/Kundenkontakt,
4. das Spülen des den Kundinnen und Kunden zur Verfügung gestellten Geschirrs bei mindestens 60 Grad Celsius, nur ausnahmsweise sind niedrigere Temperaturen mit entsprechend wirksamen Tensiden beziehungsweise Spülmitteln ausreichend,
5. das Waschen von gebrauchten Textilien und ähnlichem bei mindestens 60 Grad Celsius, wobei Handtücher und Bettwäsche nach jedem Gast- beziehungsweise Kundenkontakt zu wechseln und ansonsten Einmalhandtücher zu verwenden sind, und
6. gut sichtbare und verständliche Informationen zum infektionsschutzgerechten Verhalten durch Informationstafeln oder ähnliches.

Zur infektionsschutzgerechten Handhygiene, Reinigung oder Wäsche sind Produkte zu verwenden, die aufgrund einer fettlösenden oder mindestens begrenzt viruziden Wirkung das SARS-CoV-2-Virus sicher abtöten. Satz 1 Nummer 1 gilt nicht für Angebote und Einrichtungen des öffentlichen Personenverkehrs.

(2) In geschlossenen Räumen, die für einen Kunden- und Besucherverkehr geöffnet sind, ist zur Vermeidung von über Aerosole vermittelten Infektionen eine dauerhafte oder mindestens regelmäßige Durchlüftung mit kurzen Lüftungsintervallen sicherzustellen. Die Intensität der Lüftung und die Lüftungsintervalle sind der Anzahl der regelmäßig im Raum anwesenden Personen sowie der von ihnen ausgeübten Tätigkeiten (zum Beispiel sportliche Betätigung, Singen und Musizieren mit erhöhtem Aerosolausstoß) anzupassen. Soweit andere Behörden (zum Beispiel Arbeitsschutz, Schulaufsicht, Bauaufsicht) Vorgaben zur Belüftungssituation machen, sind diese auch im Rahmen dieser Verordnung verbindlich zu berücksichtigen. Die zuständigen Behörden können zusätzliche oder abweichende Vorgaben zur Belüftungsregelung anhand der konkreten Situation des Einzelfalls (zum Beispiel aus Sicherheitsgründen) machen.

(3) Bei der Durchführung von Tätigkeiten der Angehörigen der Heilberufe mit Approbation und sonstiger Personen, die zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes befugt sind, sollen die jeweils aktuell geltenden Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts beachtet werden. Dasselbe gilt für zur Versorgung erforderliche Tätigkeiten der ambulanten Pflege und der Betreuung im Sinne des Fünften, des Achten, des Neunten und des Elften Buches Sozialgesetzbuch.

§ 4a

Rückverfolgbarkeit

(1) Die einfache Rückverfolgbarkeit ist sichergestellt, wenn die für das Angebot, die Einrichtung oder Dienstleistung verantwortlichen Person alle anwesenden Personen (Gäste, Mieter, Teilnehmer, Besucher, Kunden, Nutzer und so weiter) mit deren Einverständnis mit Name, Adresse und Telefonnummer sowie – sofern es sich um wechselnde Personenkreise handelt – Zeitraum des Aufenthalts beziehungsweise Zeitpunkt von An- und Abreise schriftlich erfasst und diese Daten für vier Wochen aufbewahrt. Die besondere Rückverfolgbarkeit ist sichergestellt,

wenn die nach Satz 1 verantwortliche Person zusätzlich zur Erhebung der Daten nach Satz 1 einen Sitzplan erstellt und für vier Wochen aufbewahrt. In dem Sitzplan ist zu erfassen, welche anwesende Person wo gesessen hat.

(2) Die einfache Rückverfolgbarkeit ist sicherzustellen

1. bei der Nutzung von Sitz- beziehungsweise Stehplätzen in zulässigen gastronomischen Einrichtungen,
2. bei körpernahen Dienstleistungen und körpernahen Ausbildungstätigkeiten im Sinne des § 2 Absatz 4 Satz 2,
3. bei der nach dieser Verordnung zulässigen Nutzung von Angeboten eines Beherbergungsbetriebs,
4. für Kurse, Klassengemeinschaften und weitere Angebote in Schulungs- und Bildungsangeboten nach § 6 und § 7,
5. in Bibliotheken, einschließlich Hochschulbibliotheken, und Archiven,
6. beim praktischen Fahrunterricht,
7. bei nach dieser Verordnung zulässigen Versammlungen und Veranstaltungen in geschlossenen Räumen sowie bei zulässigen Veranstaltungen zur Jagdausübung,
8. beim Unterschreiten des Mindestabstands für nahe Angehörige bei Beerdigungen, standesamtlichen Trauungen und Zusammenkünften unmittelbar vor dem Ort der Trauung.

Der gesonderten Erfassung von Adresse und Telefonnummer bedarf es nicht, wenn diese Daten für den Verantwortlichen bereits verfügbar sind, wie beispielsweise bei Beschäftigten, die eine Betriebskantine oder eine vergleichbare Einrichtung nutzen.

(3) Die besondere Rückverfolgbarkeit ist sicherzustellen für Kurse und Klassengemeinschaften in Schul- und Bildungsangeboten nach § 6 und § 7, bei Veranstaltungen und Versammlungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 2 sowie bei Sitzungen nach § 13 Absatz 2 Nummer 3, wenn zulässigerweise die Mindestabstände zwischen den Sitzplätzen nicht eingehalten werden.

(4) Die in den vorstehenden Absätzen genannten personenbezogenen Daten sind nach den geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften zu verarbeiten, insbesondere vor dem Zugriff Unbefugter zu sichern und nach Ablauf von vier Wochen vollständig datenschutzkonform zu vernichten. Die für die Datenerhebung gemäß Absatz 1 Verantwortlichen können zusätzlich eine digitale Datenerfassung anbieten, haben dabei aber sämtliche Vorgaben des Datenschutzes (insbesondere bei der Fremdspeicherung von Daten) und die vollständige datenschutzkonforme Löschung der Daten nach vier Wochen in eigener Verantwortung sicherzustellen. Zudem sind die Daten im Bedarfsfall jederzeit der zuständigen Behörde auf Verlangen kostenfrei in einem von ihr nutzbaren Format, auf Anforderung auch papiergebunden, zur Verfügung zu stellen. Personen, die in die digitale Datenerfassung nicht einwilligen, ist in jedem Fall eine nur papiergebundene Datenerfassung anzubieten.

(5) Die Regelungen zur Rückverfolgbarkeit gelten nicht, soweit gesetzlich eine Anonymität der Personen, die ein Angebot in Anspruch nehmen beziehungsweise eine Einrichtung aufsuchen, vorgesehen ist.

§ 4b **Innovationsklausel**

Im Rahmen eines Multi-Barrieren-Systems zur Verhinderung von Infektionen können anstelle einer Lüftung mit Frischluft auch innovative Techniken der Luftfilterung zum Einsatz kommen, wenn deren ausreichende Wirksamkeit bezogen auf die betreffenden Räumlichkeiten wissenschaftlich plausibel belegt ist. Die zuständigen Behörden in den Bereichen Infektions-, Arbeits- und Gesundheitsschutz sollen den Einsatz solcher technischen Innovationen ausdrücklich fördern und ermöglichen. Darüber hinaus kann das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Ausnahmen von Anforderungen dieser Verordnung erteilen, wenn die Wirksamkeit der innovativen Hygiene- und Infektionsschutzmaßnahmen mittels technischer Einrichtungen, insbesondere zur Luftreinigung und Luftfilterung, mit Bezug auf die Anforderungen dieser Verordnung zertifiziert ist.

§ 5 **Stationäre Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen**

(1) Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, vollstationäre Einrichtungen der Pflege und besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe sowie ähnliche Einrichtungen haben die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um den Eintrag von Coronaviren zu erschweren und Patienten, Bewohner und Personal zu schützen. Hierbei sind insbesondere die Richtlinien und Empfehlungen des Robert Koch-Instituts zu beachten.

(2) Besuche in den in Absatz 1 genannten Einrichtungen sind auf der Basis eines einrichtungsbezogenen Besuchskonzepts zulässig, das die Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts zum Hygiene- und Infektionsschutz umsetzt. Dabei ist stets zu berücksichtigen, dass die jeweiligen Regelungen nicht zu einer vollständigen Isolation der Betroffenen führen dürfen. Weitergehende Einzelheiten kann das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Allgemeinverfügungen regeln.

(3) Die in Absatz 1 genannten Gesundheitseinrichtungen haben im Rahmen ihres einrichtungsbezogenen Besuchskonzepts nach Absatz 2 in Abstimmung mit der zuständigen unteren Gesundheitsbehörde die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen, um die Begleitung des Geburtsprozesses und der Geburt infektionsschutzgerecht zu ermöglichen. Dies gilt auch für die Begleitung Sterbender.

§ 6 **Hochschulen, außerschulische Bildungsangebote im öffentlichen Dienst, Bibliotheken**

(1) Der Lehr- und Prüfungsbetrieb an Hochschulen und an den Schulen des Gesundheitswesens ist nach Maßgabe gesonderter Anordnungen nach § 28 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes zulässig.

(2) Interne Unterrichtsveranstaltungen und praktische Übungen einschließlich dazugehöriger Prüfungen im Rahmen von Vorbereitungsdiensten und der Berufsaus-, -fort- und -weiterbildung an den der Berufsaus-, -fort- und -weiterbildung im Öffentlichen Dienst dienenden Hochschulen, Schulen, Instituten und ähnlichen Einrichtungen sowie in Gerichten und Behörden sowie sonstige staatliche Prüfungen sind unter Beachtung der Regelungen der §§ 2 bis 4a zulässig.

(3) Bei Aus-, Fort- und Weiterbildungstätigkeiten, die eine Unterschreitung des Mindestabstands erfordern (zum Beispiel bei praktischen Übungen zur Selbstverteidigung oder zur Durchsuchung von Personen) und bei entsprechenden Prüfungen ist bei notwendiger Unterschreitung des Mindestabstands auf eine möglichst kontaktarme Durchführung, vorheriges Händewaschen beziehungsweise Händedesinfektion, das Tragen einer Alltagsmaske (soweit tätigkeitsabhängig möglich) zu achten.

(4) In Bibliotheken einschließlich Hochschulbibliotheken sowie Archiven Entfällt das Erfordernis der einfachen Rückverfolgbarkeit für Personen, die die Einrichtung ausschließlich zur Abholung bestellter Medien oder zur Rückgabe von Medien aufsuchen.

§ 7

Weitere außerschulische Bildungsangebote

(1) Ausbildungs- und berufsbezogene Aus- und Weiterbildungsangebote einschließlich kompensatorischer Grundbildungsangebote sowie Angebote, die der Integration dienen, und Prüfungen von

1. Einrichtungen der Jugendarbeit und Jugendsozialarbeit,
2. Volkshochschulen sowie
3. sonstigen nicht unter § 6 fallenden öffentlichen, kirchlichen oder privaten außerschulischen Einrichtungen und Organisationen

sowie Angebote der Selbsthilfe und musikalischer Unterricht sind unter Beachtung der Regelungen der §§ 2 bis 4a zulässig. Andere Bildungsangebote sind bis zum 30. November 2020 untersagt. Hierzu gehören insbesondere Sportangebote der Bildungsträger sowie Freizeitangebote wie Tagesausflüge, Ferienfreizeiten, Stadtranderholungen und Ferienreisen für Kinder und Jugendliche.

(1a) Abweichend von Absatz 1 bleiben Einrichtungen der Sozial- und Jugendhilfe geöffnet, wobei die zulässige Gruppengröße höchstens 10 Personen beträgt.

(2) Bei Aus-, Fort- und Weiterbildungstätigkeiten, die eine Unterschreitung des Mindestabstands erfordern und bei entsprechenden Prüfungen ist bei notwendiger Unterschreitung des Mindestabstands auf eine möglichst kontaktarme Durchführung, vorheriges Händewaschen beziehungsweise Händedesinfektion und das Tragen einer Alltagsmaske (soweit tätigkeitsabhängig möglich) zu achten.

(3) Das Erfordernis des Mindestabstands gilt nicht für den praktischen Unterricht von Fahrschulen, wobei sich im Fahrzeug nur Fahrschülerinnen und Fahrschüler, Fahrlehrerinnen und Fahrlehrer, Fahrlehreranwärterinnen und -anwärter sowie Prüfungspersonen aufhalten dürfen.

§ 8 **Kultur**

(1) Konzerte und Aufführungen in Theatern, Opern- und Konzerthäusern, Kinos und anderen öffentlichen oder privaten (Kultur-)Einrichtungen sowie der Betrieb von Museen, Kunstausstellungen, Galerien, Schlössern, Burgen, Gedenkstätten und ähnlichen Einrichtungen sind bis zum 30. November 2020 unzulässig. Der zur Berufsausübung zählende Probebetrieb ist weiterhin zulässig.

(2) Abweichend von Absatz 1 ist der Betrieb von Autokinos, Autotheatern und ähnlichen Einrichtungen zulässig, wenn der Abstand zwischen den Fahrzeugen mindestens 1,5 Meter beträgt.

(3) Musikfeste, Festivals und ähnliche Kulturveranstaltungen sind bis mindestens zum 31. Dezember 2020 untersagt.

§ 9 **Sport**

(1) Der Freizeit- und Amateursportbetrieb auf und in allen öffentlichen und privaten Sportanlagen, Fitnessstudios, Schwimmbädern und ähnlichen Einrichtungen ist bis zum 30. November 2020 unzulässig. Ausgenommen ist der Individualsport allein, zu zweit oder ausschließlich mit Personen des eigenen Hausstandes außerhalb geschlossener Räumlichkeiten von Sportanlagen. Die Nutzung von Gemeinschaftsräumen einschließlich Räumen zum Umkleiden und zum Duschen von Sportanlagen durch mehrere Personen gleichzeitig ist unzulässig.

(2) Sportfeste und ähnliche Sportveranstaltungen sind bis mindestens zum 31. Dezember 2020 untersagt.

(3) Wettbewerbe in Profiligen, Wettbewerbe im Berufsreitsport und Pferderennen sowie andere berufsmäßige Sportausübung sind zulässig, soweit die Vereine beziehungsweise die Lizenzspielerabteilungen der Vereine sich neben der Erfüllung ihrer arbeitsschutzrechtlichen Hygiene- und Schutzpflichten auch verantwortlich für die Reduzierung von Infektionsrisiken im Sinne des Infektionsschutzgesetzes zeigen und die für die Ausrichtung der Wettbewerbe verantwortlichen Stellen den nach § 17 Absatz 1 zuständigen Behörden vor Durchführung der Wettbewerbe geeignete Infektionsschutzkonzepte vorlegen. Zuschauer dürfen bei den Wettbewerben bis zum 30. November 2020 nicht zugelassen werden.

(4) Ausgenommen von Absatz 1 und damit unter Beachtung der allgemeinen Regeln dieser Verordnung und anderer Rechtsvorschriften (Arbeitsschutzrecht und so weiter) zulässig sind der Sportunterricht (einschließlich Schwimmunterricht) der Schulen und die Vorbereitung auf oder die Durchführung von schulischen Prüfungen, sportpraktische Übungen im Rahmen von Studiengängen, das Training an den nordrhein-westfälischen Bundesstützpunkten und Landesleistungsstützpunkten sowie das Training von Berufssportlern auf und in den von ihrem Arbeitgeber bereitgestellten Trainingseinrichtungen.

(5) Abweichend von Absatz 1 Satz 2 ist das Bewegen von Pferden aus Tierschutzgründen auch in geschlossenen Räumen zulässig.

§ 10

Freizeit- und Vergnügungsstätten

(1) Der Betrieb von

1. Schwimm- und Spaßbädern, Saunen und Thermen und ähnlichen Einrichtungen,
2. Freizeitparks, Indoor-Spielplätzen und ähnlichen Einrichtungen für Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen),
3. Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen und ähnlichen Einrichtungen,
4. Clubs, Diskotheken und ähnlichen Einrichtungen

ist bis zum 30. November 2020 untersagt. Ausgenommen ist der Betrieb von Einrichtungen für die in § 9 Absatz 4 genannten Ausbildungsangebote.

(2) Der Betrieb von Bordellen, Prostitutionsstätten und ähnlichen Einrichtungen ist untersagt. Dies gilt auch für die Erbringung sexueller Dienstleistungen außerhalb von Einrichtungen sowie für Swingerclubs und ähnliche Einrichtungen.

(3) Zoologische Gärten und Tierparks dürfen bis zum 30. November 2020 für Besucherinnen und Besucher nicht geöffnet werden.

(4) Das Angebot von Ausflugsfahrten mit Schiffen, Kutschen, historischen Eisenbahnen und ähnlichen Einrichtungen ist bis zum 30. November 2020 unzulässig.

§ 11

Handel, Messen und Märkte, Alkoholverkauf

(1) Die Anzahl von gleichzeitig in Handelseinrichtungen anwesenden Kundinnen und Kunden darf eine Person pro zehn Quadratmeter der Verkaufsfläche im Sinne des Einzelhandelserlasses NRW nicht übersteigen. Der Verkauf von alkoholischen Getränken ist zwischen 23 Uhr und 6 Uhr untersagt.

(2) Messen, Ausstellungen, Jahrmärkte im Sinne von § 68 Absatz 2 der Gewerbeordnung (zum Beispiel Trödelmärkte), Spezialmärkte im Sinne von § 68 Absatz 1 der Gewerbeordnung und ähnliche Veranstaltungen sind bis zum 30. November 2020 unzulässig. Wochenmärkte mit dem Schwerpunkt Lebensmittel und Güter des täglichen Bedarfs bleiben unter Beachtung der §§ 2 bis 4a zulässig.

(3) Zur Vermeidung von Infektionsgefahren durch einen unregulierbaren Kundenandrang an den Wochenenden vor und nach Weihnachten dürfen Verkaufsstellen des Einzelhandels ausnahmsweise zur Entzerrung des Einkaufsgeschehens am 29. November 2020, 6., 13. und 20. Dezember 2020 sowie am 3. Januar 2021 ihre Geschäfte auch sonntags im Zeitraum zwischen 13.00 Uhr und 18.00 Uhr öffnen.

§ 12

Handwerk, Dienstleistungsgewerbe, Heilberufe

(1) Für die Geschäftslokale von Handwerkern und Dienstleistern gilt § 11 Absatz 1 entsprechend.

(2) Dienstleistungen und Handwerksleistungen, bei denen ein Mindestabstand von 1,5 Metern zum Kunden nicht eingehalten werden kann (insbesondere Gesichtsbehandlung, Kosmetik, Nagelstudios, Maniküre, Massage, Tätowieren und Piercen), sind bis zum 30. November 2020 untersagt. Davon ausgenommen sind

1. Handwerker und – unabhängig vom Vorliegen einer eigenen Heilkundeerlaubnis – Dienstleister im Gesundheitswesen (einschließlich Physio-, Ergotherapeuten, Logopäden, Hebammen und so weiter, Hörgeräteakustikern, Optikern, orthopädischen Schuhmachern und so weiter),
2. Fußpflege- und Friseurleistungen,
3. medizinisch notwendige Handwerks- und Dienstleistungen sowie
4. die gewerbsmäßige Personenbeförderung in Personenkraftwagen.

Bei den nach Satz 2 ausnahmsweise zulässigen Handwerks- und Dienstleistungen ist neben strikter Beachtung der allgemeinen Hygiene- und Infektionsschutzregeln nach § 4 auf eine möglichst kontaktarme Erbringung zu achten. Bei gesichtsnahen Dienstleistungen, bei denen die Kundin oder der Kunde keine Alltagsmaske tragen und der Mindestabstand nicht eingehalten werden kann, müssen Beschäftigte während der Behandlung mindestens eine **FFP2-, eine KN95- oder eine N95-Maske tragen**.

(3) Die Tätigkeiten von Angehörigen der Heilberufe mit Approbation und sonstigen Personen, die zur Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes befugt sind, zählen ebenso wie zur Versorgung erforderliche Tätigkeiten der ambulanten Pflege und der Betreuung im Sinne des Fünften, des Achten, des Neunten und des Elften Buches Sozialgesetzbuch nicht zu den Dienstleistungen im Sinne der vorstehenden Absätze. Das gilt auch für die mobile Frühförderung sowie Therapiemaßnahmen im Rahmen der Frühförderung nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch, die in Kooperationspraxen stattfinden. Diese Tätigkeiten sind weiterhin zulässig. Bei der Durchführung sollen die jeweils aktuell geltenden Empfehlungen und Richtlinien des Robert Koch-Instituts beachtet werden.

§ 13

Veranstaltungen und Versammlungen

(1) Veranstaltungen und Versammlungen, die nicht unter besondere Regelungen dieser Verordnung fallen, sind bis zum 30. November 2020 untersagt.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind unter Beachtung der Regelungen der §§ 2 bis 4a zulässig

1. **Versammlungen nach dem Versammlungsgesetz**,
2. Veranstaltungen, die der Grundversorgung der Bevölkerung, der Aufrechterhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung oder der Daseinsfür- und -vorsorge (insbesondere Aufstellungsversammlungen von Parteien zu Wahlen und Vorbereitungsversammlungen dazu sowie Blut- und Knochenmarkspendetermine) zu dienen bestimmt sind,
3. Sitzungen von rechtlich vorgesehenen Gremien öffentlich-rechtlicher und privatrechtlicher Institutionen, Gesellschaften, Parteien oder Vereine
 - a) mit bis zu zwanzig Personen, wenn sie nicht als Telefon- oder Videokonferenzen durchgeführt werden können,

- b) mit mehr als zwanzig, aber höchstens 250 Personen in geschlossenen Räumen beziehungsweise 500 Personen unter freiem Himmel, nur nach Zulassung durch die zuständigen Behörden, wenn die Sitzung aus triftigem Grund im Monat November 2020, in Präsenz und mit der vorgesehenen Personenzahl durchgeführt werden muss,
4. Veranstaltungen zur Jagdausübung, soweit diese zur Erfüllung des Schalenwildabschlusses oder zur Seuchenvorbeugung durch Reduktion der Wildschweinpopulation erforderlich sind,
 5. Beerdigungen und
 6. standesamtliche Trauungen.

Die behördliche Zulassung nach Satz 1 Nummer 3 setzt bei mehr als 100 Teilnehmern ein Hygiene- und Infektionsschutzkonzept voraus.

(3) Große Festveranstaltungen sind bis mindestens zum 31. Dezember 2020 untersagt. Große Festveranstaltungen in diesem Sinne sind in der Regel

1. Volksfeste nach § 60b der Gewerbeordnung (einschließlich Kirmesveranstaltungen und ähnlichem),
2. Stadt-, Dorf- und Straßenfeste,
3. Schützenfeste,
4. Weinfeste und
5. ähnliche Festveranstaltungen.

§ 14

Gastronomie

(1) Der Betrieb von Restaurants, Gaststätten, Imbissen, Kneipen, Cafés und anderen gastronomischen Einrichtungen ist bis zum 30. November 2020 untersagt. Betriebskantinen und Mensen in Bildungseinrichtungen dürfen zur Versorgung der Beschäftigten bzw. der Nutzerinnen und Nutzer der Bildungseinrichtungen betrieben werden.

(2) Abweichend von Absatz 1 sind die Belieferung mit Speisen und Getränken sowie der Außer-Haus-Verkauf von Speisen und Getränken zulässig, wenn die Mindestabstände und Hygieneanforderungen nach dieser Verordnung eingehalten werden. § 11 Absatz 1 gilt entsprechend. Der Verzehr ist in einem Umkreis von 50 Metern um die gastronomische Einrichtung untersagt.

(3) Abweichend von Absatz 1 dürfen Räume und erforderliche Verpflegung für nach dieser Verordnung zulässige Veranstaltungen zur Verfügung gestellt werden.

§ 15

Beherbergung, Tourismus, Ferienangebote

(1) Übernachtungsangebote zu touristischen Zwecken, die nach dem 29. Oktober 2020 angetreten worden sind, sind bis zum 30. November 2020 untersagt. Die Nutzung von dauerhaft angemieteten oder im Eigentum befindlichen Immobilien und von dauerhaft abgestellten Wohnwagen, Wohnmobilen und so weiter ausschließlich durch die Nutzungsberechtigten ist

keine touristische Nutzung im Sinne des Satzes 1. Beim Betrieb von Gemeinschaftseinrichtungen auf Campingplätzen und so weiter sowie bei der Beherbergung von Geschäftsreisenden einschließlich ihrer gastronomischen Versorgung sind Hygiene- und Infektionsschutzstandards nach § 4 zu beachten.

(2) Reisebusreisen und sonstige Gruppenreisen mit Bussen zu touristischen Zwecken sind unzulässig.

§ 16

Verfügungen der örtlichen Ordnungsbehörden

Die Bestimmungen dieser Verordnung gehen widersprechenden und inhaltsgleichen Allgemeinverfügungen der nach § 17 Absatz 1 zuständigen Behörden vor. Unbeschadet davon bleiben die zuständigen Behörden befugt, im Einzelfall auch über diese Verordnung hinausgehende Schutzmaßnahmen anzuordnen. Ausnahmen von Geboten und Verboten dieser Verordnung können die zuständigen Behörden nur in den ausdrücklich in dieser Verordnung vorgesehenen Fällen erteilen.

§ 17

Festlegung und Aufgaben der zuständigen Behörden

(1) Zuständige Behörden im Sinne dieser Verordnung sind die nach § 28 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes in Verbindung mit § 3 des Infektionsschutz- und Befugnisgesetzes zuständigen örtlichen Ordnungsbehörden. Sie werden bei ihrer Arbeit von den unteren Gesundheitsbehörden und im Vollzug dieser Verordnung von der Polizei im Rahmen der Amts- und Vollzugshilfe unterstützt.

(2) Die in Absatz 1 genannten Behörden sind gehalten, die Bestimmungen dieser Verordnung energisch, konsequent und, wo nötig, mit Zwangsmitteln durchzusetzen.

§ 18

Ordnungswidrigkeiten

(1) Ordnungswidrigkeiten werden gemäß § 73 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro geahndet.

(2) Ordnungswidrig im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 24 in Verbindung mit §§ 32, 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 2 Absatz 2 Nummer 1 im öffentlichen Raum mit anderen Personen als den Angehörigen des eigenen oder eines weiteren Hausstands zusammentrifft oder mit mehr als 10 Personen aus dem eigenen und einem weiteren Hausstand zusammentrifft,
2. entgegen § 3 Absatz 2 trotz bestehender Verpflichtung keine Alltagsmaske trägt,
3. entgegen § 4a als anwesende Person (Gast, Mieter, Teilnehmer, Besucher, Kunde, Nutzer und so weiter) unrichtige Kontaktdaten (Name, Adresse, Telefonnummer) angibt,

4. entgegen § 5 Absatz 1 erforderliche Maßnahmen zur Erschwerung des Vireneintrags, zum Schutz von Patienten, Bewohnern oder Personal nicht ergreift,
5. entgegen § 7 Absatz 1 Satz 1 Bildungsangebote und Prüfungen durchführt, ohne die Regelungen der §§ 2 bis 4a zu beachten,
6. entgegen § 7 Absatz 1 Satz 2 andere Bildungsangebote durchführt,
7. entgegen § 8 Absatz 1 Konzerte oder Aufführungen durchführt oder Museen, Kunstaustellungen, Galerien, Schlösser, Burgen, Gedenkstätten oder ähnlichen Einrichtungen betreibt,
8. entgegen § 8 Absatz 2 Autokinos, Autotheater oder ähnliche Einrichtungen ohne Sicherstellung des Abstands betreibt,
9. entgegen § 8 Absatz 3 Musikfeste, Festivals oder ähnliche Kulturveranstaltungen durchführt oder daran teilnimmt,
10. entgegen § 9 Absatz 1 Freizeit- und Amateursportbetrieb durchführt oder daran teilnimmt,
11. entgegen § 9 Absatz 2 Sportfeste oder ähnliche Sportveranstaltungen durchführt oder daran teilnimmt,
12. entgegen § 9 Absatz 3 das Betreten der Wettbewerbsanlage durch Zuschauer zulässt,
13. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 Schwimm- und Spaßbäder, Saunen, Thermen oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
14. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 Freizeitparks, Indoor-Spielplätze oder ähnliche Einrichtungen für Freizeitaktivitäten (drinnen und draußen) betreibt,
15. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 Spielhallen, Spielbanken, Wettannahmestellen oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
16. entgegen § 10 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 Clubs, Diskotheken oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
17. entgegen § 10 Absatz 2 Bordelle, Prostitutionsstätten oder ähnliche Einrichtungen beziehungsweise Swingerclubs oder ähnliche Einrichtungen betreibt,
18. entgegen § 10 Absatz 3 einen Zoologischen Garten oder Tierpark für Besucher öffnet,
19. entgegen § 10 Absatz 4 eine Ausflugsfahrt mit Schiffen, Kutschen, historischen Eisenbahnen oder ähnlichen Einrichtungen anbietet,
20. entgegen § 11 Absatz 1 Satz 1 eine Überschreitung der Höchstzahl von Kunden zulässt,
- 20a. entgegen § 11 Absatz 1 Satz 2, gegebenenfalls in Verbindung mit § 14 Absatz 2, zwischen 23 Uhr und 6 Uhr alkoholische Getränke verkauft,
21. entgegen § 11 Absatz 2 eine Messe, eine Ausstellung, einen Jahrmarkt, einen Spezialmarkt oder eine ähnliche Veranstaltung durchführt,
22. entgegen § 12 Absatz 1 in Verbindung mit § 11 Absatz 1 eine Überschreitung der Höchstzahl von Kunden zulässt,
23. entgegen § 12 Absatz 2 eine Dienst- oder Handwerksleistung, bei der ein Mindestabstand von 1,5 Metern zum Kunden nicht eingehalten werden kann, anbietet,
24. entgegen § 13 Absatz 1 Veranstaltungen oder Versammlungen durchführt oder daran teilnimmt,
25. entgegen § 13 Absatz 3 große Festveranstaltungen durchführt oder daran teilnimmt,
26. entgegen § 14 Absatz 1 Satz 1 eine gastronomische Einrichtung betreibt,
27. entgegen § 15 Absatz 1 Übernachtungsangebote zu touristischen Zwecken durchführt oder wahrnimmt,

28. entgegen § 15 Absatz 2 Reisebusreisen oder sonstige Gruppenreisen mit Bussen zu touristischen Zwecken durchführt oder daran teilnimmt, ohne dass es zusätzlich einer Zuwiderhandlung gegen eine vollziehbare Anordnung auf Grund dieser Verordnung bedarf.

(3) Ordnungswidrig im Sinne des § 73 Absatz 1a Nummer 6 in Verbindung mit §§ 32, 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 des Infektionsschutzgesetzes handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig einer vollziehbaren Anordnung zuwider gegen eine andere, nicht in Absatz 2 genannte Regelung dieser Verordnung verstößt. Die Vollziehbarkeit solcher Anordnungen der örtlichen Ordnungsbehörden, der Polizei und der Bundespolizei besteht unmittelbar kraft Gesetzes (für die örtlichen Ordnungsbehörden: § 28 Absatz 3 in Verbindung mit § 16 Absatz 8 des Infektionsschutzgesetzes; für die Polizei und die Bundespolizei: § 80 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 der Verwaltungsgerichtsordnung).

§ 19

Inkrafttreten, Außerkrafttreten, Evaluation

(1) Diese Verordnung tritt am 2. November 2020 in Kraft.

(2) Ziel der mit dieser Verordnung in Kraft tretenden zusätzlichen Einschränkungen ist es, die derzeitige Infektionsdynamik schnellstmöglich zu unterbrechen und so weit zu reduzieren, dass es in der Weihnachtszeit keiner weitreichenden Beschränkungen der persönlichen Kontakte und der wirtschaftlichen Tätigkeit bedarf. Vor diesem Hintergrund tritt diese Verordnung mit Ablauf des 30. November 2020 außer Kraft; davon abweichend treten § 8 Absatz 3, § 9 Absatz 2 und § 13 Absatz 3 mit Ablauf des 31. Dezember 2020 sowie § 11 Absatz 3 mit Ablauf des 3. Januar 2021 außer Kraft.

(3) Die Landesregierung überprüft die Erforderlichkeit und Angemessenheit der Regelungen fortlaufend und passt die Regelungen insbesondere dem aktuellen Infektionsgeschehen und den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Verlauf der Covid-19-Pandemie an.

Düsseldorf, den 30. Oktober 2020

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen

Karl-Josef L a u m a n n

- Leerseite -

DIN EN 149



ICS 13.340.30

Ersatz für
DIN EN 149:2001-10

**Atemschutzgeräte –
Filtrierende Halbmasken zum Schutz gegen Partikeln –
Anforderungen, Prüfung, Kennzeichnung;
Deutsche Fassung EN 149:2001+A1:2009**

Respiratory protective devices –
Filtering half masks to protect against particles –
Requirements, testing, marking;
German version EN 149:2001+A1:2009

Appareils de protection respiratoire –
Demi-masques filtrants contre les particules –
Exigences, essais, marquage;
Version allemande EN 149:2001+A1:2009

kostenlos zulässig
nur für den Gebrauch vor Gericht!

Gesamtumfang 39 Seiten

Um die Herausforderungen der Corona-Krise zu bekämpfen, stellt DIN diese Fassung der Norm bis auf Weiteres kostenlos bereit.
Weitere aktuell kostenlose Normen für medizinische Ausrüstung unter www.beuth.de/go/kostenlose-normen.

Normenausschuss Feinmechanik und Optik (NAFuO) im DIN



Für partikelfiltrierende Halbmasken, die entsprechend der Informationsbroschüre des Herstellers angelegt sind, dürfen wenigstens 46 der 50 Einzelergebnisse der Übungen (d. h. 10 Personen × 5 Übungen) für die gesamte nach innen gerichtete Leckage nicht größer sein als

25 % für FFP1

11 % für FFP2

5 % für FFP3

und zusätzlich dürfen wenigstens 8 der 10 arithmetischen Mittelwerte für die gesamte nach innen gerichtete Leckage der einzelnen Gerätträger nicht größer sein als

22 % für FFP1

8 % für FFP2

2 % für FFP3.

Die Prüfung muss nach 8.5 erfolgen.

7.9.2 Durchlass des Filtermediums

Der Durchlass des Filters der partikelfiltrierenden Halbmaske muss die Anforderungen in Tabelle 1 erfüllen.

Tabelle 1 — Durchlass des Filtermediums

Klasse	A1) Maximaler Durchlass des Prüfaerosols A1)	
	Natriumchloridprüfung 95 l/min % max.	Paraffinölprüfung 95 l/min % max.
FFP1	20	20
FFP2	6	6
FFP3	1	1

A1) Es müssen insgesamt neun Muster der partikelfiltrierenden Halbmasken für jedes Prüfaerosol geprüft werden.

Die Prüfung nach 8.11 mit der Prüfung des Durchlasses nach EN 13274-7 muss durchgeführt werden mit:

- drei fabrikfrischen Mustern;
- drei Mustern nach der in 8.3.1 beschriebenen Gebrauchssimulation.

Die Prüfung nach 8.11 bei der Exposition mit einer festgelegten Masse an Prüfaerosol von 120 mg sowie für partikelfiltrierende Geräte, für die beansprucht wird, dass sie wiederverwendbar sind und zusätzlich der Lagerprüfung nach EN 13274-7 zu unterziehen sind, muss durchgeführt werden:

- bei nicht wiederverwendbaren Geräten mit:
 - drei Mustern nach der Prüfung der mechanischen Widerstandsfähigkeit nach 8.3.3, gefolgt von dem Temperaturkonditionieren nach 8.3.2.
- bei wiederverwendbaren Geräten mit:
 - drei Mustern nach der Prüfung der mechanischen Widerstandsfähigkeit nach 8.3.3, gefolgt von dem Temperaturkonditionieren nach 8.3.2 und gefolgt von einem Reinigungs- und Desinfektionszyklus entsprechend der Informationsbroschüre des Herstellers. A1)

8.5.2.2.8 Sonde für Druckmessung

Eine zweite Sonde wird nahe der Sonde für Probenahme angebracht und mit dem Drucksensor verbunden.

8.5.2.3 Angabe der Ergebnisse

Die Leckage P muss aus den Messungen der letzten 100 s jedes Übungsabschnittes berechnet werden, um ein Verschleppen von Ergebnissen von einer Prüfung in die andere zu vermeiden.

$$P(\%) = \frac{C_2}{C_1} \times \left(\frac{t_{IN} + t_{EX}}{t_{IN}} \right) \times 100$$

Dabei ist

- C_1 die Prüfkonzentration;
- C_2 die gemessene mittlere Konzentration im Atembereich der Versuchsperson;
- t_{IN} die Gesamtdauer der Einatmung;
- t_{EX} die Gesamtdauer der Ausatmung.

Die Messung von C_2 erfolgt vorzugsweise mit einem integrierenden Recorder.

8.6 Entflammbarkeit

Es müssen vier partikelfiltrierende Halbmasken geprüft werden: zwei in fabrikfrischem Zustand und zwei nach Temperaturkonditionieren nach 8.3.2.

Die Ein-Brenner-Prüfung wird nach folgendem Verfahren durchgeführt.

Der Atemanschluss wird an einem metallischen Prüfkopf befestigt. Dieser muss mit einem Motor so schwenkbar sein, dass er einen horizontalen Kreis mit einer linearen Geschwindigkeit von (60 ± 5) mm/s, gemessen an der Nasenspitze, beschreibt.

Der Kopf wird über einem Propan-Brenner angeordnet, dessen Position eingestellt werden kann. Mit Hilfe einer geeigneten Lehre muss der Abstand zwischen Brennerspitze und dem niedrigsten Teil des Atemanschlusses (wenn er sich direkt über dem Brenner befindet) auf (20 ± 2) mm eingestellt werden.

Ein-Brenner, wie in ISO 6941 beschrieben, wurde als geeignet befunden.

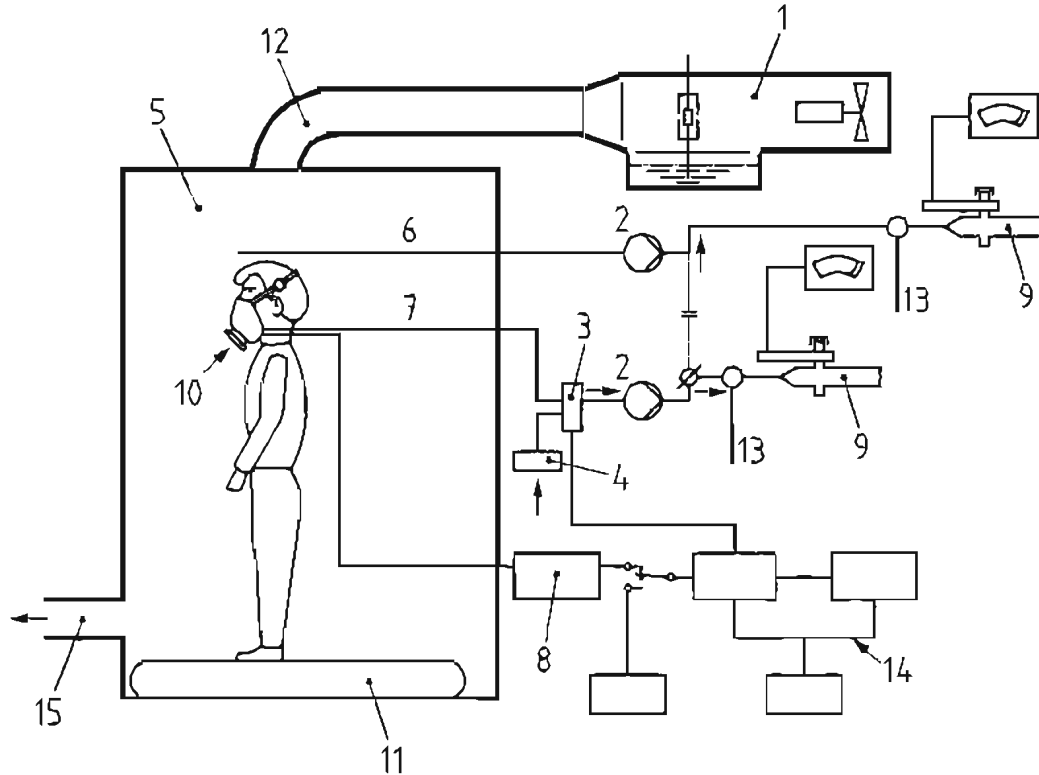
Der Kopf wird aus der unmittelbaren Nähe des Brenners weggedreht, die Propan-Zufuhr angestellt, der Druck auf einen Wert zwischen 0,2 bar und 0,3 bar eingestellt und das Gas gezündet. Mit Hilfe eines Nadelventils und durch Feineinstellungen des Versorgungsdruckes muss die Flammenhöhe auf (40 ± 4) mm eingestellt werden. Dies wird mit einer geeigneten Lehre gemessen. Die Temperatur der Flamme, gemessen mit einer keramikisolierten Thermoelementsonde von 1,5 mm Durchmesser, in einer Höhe von (20 ± 2) mm über der Brennerspitze muss (800 ± 50) °C sein.

Wenn es nicht möglich ist, die Temperaturanforderung zu erfüllen, so deutet dies darauf hin, dass ein Fehler, wie z. B. ein teilweise verstopfter Brenner, vorliegt. Dies muss beseitigt werden.

Der Kopf wird in Bewegung gesetzt und die Wirkung des einmaligen Flammendurchganges muss protokolliert werden.

Die Prüfung muss wiederholt werden, damit eine Beurteilung aller Werkstoffe auf der Außenseite des Gerätes möglich ist. Jedes Bauteil darf nur ein Mal durch die Flamme geführt werden.

Normen-Download-Beuth-Joachim-Baum-Käfer-7769855-ID:TC-48CVRCKK9115XJXN2BjMAK.2-2020-10-25 16:36:06



Legende

- | | | | |
|---|-------------------------|----|-------------------------------------|
| 1 | Zerstäuber | 9 | Fotometer |
| 2 | Pumpe | 10 | partikelfiltrierende Halbmaske |
| 3 | Umschaltventil | 11 | Laufband |
| 4 | Filter | 12 | Leitung und Prallplatte |
| 5 | Abdeckung | 13 | Zusatzluft |
| 6 | Probe aus der Abdeckung | 14 | Einrichtung für gepulste Probenahme |
| 7 | Probe aus der Maske | 15 | Fortluft |
| 8 | Manometer | | |

Bild 3 — Typische Einrichtung zum Bestimmen der nach innen gerichteten Leakage mit Natriumchlorid

Tabelle 4 — Übersicht der Anforderungen und Prüfungen

A1

Titel	Anforderung Abschnitt	Anzahl der Muster ^a	Konditionieren ^b	Prüfung Abschnitt						
Sichtprüfung	7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.15, 7.18	alle	–	8.2						
Werkstoff	7.5	6	S.W. (3) T.C. (3)	8.2						
Reinigen und Desinfizieren	7.6	5	A.R. (5)	Information des Herstellers						
Praktische Leistung	7.7	2	A.R. (2)	8.4						
Gesamte nach innen gerichtete Leckage	7.9.1	10	A.R. (5) T.C. (5)	8.5						
Durchlass des Filtermediums	7.9.2	9 (für jedes Aerosol)	A.R. (3), S.W. (3), (M.S. + T.C. + C.D.) (3)	8.11						
Hautverträglichkeit	7.10	10	A.R. (5), T.C. (5)	8.4, 8.5						
Entflammbarkeit	7.11	4	A.R. (2), T.C. (2)	8.6						
Kohlendioxid-Gehalt	7.12	3	A.R. (3)	8.7						
Kopfbänderung	7.13	10	A.R. (5), T.C. (5)	8.4, 8.5						
Gesichtsfeld	7.14	2	A.R. (2)	8.4						
Ausatemventil	7.15	10	A.R. (5), T.C. (5)	8.5, 8.2						
Ausatemventil-Durchströmung	7.15	3	A.R. (1), T.C. (2)	8.3.4, 8.2						
Ausatemventil-Zugkraft	7.15	3	A.R. (1), M.S. (1), T.C. (1)	8.8, 8.2						
Atemwiderstand (Geräte mit Ventil)	7.16	12	A.R. (3), S.W. (3), T.C. (3), F.C. (3)	8.9						
Atemwiderstand (Geräte ohne Ventil)	7.16	9	A.R. (3), S.W. (3), T.C. (3)	8.9						
Einspeicherprüfung (optional nur für FFP1 + FFP2 + FFP3-Geräte für nur eine Schicht)	7.17	3	A.R. (1), T.C. (2)	8.10						
Austauschbare Teile	7.18	alle	A.R.	8.2						
<p>^a Die meisten Muster werden für mehr als eine Prüfung benutzt.</p> <p>^b Abkürzungen:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">A.R.: fabrikfrisch</td> <td style="width: 50%;">T.C.: Temperaturkonditioniert</td> </tr> <tr> <td>M.S.: Mechanische Widerstandsfähigkeit</td> <td>F.C.: Durchströmungskonditioniert</td> </tr> <tr> <td>S.W.: Behandlung zur Gebrauchssimulation</td> <td>C.D.: Reinigen und Desinfizieren, falls anwendbar</td> </tr> </table>					A.R.: fabrikfrisch	T.C.: Temperaturkonditioniert	M.S.: Mechanische Widerstandsfähigkeit	F.C.: Durchströmungskonditioniert	S.W.: Behandlung zur Gebrauchssimulation	C.D.: Reinigen und Desinfizieren, falls anwendbar
A.R.: fabrikfrisch	T.C.: Temperaturkonditioniert									
M.S.: Mechanische Widerstandsfähigkeit	F.C.: Durchströmungskonditioniert									
S.W.: Behandlung zur Gebrauchssimulation	C.D.: Reinigen und Desinfizieren, falls anwendbar									

A1

- Leerseite -

MULTICAPWelding

Von: Ultramasx Technologies <azdlmmeuoyad@rabbitandjohn.com>
Gesendet: 19. 01 2021 18:13
An: info@multicapwelding.com
Betreff: THIS SMART MASK IS REVOLUTIONARY

ULTRAMASX
TECHNOLOGIES

THE WORLD'S BEST SELLING ELECTRICALLY VENTILATED MASK

THE MOST TECHNOLOGICALLY ADVANCED
SMART MASK



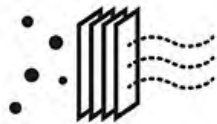
SHOP NOW

**DISCOVER THE MOST ADVANCED FAN POWERED
SMART MASK IN THE WORLD.**

KN100/N100/FFP3 GRADE. U.S. FDA REGISTERED.



DISCOVER OUR FOUR KEY FEATURES



ULTRAPROTECTION

State of the art 4 stage HEPA and ultra fine activated carbon filter cartridge removes more than **99.97%** of suspended particles above PM0.3.



ULTRAVENTILATION

Active 2-speed electric turbofan provides optimal air-flow even during sports activities and a refreshing feeling in warm and humid climates.



ULTRACOMFORTABLE

No more vapor fogging your glasses. Soft medical-grade silicon face seal. Thin straps wearable either behind the head or behind the ears.



ULTRASUSTAINABLE

Re-chargeable via USB and re-usable with our refill filters. The mask lasts years minimising environmental impact. 80% savings vs disposable respirators.

DIN EN 14683

DIN

ICS 11.140

Ersatz für
DIN EN 14683:2019-06**Medizinische Gesichtsmasken –
Anforderungen und Prüfverfahren;
Deutsche Fassung EN 14683:2019+AC:2019**Medical face masks –
Requirements and test methods;
German version EN 14683:2019+AC:2019Masques à usage médical –
Exigences et méthodes d'essai;
Version allemande EN 14683:2019+AC:2019

kostenlos zulässig
nur für den Gebrauch vor Gericht!

Gesamtumfang 28 Seiten

Um die Herausforderungen der Corona-Krise zu bekämpfen, stellt DIN diese Fassung der Norm bis auf Weiteres kostenlos bereit.
Weitere aktuell kostenlose Normen für medizinische Ausrüstung unter www.beuth.de/go/kostenlose-normen

DIN-Normenausschuss Medizin (NAMED)



Normen-Download-Beuth-Archiv-Baum-AG Nr.: 7769855_ID_T0487PR/KEW/5/DIN2019AK.2-2020-ID.25 19.11.18

5.2.7 Zusammenfassung der Leistungsanforderungen

Tabelle 1 — Leistungsanforderungen für medizinische Gesichtsmasken

Prüfung	Typ I ^a	Typ II	Typ IIR
Bakterielle Filterleistung (BFE), (%)	≥ 95	≥ 98	≥ 98
Druckdifferenz (Pa/cm ²)	< 40	< 40	< 60
Druck des Spritzwiderstandes (kPa)	entfällt	entfällt	≥ 16,0
Mikrobiologische Reinheit (KBE/g)	≤ 30	≤ 30	≤ 30

^a Medizinische Gesichtsmasken des Typs I sollten ausschließlich bei Patienten und anderen Personen zur Verminderung des Risikos einer Infektionsverbreitung insbesondere in epidemischen oder pandemischen Situationen verwendet werden. Masken des Typs I sind nicht für medizinisches Fachpersonal in Operationsräumen oder in anderen medizinischen Einrichtungen mit ähnlichen Anforderungen gedacht.

6 Kennzeichnung, Etikettierung und Verpackung

In Anhang I, §13 der Richtlinie über Medizinprodukte (93/42/EWG) bzw. Anhang I, §23 der Verordnung (EU) über Medizinprodukte 2017/745 sind die Informationen festgelegt, die auf der Verpackung, in der die medizinische Gesichtsmaske geliefert wird, angebracht sein sollten.

Folgende Informationen sind bereitzustellen:

- a) Nummer dieser Europäischen Norm;
- b) Typ der Maske (nach den Angaben in Tabelle 1).

EN ISO 15223-1:2016 und EN 1041:2008+A1:2013 sollten berücksichtigt werden.

Die bakterielle Belastung muss auf $1,7 \times 10^3$ bis $3,0 \times 10^3$ KBE je Prüfung eingestellt werden. Die bakterielle Belastung ist auf der Grundlage von Erfahrung und vorangegangener Positiv-Kontrollplatten (siehe B.7.3) zu bestimmen und die Verdünnung der Belastungssuspension ist entsprechend einzustellen. Die mittlere Teilchengröße (MPS) in der bakteriellen Belastungssubstanz muss auf $(3,0 \pm 0,3) \mu\text{m}$ gehalten werden (siehe B.7.9).

Tabelle B.1 — Stufenanordnung des Kaskaden-Aufprallgeräts

Stufennummer	1	2	3	4	5	6
Teilchengröße	P1	P2	P3	P4	P5	P6
Plattenausählung für lebensfähige „Teilchen“	C1	C2	C3	C4	C5	C6

Dabei ist

$$P1 = 7,00 \mu\text{m}$$

$$P2 = 4,70 \mu\text{m}$$

$$P3 = 3,30 \mu\text{m}$$

$$P4 = 2,10 \mu\text{m}$$

$$P5 = 1,10 \mu\text{m}$$

$$P6 = 0,65 \mu\text{m}$$

$$MPS = \frac{(P1 \times C1) + (P2 \times C2) + (P3 \times C3) + (P4 \times C4) + (P5 \times C5) + (P6 \times C6)}{C1 + C2 + C3 + C4 + C5 + C6} \quad (\text{B.1})$$

Die Werte der Plattenausählung für lebensfähige „Teilchen“, die zur Berechnung der mittleren Teilchengröße (MPS) verwendet werden, stellen die Zählungen der „wahrscheinlichen Treffer“ dar, die unter Verwendung der „Positive hole“-Umrechnungstabelle in der Bedienungsanleitung des Kaskaden-Aufprallgeräts berechnet werden.

Der oben angeführte MPS-Wert ist der 50%ige effektive Trenndurchmesser, der für jede Stufe mit der Gleichung und den Informationen der Bedienungsanleitung des Kaskaden-Aufprallgeräts berechnet wird.

B.7 Verfahren

B.7.1 Das Prüfgerät ist nach dem in Bild B.1 oder Bild B.3 dargestellten Fließdiagramm zusammenzustellen.

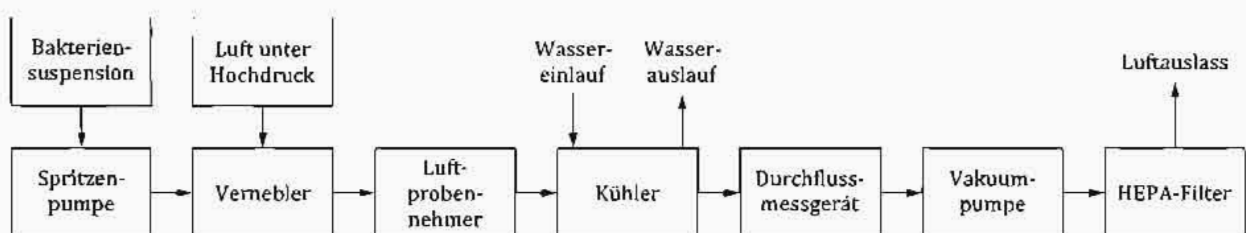


Bild B.1 — Aufbau des BFE-Prüfgeräts

B.7.2 Die bakterielle Belastungssubstanz ist mittels der Umlauf- oder Spritzenpumpe in den Vernebler zu geben.

B.7.9 Bei jedem Probekörper und jedem Kontrolllauf sind die Anzahl der Kolonien auf jeder Petrischale zu zählen und die Zahlen zu addieren, um die Gesamtzahl der durch das Kaskaden-Aufprallgerät gesammelten KBE anzugeben. Die „Positive hole“-Umrechnungstabelle¹ ist nach den Anweisungen des Herstellers des Kaskaden-Aufprallgerätes für die Stufen 3 bis 6 anzuwenden. Für die beiden positiven Kontrollläufe ist der Mittelwert der beiden Gesamtzahlen zu nehmen. Aus den Positiv-Kontrollplatten ist die mittlere Teilchengröße (MPS) des bakteriellen Belastungs-aerosols unter Anwendung der in B.6 angegebenen Formel zu berechnen.

B.8 Berechnung der bakteriellen Filterleistung (BFE)

Für jeden Probekörper ist die bakterielle Filterleistung B nach folgender Formel als Prozentsatz zu berechnen:

$$B = (C - T) / C \times 100 \quad (\text{B.2})$$

Dabei ist

- C der Mittelwert der gesamten Plattenausählung für die beiden positiven Kontrollläufe;
- T die gesamte Plattenausählung für den Probekörper.

B.9 Prüfbericht

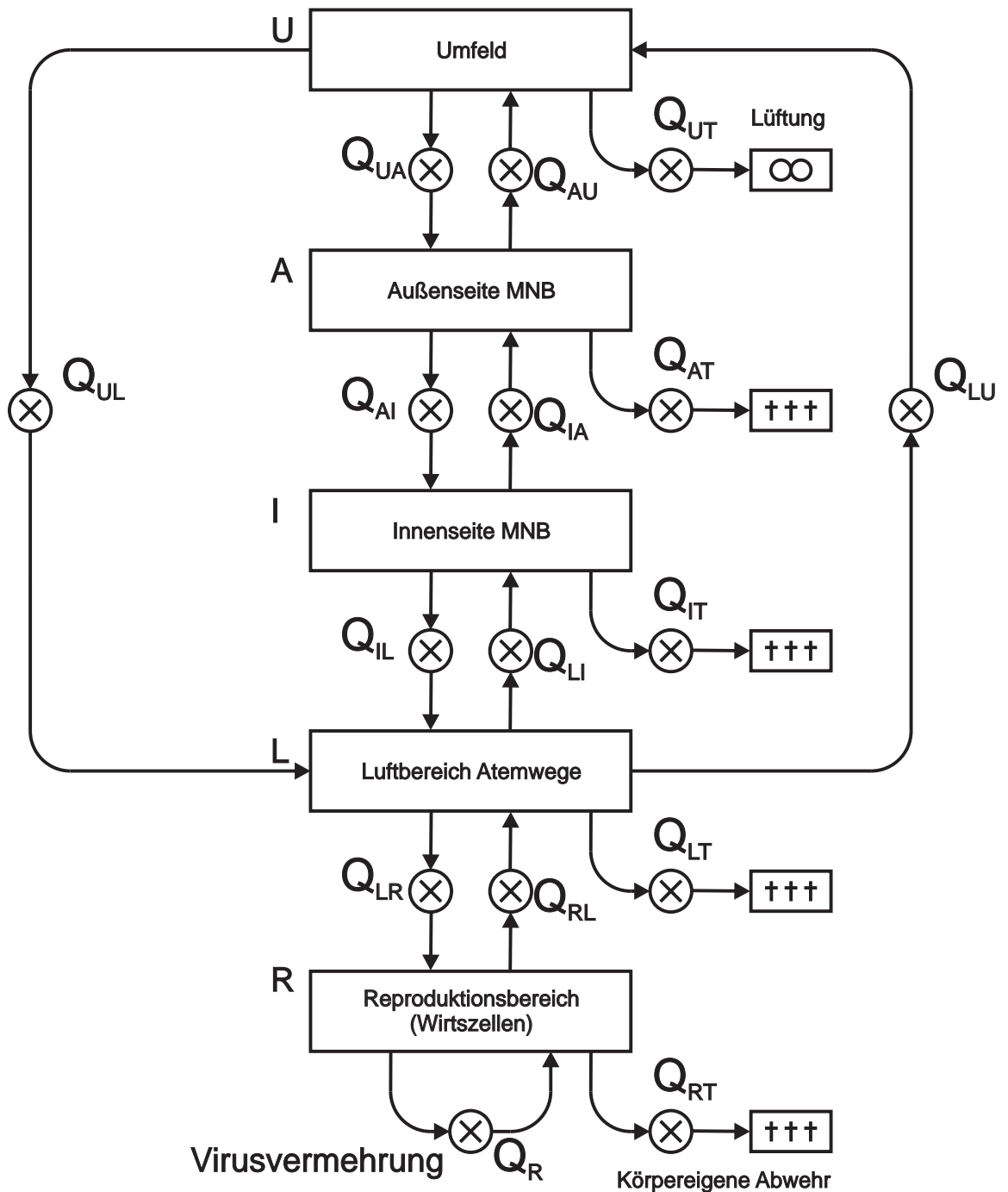
Der Prüfbericht muss folgende Angaben enthalten:

- a) Nummer und Datum dieser Europäischen Norm;
- b) Losnummer oder Chargenbezeichnung der geprüften Masken;
- c) Maße der Probekörper und die Größe des geprüften Bereichs;
- d) welche Seite des Probekörpers dem Belastungs-aerosol zugewandt war;
- e) Volumendurchfluss während der Prüfung;
- f) Mittelwert der gesamten Plattenausählung für die beiden positiven Kontrollläufe;
- g) Mittelwert der Plattenausählung für die negativen Kontrollläufe;
- h) bakterielle Filterleistung (BFE) für jeden Probekörper.

¹ Siehe die „Positive hole“-Umrechnungstabelle in der Bedienungsanleitung des Kaskaden-Aufprallgeräts.

2020-09-24 Joachim Baum:

„Schutz- und Schadwirkung der MNBs“ -
 Model zur numerischen Simulation



Der Autor, ein Elektro-Ing., ist u. a.
 Messgeräteentwickler (youmet.eu)
 mit Expertise in Validierung und
 Justizkritiker (Stiftung-Richtertest).



www.leak6.de/ci/

- Leerseite -

die Welt klar Sehen: Prognosen 2022 bis 2030 - Bill Gates hat klare Vorstellungen für dieses Jahr und auch danach

Zusammenfassung

1. COVID-19-Pandemie

- endet 2022 und soll die letzte Pandemie sein
 - Gates will dazu in 2022 ein Buch schreiben
- doch nächste Pandemien werden mit mRNA-Impfstoffen bekämpft

2. Kampf gegen die Desinformation

- wegen Impfunwilligkeit.
- Regierungen müssen Soziale Medien regulieren.
- Auswahl der "richtigen" politischen Führungskräfte

3. Neue internationale Verpflichtungen zum Klimaschutz

- Investition in saubere Technologien
- Verringerung der Methanemissionen
- Beendigung der Entwaldung bis 2030
- Gründung einer Koalition die Landwirten bei der Anpassung helfen wird

4. Digitalisierung bis mindestens 2030

- **Büroarbeit**
 - in Hybrid-Version (teilweise Homeoffice, teilweise im Büro)
 - bis 2023/ 2024 virtuelle Meetings mit 3D-Avataren
- **Schule**
 - Präsenzunterricht für Schüler in der Unter- und Mittelstufen
 - Fernunterricht nur in der Oberstufe
 - digitale, individualisierte Lehrpläne
- **Telemedizin**
 - Blutdruck messen
 - Einsicht in Smartwatch-Daten
 - Schlafdaten
 - Herzfrequenz
 - Bluttest vor Ort mit Datenübermittlung an Arzt

5. neue Medikamente in 2022

- Islatravir (H IV-Prävention)
- Bluttest für Alzheimer-Diagnostik

6. Innovationen für preiswertere saubere Technologien

- grüner Wasserstoff als Kraftstoff
 - langfristige Energiespeicherung für
 - große Flugzeuge
 - industrielle Prozess

7. Resistenz der Menschen gegen große Veränderungen

- **Menschen**
 - passen sich an große Umwälzungen an
 - gewöhnen sich an die neue Normalität

- Leerseite -



PUBLIC-PRIVATE COOPERATION FOR PANDEMIC PREPAREDNESS AND RESPONSE

A CALL TO ACTION

The next severe pandemic will not only cause great illness and loss of life but could also trigger major cascading economic and societal consequences that could contribute greatly to global impact and suffering. Efforts to prevent such consequences or respond to them as they unfold will require unprecedented levels of collaboration between governments, international organizations, and the private sector. There have been important efforts to engage the private sector in epidemic and outbreak preparedness at the national or regional level.ⁱⁱⁱ However, there are major unmet global vulnerabilities and international system challenges posed by pandemics that will require new robust forms of public-private cooperation to address.

The [Event 201](#) pandemic exercise, conducted on October 18, 2019, vividly demonstrated a number of these important gaps in pandemic preparedness as well as some of the elements of the solutions between the public and private sectors that will be needed to fill them. The Johns Hopkins Center for Health Security, World Economic Forum, and Bill & Melinda Gates Foundation jointly propose the following:

1. **Governments, international organizations, and businesses should plan now for how essential corporate capabilities will be utilized during a large-scale pandemic.** During a severe pandemic, public sector efforts to control the outbreak are likely to become overwhelmed. But industry assets, if swiftly and appropriately deployed, could help to save lives and reduce economic losses. For instance, companies with operations focused on logistics, social media, or distribution systems will be needed to enable governments' emergency response, risk communications, and medical countermeasure distribution efforts during a pandemic. This includes working together to ensure that strategic commodities are available and accessible for public health response. Contingency planning for a potential operational partnership between government and business will be complex, with many legal and organizational details to be addressed. Governments should work now to identify the most critical areas of need and reach out to industry players with the goal of finalizing agreements in advance of the next large pandemic. The Global Preparedness Monitoring Board would be well positioned to help monitor

and contribute to the efforts that governments, international organizations and businesses should take for pandemic preparedness and response.

2. **Industry, national governments, and international organizations should work together to enhance internationally held stockpiles of medical countermeasures (MCMs) to enable rapid and equitable distribution during a severe pandemic.** The World Health Organization (WHO) currently has an influenza vaccine virtual stockpile, with contracts in place with pharmaceutical companies that have agreed to supply vaccines should WHO request them. As one possible approach, this virtual stockpile model could be expanded to augment WHO's ability to distribute vaccines and therapeutics to countries in the greatest need during a severe pandemic. This should also include any available experimental vaccine stockpiles for any WHO R&D Blueprint pathogens to deploy in a clinical trial during outbreaks in collaboration with CEPI, GAVI, and WHO. Other approaches could involve regional stockpiles or bi- or multinational agreements. During a catastrophic outbreak, countries may be reluctant to part with scarce medical resources. A robust international stockpile could therefore help to ensure that low and middle resource settings receive needed supplies regardless of whether they produce such supplies domestically. Countries with national supplies or domestic manufacturing capabilities should commit to donating some supply/product to this virtual stockpile. Countries should support this effort through the provision of additional funding.

3. **Countries, international organizations, and global transportation companies should work together to maintain travel and trade during severe pandemics.** Travel and trade are essential to the global economy as well as to national and even local economies, and they should be maintained even in the face of a pandemic. Improved decision-making, coordination, and communications between the public and private sectors, relating to risk, travel advisories, import/export restrictions, and border measures will be needed. The fear and uncertainty experienced during past outbreaks, even those limited to a national or regional level, have sometimes led to unjustified border measures, the closure of customer-facing businesses, import bans, and the cancellation of airline flights and international shipping. A particularly fast-moving and lethal pandemic could therefore result in political decisions to slow or stop movement of people and goods, potentially harming economies already vulnerable in the face of an outbreak. Ministries of Health and other government agencies should work together now with international airlines and global shipping companies to develop realistic response scenarios and start a contingency planning process with the goal of mitigating economic damage by maintaining key travel and trade routes during a large-scale pandemic. Supporting continued trade and travel in such an extreme circumstance may require the provision of enhanced disease control measures and personal protective equipment for transportation workers, government subsidies to support critical trade routes, and potentially liability protection in certain cases. International

organizations including WHO, the International Air Transport Association, and the International Civil Aviation Organization should be partners in these preparedness and response efforts.

4. **Governments should provide more resources and support for the development and surge manufacturing of vaccines, therapeutics, and diagnostics that will be needed during a severe pandemic.** In the event of a severe pandemic, countries may need population-level supplies of safe and effective medical countermeasures, including vaccines, therapeutics, and diagnostics. Therefore, the ability to rapidly develop, manufacture, distribute, and dispense large quantities of MCMs will be needed to contain and control a global outbreak. Countries with enough resources should greatly increase this capability. In coordination with WHO, CEPI, GAVI, and other relevant multilateral and domestic mechanisms, investments should be made in new technologies and industrial approaches, that will allow concomitant distributed manufacturing. This will require addressing legal and regulatory barriers among other issues.
5. **Global business should recognize the economic burden of pandemics and fight for stronger preparedness.** In addition to investing more in preparing their own companies and industries, business leaders and their shareholders should actively engage with governments and advocate for increased resources for pandemic preparedness. Globally, there has been a lack of attention and investment in preparing for high-impact pandemics, and business is largely not involved in existing efforts. To a significant extent this is due to a lack of awareness of the business risks posed by a pandemic. Tools should be built that help large private sector companies visualize business risks posed by infectious disease and pathways to mitigate risk through public-private cooperation to strengthen preparedness. A severe pandemic would greatly interfere with workforce health, business operations, and the movement of goods and services.ⁱⁱⁱ A catastrophic-level outbreak can also have profound and long-lasting effects on entire industries, the economy, and societies in which business operates. While governments and public health authorities serve as the first line of defense against fast-moving outbreaks, their efforts are chronically under-funded and lack sustained support. Global business leaders should play a far more dynamic role as advocates with a stake in stronger pandemic preparedness.
6. **International organizations should prioritize reducing economic impacts of epidemics and pandemics.** Much of the economic harm resulting from a pandemic is likely to be due to counterproductive behavior of individuals, companies, and countries. For example, actions that lead to disruption of travel and trade or that change consumer behavior can greatly damage economies. In addition to other response activities, an increase in and reassessment of pandemic financial support will certainly be needed in a severe pandemic as many sectors of society may need financial support during or after a severe pandemic, including healthcare institutions, essential businesses, and national governments. Furthermore, the ways in which these existing funds can now be used are limited. The International Health Regulations prioritize both



minimizing public health risks and avoiding unnecessary interference with international traffic and trade. But there will also be a need to identify critical nodes of the banking system and global and national economies that are too essential to fail – there are some that are likely to need emergency international financial support as well. The World Bank, the International Monetary Fund, regional development banks, national governments, foundations, and others should explore ways to increase the amount and availability of funds in a pandemic and ensure that they can be flexibly used where needed.

7. **Governments and the private sector should assign a greater priority to developing methods to combat mis- and disinformation prior to the next pandemic response.**

Governments will need to partner with traditional and social media companies to research and develop nimble approaches to countering misinformation. This will require developing the ability to flood media with fast, accurate, and consistent information. Public health authorities should work with private employers and trusted community leaders such as faith leaders, to promulgate factual information to employees and citizens. Trusted, influential private-sector employers should create the capacity to readily and reliably augment public messaging, manage rumors and misinformation, and amplify credible information to support emergency public communications. National public health agencies should work in close collaboration with WHO to create the capability to rapidly develop and release consistent health messages. For their part, media companies should commit to ensuring that authoritative messages are prioritized and that false messages are suppressed including through the use of technology.

Accomplishing the above goals will require collaboration among governments, international organizations and global business. If these recommendations are robustly pursued, major progress can be made to diminish the potential impact and consequences of pandemics. We call on leaders in global business, international organizations, and national governments to launch an ambitious effort to work together to build a world better prepared for a severe pandemic.

ⁱ Global Health Security: Epidemics Readiness Accelerator. World Economic Forum.

<https://www.weforum.org/projects/managing-the-risk-and-impact-of-future-epidemics>. Accessed 11/19/19

ⁱⁱ Private Sector Roundtable. Global health Security Agenda. <https://ghsagenda.org/home/joining-the-ghsa/psrt/>. Accessed 11/19/19

ⁱⁱⁱ Peter Sands. Outbreak readiness and business impact: protecting lives and livelihoods across the global economy. World Economic Forum 2019. <https://www.weforum.org/whitepapers/outbreak-readiness-and-business-impact-protecting-lives-and-livelihoods-across-the-global-economy>. Accessed 12/5/19



Gesundheitsbehörde ECDC

EU-Behörde zweifelt am Nutzen von FFP2-Masken



von Jan Schneider

04.02.2021 16:02 Uhr

FFP2-Masken wurden zum Goldstandard der Pandemiebekämpfung erklärt. Die EU-Gesundheitsbehörde ECDC sieht jedoch keinen Mehrwert in der universellen Verwendung im Alltag.



Quelle: Frank Rumpenhorst/dpa

Viel wurde schon über den Nutzen von Masken in der Corona-Krise geschrieben und diskutiert. Am Anfang waren selbstgenähte Mund-Nasen-Bedeckungen der Renner, im zweiten Shutdown kamen medizinische Masken in Mode und mittlerweile ist die FFP2-Maske zum Goldstandard der Pandemiebekämpfung geworden.

Die besonders dichten, aber teureren Masken sollen vor Schadstoffpartikeln wie Staub oder auch Aerosolen schützen. Sie werden inzwischen vielerorts anstelle normaler Alltagsmasken verlangt. Mitte Januar hatten Bundeskanzlerin Angela Merkel und die Ministerpräsidenten vereinbart, in Öffentlichen Verkehrsmitteln und Geschäften FFP2-Masken, OP-Masken oder Mund-Nase-Bedeckungen der Standards KN95/N95 zu fordern.

EU-Gesundheitsbehörde hat Zweifel am Nutzen der Masken

Doch es gibt auch Zweifel am Nutzen der FFP2-Masken: Die EU-Gesundheitsbehörde ECDC steht dem zusätzlichen Nutzen von FFP2-Masken im Alltag skeptisch gegenüber. So teilte die in Stockholm ansässige Behörde auf Anfrage der Nachrichtenagentur dpa mit:

” **Der erwartete Mehrwert der universellen Verwendung von FFP2-Atemschutzmasken in der Gemeinschaft ist sehr gering.**

Darüber hinaus rechtfertigten die möglichen Kosten und Schäden keine Empfehlung dafür, FFP2-Masken anstelle von anderen Masken in der Öffentlichkeit zu tragen. Welche potentiellen Schäden dabei genau gemeint waren, beantwortete die Behörde bisher nicht. Nach eigenen Angaben werde ein Dokument mit Einschätzungen zum Maskengebrauch im sozialen Umfeld zur Verringerung der Coronavirus-Übertragung gerade aktualisiert.

EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides bestätigte in Brüssel die Einschätzung der EU-Behörde:

” **Die ECDC sagt, die Beweislage sei im Moment nicht stark genug für eine Notwendigkeit, dies im Alltag zu empfehlen.**

Stella Kyriakides

Welche Schutzwirkung haben FFP2-Masken?

Wie auch Medizinische Gesichtsmasken müssen FFP-Masken klare Anforderungen von Gesetzen und technischen Normen einhalten. Dabei wird insbesondere die Filterleistung des Maskenmaterials mit Aerosolen getestet. FFP2-Masken müssen mindestens **94 Prozent** der Aerosole filtern.

Diese 94 Prozent sind jedoch nur **ein theoretischer Wert** aus dem Labor. Das gelingt aber nur, wenn die Maske an den Seiten dicht anliegt. Ist zum Beispiel ein Bart im Weg, ist die Filterwirkung eingeschränkt.

Fragen zu Mund-Nasen-Schutz

FFP2-Masken: Warum der Vollbart ab muss

Bayern macht FFP2-Masken zur Pflicht. Experten begrüßen das - vorausgesetzt, sie werden auch richtig getragen. Aerosol-Experte Asbach warnt

zudem vor trügerischer Sicherheit. ➤

Und wie wirken die FFP2-Masken im Alltag?

Die tatsächliche Schutzwirkung der FFP2-Masken im Alltag ist schwer nachzuvollziehen. Um sie zu überprüfen, hätte man eine Studie durchführen müssen, bei der ein Teil der Bevölkerung FFP2-Masken trägt und der andere Teil einen herkömmlichen Mund-Nasen-Schutz, meint Prof. Dr. Andreas Podbielski vom Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie & Hygiene in Rostock. Eine solche Studie sei ihm jedoch nicht bekannt.

” Die politische Entscheidung, diese Masken zu nutzen, basiert allein auf technischen Messwerten. Und diese Messwerte korrelieren im Bereich der Hygiene häufig nicht mit dem, was im Alltag passiert.

Andreas Podbielski

Welche Kritikpunkte gibt es an den FFP2-Masken?

Da das Gewebe der FFP2-Masken enger ist, haben Sie einen höheren Atemwegswiderstand. Das Atmen fällt dem Träger also schwerer. Außerdem müssen Sie sehr eng am Gesicht anliegen, sind also auch unangenehmer zu tragen. Darunter kann die "Tragedisziplin" leiden. So berichtet die Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM) das aus Stoff gefertigte Mund-Nasen-Bedeckungen überwiegend sehr korrekt getragen werden, beim Tragen von medizinischen Masken - chirurgischem Mund-Nasenschutz und FFP-Atemschutzmasken mit und ohne Ventil - gebe es aber häufig Defizite.

Die medizinischen Masken würden häufig **nicht korrekt an die Gesichtskonturen und die Nase anmodelliert**, so dass sowohl der mögliche Schutz des Maskenträgers, als auch der Schutz von Kontaktpersonen reduziert oder auch aufgehoben werden kann.

Anwendungsfehler verringern die Schutzwirkung

Auch andere Anwendungsfehler durch den Träger können die Schutzwirkung einschränken: Einerseits kann es durch Unachtsamkeit zu einem Kontakt der möglicherweise kontaminierten Außenseite mit der Mund- oder Nasenschleimhaut kommen. Außerdem komme es vor, dass sich die Träger von FFP2-Masken ein **falsches**

Gefühl von Sicherheit entwickelten und sich weniger konsequent an die Abstandsgebote halten.

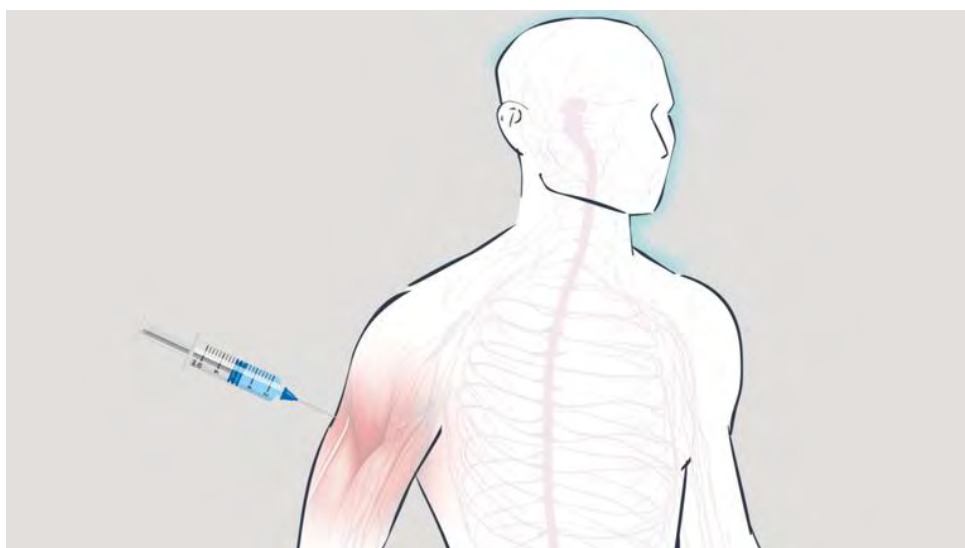
Für Podbielski gehören die FFP-Masken eher in den professionellen Bereich, etwa Krankenhäuser. Im Alltag fände er es besser, die Norm etwas tiefer aber dafür besser einhaltbar für die Normalbürger anzusetzen und dann auf dieser Basis darauf hinzuwirken, dass sie flächendeckend konsequent eingehalten wird.

Und was ist mit den Kosten?

Der Preisunterschied zwischen den unterschiedlichen Masken ist erheblich. In größeren Packungen gibt es OP-Masken zum Stückpreis von 50 Cent und weniger. Dagegen kosten FFP2-Masken nur in den günstigsten Varianten etwas unter einem Euro pro Stück, viele Händler verlangen zwei Euro oder oft auch deutlich mehr für eine einzelne Maske.

Damit der Schutz der Bevölkerung nicht am Geldbeutel scheitert, sollen in Deutschland 34 Millionen Bürger Gutscheine für zwölf FFP2-Masken bekommen, die in der Apotheke eingelöst werden können. Dazu zählen Über-60-Jährige und Menschen mit bestimmten chronischen Erkrankungen. In der Apotheke zahlen die Anspruchsberechtigten pro eingelöstem Coupon (gilt für sechs Masken) einen Eigenanteil von zwei Euro. Eine Maske kostet dort 6 Euro.

Gedruckt werden die fälschungssicheren Gutscheine in der Bundesdruckerei, danach werden Sie an die Krankenkassen geschickt und von dort an die Empfänger versendet. Das logistisch herausfordernde Unterfangen ist auch ein teures für den Bund: die Verteilung der Masken soll rund **2,5 Milliarden Euro** kosten.



Nachrichten | Panorama

Nebenwirkungen bei Corona-Impfstoffen



Siehe auch Summary und Inhaltsverzeichnis am Schluss dieses PDFs!

AG Weimar https://openjur.de/th/ag_weimar.html, Urteil vom 11.01.2021 - 6 OWi - 523
Js 202518/20

Fundstelle openJur 2021, 3576

- Rkr:
- AmtlSlg:
- PM:

Tenor

Der Betroffene wird freigesprochen.

Die Kosten des Verfahrens und die notwendigen Auslagen des Betroffenen hat die Staatskasse zu tragen.

Gründe

I.

Am 24.04.2020 hielt sich der Betroffene in den Abendstunden zusammen mit mindestens sieben weiteren Personen im Hinterhof des Hauses X-Straße 1 in W. auf, um den Geburtstag eines der Beteiligten zu feiern. Die insgesamt acht Beteiligten verteilten sich auf sieben verschiedene Haushalte.

Diese Feststellungen beruhen auf den glaubhaften Angaben des Betroffenen in der Hauptverhandlung und dem verlesenen Einsatzbericht der Polizei.

II.

Dieses Verhalten des Betroffenen verstieß gegen § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 der Dritten Thüringer Verordnung über erforderliche Maßnahmen zur Eindämmung der Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 (3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßnVO) vom 18.04.2020 in der Fassung vom 23.04.2020.

Diese Normen lauteten wie folgt.

§ 2 Abs. 1: Der Aufenthalt im öffentlichen Raum ist nur allein, im Kreise der Angehörigen des eigenen Haushalts und zusätzlich höchstens mit einer weiteren haushaltsfremden Person gestattet.

§ 3 Abs. 1: Veranstaltungen, Versammlungen im Sinne des § 1 <https://dejure.org/gesetze/VersG/1.html> des Versammlungsgesetzes in der Fassung vom 15.

November 1978 (**BGBI. I S. 1789** <https://dejure.org/BGBI/BGBI%20I%201978,%201789>) in der jeweils geltenden Fassung, Demonstrationen, Ansammlungen und sonstige Zusammenkünfte mit mehr als zwei Personen sind verboten mit der Ausnahme, dass es sich um Angehörige des eigenen Haushalts handelt und zusätzlich höchstens eine haushaltsfremde Person hinzukommt. Dies gilt auch für Zusammenkünfte in Kirchengebäuden, Moscheen und Synagogen sowie in Kulträumen anderer Religionsgesellschaften und Weltanschauungsgemeinschaften.

§ 2 Abs. 2 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßVO regelte Ausnahmen vom Verbot nach § 2 Abs. 1 für die Berichterstattung durch Medienvertreter, die Ausübung bestimmter beruflicher Tätigkeiten im Freien und die Benutzung des öffentlichen Personennahverkehrs und von Kraftfahrzeugen, § 3 Abs. 2-4 regelten Ausnahmen vom Verbot nach § 3 Abs. 1 für bestimmte Arten von Veranstaltungen, (öffentliche) Versammlungen in geschlossenen Räumen und unter freiem Himmel, Gottesdienste und sonstige religiöse Zusammenkünfte, Trauerfeiern und Eheschließungen. Keine dieser Ausnahmen ist vorliegend einschlägig.

Dieser Verstoß stellt eine Ordnungswidrigkeit gem. § 14 Abs. 3 Nr. 2 und Nr. 3 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßVO i. V. m. § **73** Abs. 1a Nr. 24 <https://dejure.org/gesetze/IfSG/73.html> i. V. m. § **32** Satz 1 IfSG <https://dejure.org/gesetze/IfSG/32.html> dar.

Der Betroffene war dennoch aus rechtlichen Gründen freizusprechen, weil § 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßVO verfassungswidrig und damit nichtig sind.

Das Gericht hatte selbst über die Verfassungsmäßigkeit der Normen zu entscheiden, weil die Vorlagepflicht gem. Art. **100** Abs. 1 GG <https://dejure.org/gesetze/GG/100.html> nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend **BVerfGE 1, 184** (195ff) <https://dejure.org/dienste/vernetzung/rechtsprechung?Text=BVerfGE%201,%20184>) nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt. Über deren Vereinbarkeit mit der Verfassung hat jedes Gericht selbst zu entscheiden.

III.

§ 2 Abs. 1 und § 3 Abs. 1 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßVO sind aus formellen Gründen verfassungswidrig, da die tief in die Grundrechte eingreifenden Regelungen von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage im Infektionsschutzgesetz nicht gedeckt sind.

1. Gemäß Art. **80** Abs. 1 S. 1 GG <https://dejure.org/gesetze/GG/80.html> kann die Exekutive durch ein Gesetz ermächtigt werden, Rechtsverordnungen zu erlassen. Dabei

Soweit eingriffsintensive Maßnahmen, die an sich einer besonderen Regelung bedürften, unter Rückgriff auf Generalklauseln nur im Rahmen "unvorhergesehener Entwicklungen" zulässig sein sollen, ist diese Voraussetzung vorliegend nicht erfüllt. Bereits im Jahr 2013 lag dem Bundestag eine unter Mitarbeit des Robert Koch-Instituts erstellte Risikoanalyse zu einer Pandemie durch einen "Virus Modi-SARS" vor, in der ein Szenario mit 7,5 Millionen (!) Toten in Deutschland in einem Zeitraum von drei Jahren beschrieben und antiepidemische Maßnahmen in einer solchen Pandemie diskutiert wurden (**Bundestagsdrucksache 17/12051** https://dejure.org/Drucksachen/Bundestag/Bundestagsdrucksache_17/12051). Der Gesetzgeber hätte daher im Hinblick auf ein solches Ereignis, das zumindest für "bedingt wahrscheinlich" (Eintrittswahrscheinlichkeit Klasse C) gehalten wurde, die Regelungen des Infektionsschutzgesetzes prüfen und ggf. anpassen können.

Hinzu kommt – und dieses Argument ist gewichtiger –, dass am 18.04.2020, dem Tag des Erlasses der 3. ThürSARS-CoV-2-EindmaßVO, weder in Deutschland im Ganzen betrachtet, noch in Thüringen eine epidemische Lage bestand, angesichts derer es ohne die Ergreifung von einschneidenden Maßnahmen durch die Exekutive unter Rückgriff auf die infektionsschutzrechtliche Generalklausel bzw. die (den Anforderungen der Wesentlichkeitslehre ebenfalls nicht genügenden) Spezialermächtigungen des § **28** Abs. 1 S. 2 IfSG <https://dejure.org/gesetze/IfSG/28.html> zu "nicht mehr vertretbaren Schutzlücken" gekommen wäre. **Es gab keine "epidemische Lage von nationaler Tragweite" (§ 5 Abs. 1 IfSG <https://dejure.org/gesetze/IfSG/5.html>), wengleich dies der Bundestag mit Wirkung ab 28.03.2020 festgestellt hat.**

Diese Einschätzung ergibt sich bereits allein aus den veröffentlichten Daten des Robert Koch-Instituts:

- Der Höhepunkt der COVID-19-Neuerkrankungen (Erkrankungsbeginn = Beginn der klinischen Symptome) war bereits am 18.03.2020 erreicht. Dies ergibt sich aus einer Grafik, die seit dem 15.04.2020 täglich in den Situationsberichten des Robert Koch-Instituts veröffentlicht wurde und die den zeitlichen Verlauf der Neuerkrankungen zeigt (z.B. Lagebericht vom 16.04.2020, S. 6, Abb. 6). Bringt man hier noch die laut Robert Koch-Institut durchschnittliche Inkubationszeit von 5 Tagen in Abzug, ergibt sich als Tag des Höhepunktes der Neuinfektionen der 13.03.2020. Zum Zeitpunkt des Beginns des Lockdowns am 22.03.2020 sank damit die Zahl der Neuinfektionen bereits seit 10 Tagen. Einschränkend ist lediglich zu bemerken, dass die Ermittlung des Verlaufs der Neuerkrankungen durch das Robert Koch-Institut insoweit mit einer Unsicherheit behaftet ist, als sie allein auf den gemeldeten Positivtests (und dem dabei entweder mit gemeldeten Erkrankungsbeginn bzw. – soweit nicht bekannt – dem geschätzten Erkrankungsbeginn) beruht und die Zahl der durchgeführten Tests nicht konstant war. Da aber von der 11. Kalenderwoche (09.-15.03.) bis zur 14. Kalenderwoche die wöchentlichen Testzahlen gesteigert wurden – von der 11. auf die 12.

[https://rp-online.de/panorama/coronavirus/mehr-als-10000-kinder-verhungern-jeden-monat-krise-durch-corona-verschaerft_aid-52446949](https://rp-online.de/panorama/coronavirus/mehr-als-10000-kinder-<u>verhungern-jeden-monat-krise-durch-corona-verschaerft_aid-52446949</u>) {Q30 - s.737}). Allein in Afrika werden laut Bundesentwicklungsminister Müller zusätzlich 400.000 Opfer durch Malaria und HIV und eine halbe Million Tuberkulose-Tote als Folge des Lockdowns erwartet (Mehr Corona-Opfer durch Lockdown als durch das Virus: In Afrika wurden die Krisen massiv verschärft, Berliner Zeitung vom 01.10.2020, <https://www.berliner-zeitung.de/gesundheit-oekologie/mehr-tote-durch-lockdown-als-durch-corona-in-afrika-hat-die-pandemie-die-krisen-massiv-verschaerft-li.108228> {Q31 - s.739}). Laut einem Artikel von John Ioannidis (Global perspective of COVID-19 epidemiology for a full-cycle pandemic, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13423> {Q32 - s.745}) sollen in den nächsten 5 Jahren sogar 1,4 Millionen zusätzliche Tuberkulose-Tote zu befürchten sein. Langfristig werde die Übersterblichkeit durch die Maßnahmen wahrscheinlich deutlich größer als die Zahl der COVID-19-Toten sein.

Da die Lockdown-Politik in Thüringen ein – wenn auch natürlich sehr kleiner – Teil einer nahezu alle westlichen Industrieländer betreffenden Lockdown-Politik ist, sind diese Schäden, soweit sie nicht aus von den betroffenen Staaten selbst zu verantwortenden politischen Entscheidungen resultieren, sondern indirekte Folge der Lockdowns in den Industrieländern sind, auch anteilig ihr zuzurechnen und deshalb grundsätzlich in die Verhältnismäßigkeitsprüfung mit einzustellen.

d. Nach dem Gesagten kann kein Zweifel daran bestehen, dass allein die Zahl der Todesfälle, die auf die Maßnahmen der Lockdown-Politik zurückzuführen sind, die Zahl der durch den Lockdown verhinderten Todesfälle um ein Vielfaches übersteigt. Schon aus diesem Grund genügen die hier zu beurteilenden Normen nicht dem Verhältnismäßigkeitsgebot. Hinzu kommen die unmittelbaren und mittelbaren Freiheitseinschränkungen, die gigantischen finanziellen Schäden, die immensen gesundheitlichen und die ideellen Schäden. Das Wort "unverhältnismäßig" ist dabei zu farblos, um die Dimensionen des Geschehens auch nur anzudeuten. Bei der von der Landesregierung im Frühjahr (und jetzt erneut) verfolgten Politik des Lockdowns, deren wesentlicher Bestandteil das allgemeine Kontaktverbot war (und ist), handelt es sich um eine katastrophale politische Fehlentscheidung mit dramatischen Konsequenzen für nahezu alle Lebensbereiche der Menschen, für die Gesellschaft, für den Staat und für die Länder des Globalen Südens.

Permalink:
(<https://oj.is/2316798>)

<https://openjur.de/u/2316798.html>

**Risikomanagement –
Leitlinien (ISO 31000:2018)**

Risk management –
Guidelines (ISO 31000:2018)

Management du risque –
Lignes directrices (ISO 31000:2018)

kostenlos zulässig
nur für den Gebrauch vor Gericht!

Gesamtumfang 24 Seiten

Um die Herausforderungen der Corona-Krise zu bekämpfen, stellt DIN diese Fassung der Norm bis auf Weiteres kostenlos bereit.
Weitere aktuell kostenlose Normen für medizinische Ausrüstung unter www.beuth.de/go/kostenlose-normen.

Nationales Vorwort

Dieses Dokument enthält die deutsche Übersetzung der Internationalen Norm ISO 31000:2018, die unter Beteiligung deutscher Experten vom Technischen Komitee ISO/TC 262 „Risk Management“ erarbeitet wurde, dessen Sekretariat von BSI (Vereinigtes Königreich) gehalten wird.

Das zuständige deutsche Normungsgremium ist der Arbeitsausschuss NA 175-00-04 AA „Grundlagen des Risikomanagements“ im DIN-Normenausschuss Organisationsprozesse (NAOrg).

Der Veröffentlichung des vorliegenden Dokuments liegt der Beschluss 12/2017 des NA 175-00-04 AA zu Grunde, die Internationale Norm ISO 31000:2018 nach deren Erscheinen als DIN-ISO-Norm in das DIN-Normenwerk übernehmen zu wollen. Die ISO-Vorgängerausgabe von 2009 war seinerzeit seitens DIN als deutschsprachiger Norm-Entwurf E DIN 31000:2011-01 veröffentlicht und nach Ablauf der zweijährigen Laufzeit des Norm-Entwurfs wegen damals vom zuständigen Spiegelgremium im Nationalen Vorwort und in den Nationalen Fußnoten dargelegter, kritisch zu bewertender Aspekte ersatzlos zurückgezogen worden.

Die vorliegende deutsche Übersetzung der ISO 31000:2018 wurde in Zusammenarbeit mit Experten des zuständigen Spiegelgremiums der Schweizerischen Normenvereinigung (SNV) und unter Mitwirkung des zuständigen Vertreters des Austrian Standards Institute (ASI) erarbeitet.

Nach Auffassung des NA 175-00-04 AA sind mit dem Ergebnis der Revision die seinerzeit von deutscher Seite eingebrachten kritisch bewerteten Aspekte erledigt. Die wesentlichen Ergebnisse der Revision der Norm sind:

- a) Diese Internationale Norm kann für jegliche Art von Risiko von Organisationen angewendet werden, seien die Auswirkungen positiv oder negativ. Somit kann die Norm auch dort angewendet werden, wo ausschließlich positive oder ausschließlich negative Auswirkungen auftreten.
- b) Das Risikomanagement ist auf den internen und externen Kontext ausgerichtet. Dies erfordert eine Anpassung an alle relevanten rechtlichen und regulatorischen Anforderungen sowie an allgemein anerkannte Grundsätze von Sicherheit, Gesundheitsschutz und Umweltschutz.
- c) Die Auswahl der am besten geeigneten Risiko-Behandlungsoption beinhaltet grundsätzlich die Abwägung der Kosten und des Implementierungsaufwands gegen die zu erwartenden Vorteile. Wenn allerdings einige Risiken aus rein ökonomischen Gründen keine Risikobehandlung rechtfertigen, sollte dennoch eine Risikobehandlung erfolgen, insbesondere wenn davon Rechtspflichten oder die Sicherheit, der Gesundheitsschutz oder der Umweltschutz betroffen sind. Des Weiteren wird, unabhängig von der Höhe der Kosten, die Betrachtung von Risiken nicht ausgeschlossen, deren Auswirkungen hoch und somit von besonderer Bedeutung sind.

Mit der Revision ist unter Beibehaltung der Gesamtstruktur eine kürzere Norm mit klarerem Wortlaut entstanden, so dass weiterhin generische Empfehlungen zum Risikomanagement für Organisationen aller Art und Größenordnung und für jede Risikoart zur Verfügung stehen. Die Norm ist damit zugleich der Maßstab für Managementsystemnormen der ISO, deren Ansatz aufgrund der Vorgaben der ISO auf dem Risikomanagement aufbauen muss, ohne selbst eine Managementsystemnorm zu sein. Da die ISO 31000 Empfehlungen liefert, die an die spezifische Organisation angepasst werden können oder müssen, und keine Anforderungen vorgibt, ist weiterhin kein Raum für eine Zertifizierung nach dieser Norm gegeben.

Während die Abschnitte zum Risikomanagement-Rahmenwerk und zum Prozess im Wesentlichen im Wortlaut aktualisiert und noch besser aufeinander abgestimmt wurden, wurden der Anwendungsbereich, die Begriffe sowie der Abschnitt zu den Grundsätzen gründlich überarbeitet und dabei gekürzt. Der Anwendungsbereich wurde auf das Notwendigste beschränkt und enthält damit nicht mehr das in Deutschland

Einleitung

Dieses Dokument richtet sich an Personen, die Werte in Organisationen schaffen und bewahren, indem sie mit Risiken umgehen, Entscheidungen treffen, Ziele festlegen und erreichen sowie Leistung verbessern.

Organisationen jeglicher Art und Größe unterliegen externen und internen Faktoren und Einflüssen, die das Erreichen ihrer Ziele unsicher machen können.

Das Umgehen mit Risiken erfolgt iterativ und unterstützt Organisationen dabei, Strategien festzulegen, Ziele zu erreichen und fundierte Entscheidungen zu treffen.

Das Umgehen mit Risiken ist Teil der Leitung und Führung und entscheidet darüber, wie diese Organisation auf allen Ebenen geführt wird. Es trägt zu der Verbesserung von Managementsystemen bei.

Das Umgehen mit Risiken ist Teil aller Aktivitäten einer Organisation und umfasst die Interaktion mit Stakeholdern.

Das Umgehen mit Risiken berücksichtigt den externen und internen Kontext der Organisation einschließlich menschlichen Verhaltens und kultureller Faktoren.

Das Umgehen mit Risiken basiert auf den Grundsätzen dem Rahmenwerk und dem Prozess, wie sie in diesem Dokument beschrieben und in Bild 1 dargestellt sind. Diese Komponenten bestehen möglicherweise bereits vollständig oder teilweise in der Organisation, müssten aber möglicherweise angepasst oder verbessert werden, damit das Umgehen mit Risiken effizient, wirksam und konsistent erfolgt.

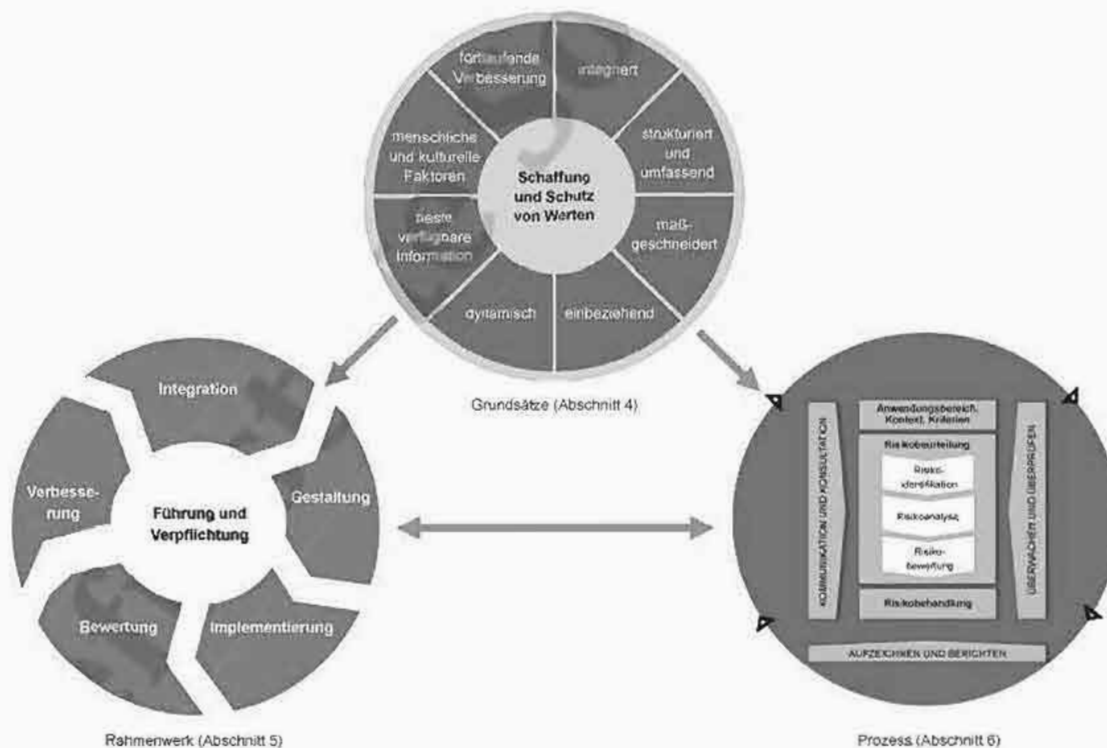


Bild 1 — Grundsätze, Rahmenwerk und Prozess

3.3

Stakeholder

(en: stakeholder)

Person oder Organisation, die eine Entscheidung oder Aktivität beeinflussen kann, von dieser beeinflusst werden kann oder den Eindruck haben kann, davon beeinflusst zu werden

Anmerkung 1 zum Begriff: Der Begriff „interessierter Kreis“^{N1)} kann alternativ zu „Stakeholder“ verwendet werden.

3.4

Risikoquelle

(en: risk source)

Risikoursache

Element, das alleine oder gemeinsam mit anderen Faktoren potenziell zu *Risiken* (3.1) führt

3.5

Ereignis

(en: event)

Eintritt oder Veränderung einer bestimmten Kombination von Umständen

Anmerkung 1 zum Begriff: Ein Ereignis kann einmal oder mehrmals eintreten und mehrere Ursachen und mehrere *Auswirkungen* (3.6) haben.

Anmerkung 2 zum Begriff: Ein Ereignis kann auch etwas sein, das **erwartet wird und nicht eintritt** oder etwas, das unerwartet eintritt.

Anmerkung 3 zum Begriff: Ein Ereignis kann eine Risikoquelle sein.

3.6

Auswirkung

(en: consequence)

Ergebnis eines *Ereignisses* (3.5), welches die Ziele betrifft

Anmerkung 1 zum Begriff: Eine Auswirkung kann gewiss oder ungewiss sein und sich direkt oder indirekt bzw. positiv oder negativ auf Ziele auswirken.

Anmerkung 2 zum Begriff: Auswirkungen können qualitativ oder quantitativ beschrieben werden.

Anmerkung 3 zum Begriff: Jede Auswirkung kann durch kaskadierende und kumulative Effekte eskalieren.

3.7

Wahrscheinlichkeit

(en: likelihood)

Möglichkeit, dass etwas geschieht

Anmerkung 1 zum Begriff: In der Terminologie des *Risikomanagements* (3.2) bezeichnet der Begriff „Wahrscheinlichkeit“ die Möglichkeit, dass etwas geschieht, gleichgültig ob diese Möglichkeit objektiv oder subjektiv, qualitativ oder quantitativ definiert, gemessen oder bestimmt und mit allgemeinen Begriffen oder mathematisch (z. B. durch die statistische Wahrscheinlichkeit oder die Häufigkeit in einem bestimmten Zeitraum) beschrieben wird.

Anmerkung 2 zum Begriff: Der englische Begriff „likelihood“ hat in einigen Sprachen keine direkte Entsprechung, wo für „likelihood“ (subjektive Wahrscheinlichkeit) und „probability“ (objektive, mathematische Wahrscheinlichkeit) oft ein und **dasselbe** Wort verwendet wird. In der englischen Sprache ist der Begriff „probability“ jedoch oftmals sehr eng als mathematischer Begriff definiert. Deshalb wird in der englischen Terminologie des Risikomanagements der Begriff „likelihood“ mit der Absicht verwendet, dass er dieselbe weit gefasste Bedeutung haben sollte wie der Begriff „Wahrscheinlichkeit“ in vielen anderen Sprachen.

N1) Nationale Fußnote: Für den Begriff „interessierter Kreis“ wird als Synonym auch der Begriff „interessierte Partei“ (en: interested party) verwendet.

INTERNATIONAL
STANDARD

ISO
22395

First edition
2018-10

**Security and resilience — Community
resilience — Guidelines for supporting
vulnerable persons in an emergency**

*Sécurité et résilience — Résilience des communautés — Lignes
directrices pour soutenir la réponse communautaire aux personnes
vulnérables*

kostenlos zulässig
nur für den Gebrauch vor Gericht!



Reference number
ISO 22395:2018(E)

© ISO 2018

Introduction

This document gives guidelines for identifying individuals who are the most vulnerable to an emergency and how to include them in the preparation, response and recovery from events, incidents and emergencies. Emergencies have different effects on people; for example, some individuals will become less able to anticipate, cope with, resist or recover from the impacts of an emergency. An individual is not defined as vulnerable by the nature of their vulnerability, but by their personal circumstances at the time of the emergency. A person's vulnerability to an emergency is influenced by many factors and can vary in different environmental, political, cultural and social contexts. It is widely acknowledged that persons who are vulnerable to an emergency require specific kinds of assistance. However, there is less understanding and guidance on how to recognize the individuals who are vulnerable in different emergency situations, and how to support them. This can be because vulnerability changes over time, so persons move in and out of being vulnerable, even to the same event, incident or emergency. Relevant factors include age, economic security, language and health, but also the effects of broader processes such as climate change, international security and national political trends.

In large numbers and in different contexts, vulnerable persons are not always recognized or there are too many and they could overwhelm emergency response teams. Furthermore, other types of support structures exist for vulnerable persons, but these might be fractured in an emergency. It is important to understand and implement best practices for recognizing and including vulnerable persons in all phases of emergency preparedness, response and recovery. In particular, this requires an understanding of what creates vulnerability in order to ensure persons are not overlooked or more negatively impacted through the management of emergencies.

This document emphasizes capacity building and community resilience. It recognizes that vulnerable persons and their representatives are key stakeholders and planning partners. It considers the preparatory measures for involving vulnerable persons in decisions made about providing assistance before, during and after an emergency, the planning required to engage vulnerable persons and their representatives, and the ways in which including vulnerable persons will help to increase understanding about those vulnerabilities and contribute towards their personal well-being during an emergency.

- include that carers might support vulnerable persons and need assistance to do this during an emergency,
- learn from past emergencies and where vulnerable persons were located, and
- recognize the differences between vulnerable persons who live in remote, rural, urban and transient populations.

4.3 Identifying vulnerable persons

The organization should

- analyse how the impacts of an emergency might cause individuals to be vulnerable,
- develop and implement a process to identify the number of vulnerable persons and places where they might be (e.g. schools, hospitals, care homes); this process should acknowledge the changing nature of vulnerabilities and emergencies and be regularly updated, especially when major changes occur in the demographic,
- identify and prioritize vulnerable persons using databases from service providers,
- provide a system that allows vulnerable persons and their carers to voluntarily register before an emergency,
- identify contact points with vulnerable persons before an emergency as part of a communication strategy (see [Clause 5](#)),
- assess the number of individuals who might be vulnerable to different emergencies,
- assess the number of vulnerable persons who might benefit from particular types of support,
- assess the number of vulnerable persons who have prepared for an emergency and the types of preparations they have made, and
- recognize that not all vulnerable persons will require assistance.

4.4 Identifying how vulnerable persons can assist others

The organization should

- determine how vulnerable persons can assist other people who are affected by the emergency,
 - identify opportunities for vulnerable persons who want to provide assistance to others, and
- NOTE For further guidance on planning the involvement of spontaneous volunteers in incident response and recovery, see ISO 22319.
- support vulnerable persons as they provide assistance to ensure their own stresses are recognized.

4.5 Establishing information sharing arrangements

The organization should

- identify the stakeholder relationships (e.g. with the local emergency management organizations) needed to effectively share information for the support of vulnerable persons in an emergency,
- identify how, when and what information can be shared about vulnerable persons with stakeholders within an applicable privacy protection framework, and
- share the information with stakeholders who need to consider vulnerable persons when they conduct their work (e.g. local partners in emergency management).

ICS 03.100.01

Price based on 10 pages

© ISO 2018 – All rights reserved

Um die Herausforderungen der Corona-Krise zu bekämpfen, stellt DIN diese Fassung der Norm bis auf Weiteres kostenlos bereit.
Weitere aktuell kostenlose Normen für medizinische Ausrüstung unter www.beuth.de/go/kostenlose-normen.



WIR HABEN FESTGESTELLT...

Alle Virologen, nicht nur die abgebildeten, haben sich selbst und die Öffentlichkeit getäuscht, wenn sie die Existenz von krankmachenden Viren wie z.B. SARS-CoV-2 behaupten. Virologen töten unbeabsichtigt Zellen im Reagenzglas und glauben, dass das ein Beweis für die Anwesenheit und die Isolation eines Virus ist. Nur aus Bruchstücken sterbender Zellen konstruieren Virologen gedanklich eine Gensequenz und geben diese als Tatsache aus. Die Testverfahren bieten daher keinerlei Aussagekraft und Bedeutung. Typische Strukturen sterbender Zellen im Elektronenmikroskop werden als Viren ausgegeben. Solche Strukturen konnten bisher noch nie in einem Menschen nachgewiesen oder erkannt werden!

WE NOTICED...

All virologists, not just those pictured, have deceived themselves and the public when they claim the existence of disease-causing viruses such as SARS-CoV-2.

Virologists inadvertently kill cells in test tubes, believing that this is proof of the presence and isolation of a virus. Only from fragments of dying cells do virologists mentally construct a gene sequence and pass it off as fact. Therefore, the test procedures do not offer any significance or meaning. Typical structures of dying cells in the electron microscope are passed off as viruses. Such structures could never be detected or recognized in a human being so far!

UNSER ZIEL

Diese Fehlentwicklungen haben die Medizin weit von der Realität und dem Verständnis von wahrer Gesundheit entfernt. Wir möchten einen Beitrag leisten, allen Menschen das Verständnis über Krankheit und Gesundheit umfassend näherzubringen.

OUR GOAL

These misguided developments have distanced medicine far from the reality and understanding of true health. We would like to contribute to a comprehensive understanding of disease and health for all people.

WIR GARANTIEREN:

1,5 Million € für einen Virologen, der den wissenschaftlichen Beweis der Existenz eines Corona-Virus vorlegt, inklusive der dokumentierten Kontrollversuche aller getätigten Schritte der Beweisführung.

Top, die Wette gilt!

WE GUARANTEE:

1,5 million € for a virologist who presents scientific proof of the existence of a corona virus, including documented control experiments of all steps taken in the proof.

You're on!

Es gilt zu widerlegen:

1. Virologen deuten das Sterben von Zellen im Labor als viral bedingt. Sie übersehen aufgrund fehlender Kontrollversuche, dass sie die Zellen im Labor selbst und unbeabsichtigt, durch Verhungern und Vergiften töten. Dieser Fehldeutung liegt eine einzige Publikation von John Franklin Enders und einem Kollegen vom 1.6.1954 zugrunde. Über diese Publikation wurde im Masern-Virus-Prozess höchstrichterlich entschieden, dass darin keine Beweise für ein Virus enthalten sind. Diese Publikation wurde zur exklusiven Grundlage nicht nur der Masern-Virologie, sondern der gesamten Virologie seit 1954 und der Corona-Hysterie.

1. Virologists interpret the death of cells in the laboratory as being caused by viruses. Due to a lack of control experiments, they overlook the fact that they kill the cells in the laboratory themselves and unintentionally, by starvation and poisoning. This misinterpretation is based on a single publication by John Franklin Enders and a colleague on 6/1/1954. This publication was ruled by the highest court in the measles virus trial to contain no evidence of a virus. This publication became the exclusive basis not only of measles virology, but of all virology since 1954 and of the Corona hysteria.

2. Virologen setzen gedanklich kürzeste Stückchen an sog. Erbinformationen absterbender Zellen gedanklich/rechnerisch zu einem sehr langen Erbgutstrang zusammen, den sie als den Erbgutstrang eines Virus ausgeben. Dieser gedanklich/rechnerische Vorgang wird als Alignment bezeichnet. Dabei haben sie die Kontrollversuche nicht getätigt, den Versuch, auch aus kurzen Stückchen sog. Erbinformation nicht-infizierter Quellen, den erwünschten Erbgutstrang gedanklich/rechnerisch zu konstruieren.

2. Virologists mentally/computationally assemble the shortest pieces of so-called genetic information of dying cells into a very long genetic strand, which they pass off as the genetic strand of a virus. This mental/computational process is called alignment. In doing so, they have not carried out the control experiments, the attempt to mentally/computationally construct the desired hereditary strand even from short pieces of so-called genetic information from non-infected sources.

3. Virologen benötigen für das Alignment eines Virus immer einen vorgegebenen Erbgutstrang eines Virus. Sie benutzen aber hierzu immer einen auch nur gedanklich/rechnerisch erzeugten Erbgutstrang und niemals einen echten, einen in der Realität gefundenen. Sie tätigen dabei niemals die Kontrollversuche, ob aus dem vorhandenen Datensatz sog. Erbinformationen auch „virale“ Erbsubstanzstränge ganz anderer Viren konstruiert werden könnten oder nicht.

3. Virologists always need a given genetic strand of a virus for the alignment of a virus. However, they always use a hereditary strand that has only been generated mentally/computationally and never a real one that has been found in reality. They never make thereby the control attempts whether from the available data set so-called hereditary information also "viral" hereditary substance strands of completely different viruses could be constructed or not.

4. Virologen haben „Viren“ niemals in Menschen, Tieren, Pflanzen und deren Flüssigkeiten gesehen oder daraus isoliert. Sie haben das nur scheinbar, indirekt und immer nur mittels ganz spezieller und künstlicher Zellsysteme im Labor getan. Sie haben niemals die Kontrollversuche erwähnt oder dokumentiert, ob ihnen die Darstellung und die Isolation von Viren auch in und aus Menschen, Tieren, Pflanzen oder deren Flüssigkeiten gelungen ist.

4. Virologists have never seen or isolated "viruses" in humans, animals, plants and their fluids. They have done this only apparently, indirectly and always only by means of very special and artificial cell systems in the laboratory. They have never mentioned or documented the control attempts whether they have succeeded in the representation and the isolation of viruses also in and from humans, animals, plants or their liquids.

5. Virologen haben diejenigen vermeintlichen Viren, die sie mittels elektronenmikroskopischer Aufnahmen fotografieren, niemals isoliert, biochemisch charakterisiert oder daraus ihre vermeintliche Erbsubstanz gewonnen. Sie haben niemals Kontrollexperimente getätigt oder veröffentlicht, ob nach der Isolation dieser Strukturen auch tatsächlich „virale“ Eiweiße (der Hülle des Virus) und vor allem der virale Erbgutstrang nachgewiesen werden konnte, der ja das zentrale Bestandteil und Charakteristikum eines Virus darstellen soll.

5. Virologists have never isolated those supposed viruses which they photograph by means of electron micrographs, characterized them biochemically or obtained their supposed genetic material from them. They have never performed or published control experiments to determine whether, after isolating these structures, "viral" proteins (the envelope of the virus) and, above all, the viral hereditary strand, which is supposed to be the central component and characteristic of a virus, could actually be detected.

6. Virologen geben typische Artefakte sterbender Gewebe/Zellen und typische Strukturen, die beim Verwirbeln zelleigener Bestandteile wie Eiweiße, Fette und den verwendeten Lösungsmitteln entstehen, als Viren oder als virale Bestandteile aus. Auch hier fehlen die Kontrollversuche mit nicht infizierten, aber ebenso behandelten Zellen/Geweben.

6. Virologists pass off typical artifacts of dying tissues/cells and typical structures formed when cellular components such as proteins, lipids and the solvents used are swirled as viruses or as viral components. Again, control experiments with uninfected but equally treated cells/tissues are lacking.

7. Die sog. Übertragungsversuche, die Virologen tätigen, um die Übertragbarkeit und Krankheitserregung der vermuteten Viren zu beweisen, widerlegen die gesamte Virologie. Es sind ganz offensichtlich die Versuche selbst, die die Symptome auslösen, die im Tierversuch als Beweis für die Existenz und die Wirkung der vermuteten Viren ausgegeben werden. Auch hier fehlen jegliche Kontrollversuche, bei denen exakt das Gleiche gemacht wird, bloß mit nicht-infizierten oder sterilisierten Materialien.

7. The so-called transmission experiments, which virologists carry out to prove the transmissibility and pathogenicity of the presumed viruses, disprove the entire virology. It is quite obviously the experiments themselves that cause the symptoms that are passed off in animal experiments as proof of the existence and effect of the presumed viruses. Again, there is a lack of any control experiments in which exactly the same thing is done, merely with non-infected or sterilized materials.

Hauptkette / Coronavirus

Studie aus Wuhan: "Kein Beweis", dass asymptomatische Corona-Fälle infektiös sind

17.04.2020 10:00 Uhr



Eine Analyse der Massentests in der chinesischen Stadt Wuhan ergab, dass asymptomatische Träger des Corona-Virus den Erreger nicht weiterverbreiten. Dies hänge möglicherweise mit der geringen Viruslast der asymptomatischen Träger zusammen.



Quelle: www.globallookpress.com © Sebastian Goltzow/dpa

Eine **Studie**, die die Ergebnisse eines massiven COVID-19-Tests in China analysierte, die fast alle Einwohner der Stadt Wuhan einschloss, hat keinen Beweis dafür gefunden, dass asymptomatische positive Corona-Fälle die Krankheit weiterverbreiten.



Studie aus Italien; Coronavirus möglicherweise schon im September 2019 im Umlauf

Die Analyse, die **in der wissenschaftlichen Zeitschrift Nature veröffentlicht** wurde, befasste sich mit den Ergebnissen eines Massentests, der zwischen Mai und Juni in Wuhan stattfand, also der Stadt, in der Ende 2019 die ersten Fälle des neuartigen Coronavirus entdeckt wurden. Die Herkunft des Virus ist noch nicht exakt geklärt, da neue Studien darauf hindeuten, dass die Krankheit bereits im September letzten Jahres in Italien ausgebrochen sein könnte.

Nahezu zehn Millionen Menschen wurden in Wuhan getestet, das sind 92 Prozent aller Einwohner im Alter von sechs Jahren

oder älter.

Bei diesem Test wurden keine neuen symptomatischen Fälle registriert und nur 300 asymptomatische Fälle festgestellt. Nachfolgende Tests von 1.174 engen Kontakten der gefundenen asymptomatischen Fälle ergaben keine neuen positiven Ergebnisse.

Es gebe "keinen Beweis dafür, dass die identifizierten asymptomatischen positiven Fälle infektiös waren", hieß es in dem Papier. Die Autoren fügten hinzu, dass die Ergebnisse des massiven Tests den Gesundheitsbehörden helfen könnten, "die Präventions- und Kontrollstrategien in der Zeit nach dem Lockdown anzupassen".

Die Analyse scheint vorläufige Ergebnisse zu bestätigen, die während des Tests veröffentlicht wurden. Professor Lu Zuxun von der Huazhong Universität der Wissenschaft und Technologie Wuhan sagte bereits im Juni, dass es derzeit keinen Beweis dafür gebe, dass asymptomatische Menschen das Virus an andere Menschen weitergeben, warnte aber damals davor, allgemeine Schlussfolgerungen zu ziehen.

Die Autoren des Papiers räumten ein, dass frühere Studien Beweise dafür gefunden hätten, dass asymptomatische Personen infektiös seien und später symptomatisch werden könnten. Sie stellten jedoch die Theorie auf, dass die Einwohner von Wuhan, die nach der strikten Abriegelung der Stadt immer noch positiv auf das Virus getestet wurden, eine "geringe Menge an Viruslasten" aufwiesen und deshalb nicht in der Lage seien, die Krankheit auf andere Menschen zu übertragen.

Wuhan wurde für mehr als 70 Tage streng abgeriegelt. Durch die strengen Vorschriften war die Stadt im Wesentlichen vom Rest Chinas abgeschnitten. Nur eine Person aus jedem Haushalt durfte ihre Wohnanlage für maximal zwei Stunden verlassen.



Für ein "schönes Weihnachten":
Lockdown wird nach
Medienberichten bis zum vierten
Advent verlängert


Das Papier kommt inmitten einer wachsenden Debatte über die Wirksamkeit der COVID-19-Beschränkungen. Stadt- und sogar landesweite Abriegelungen und das Tragen von Masken wurden unter anderem mit dem Argument begründet, dass selbst asymptomatische Personen die Krankheit verbreiten und so dazu beitragen könnten, die Gesundheitsdienste zu überlasten.

Kritiker der Maßnahmen haben jedoch argumentiert, dass die sozialen und wirtschaftlichen Kosten von Abriegelungen die Vorteile, welche sie selbst bezweifeln, bei Weitem überwiegen, und haben auf Studien hingewiesen, denen zufolge asymptomatische Menschen nicht ansteckend sind.

Die Autoren der Studie selbst distanzieren sich von solchen Positionen und erklären im Text, dass es zu früh sei, Entwarnung zu geben. Sie sprechen sich dafür aus, dass Maßnahmen wie das Tragen von Masken und die Befolgung des Mindestabstandes in Wuhan weiterhin angewendet werden sollten. Insbesondere gefährdete Teile der Bevölkerung wie jene mit geschwächtem Immunsystem oder Krankheiten, die einen schweren Krankheitsverlauf begünstigen könnten, sollten weiterhin vor Gefahren geschützt werden.

Im Juni revidierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre vorherigen Aussagen und erklärte, es würden nicht genügend Beweise vorliegen, um zweifelsfrei belegen zu können, dass asymptomatische Träger des Virus die Erreger verbreiten können.

Die 8-fach willkürliche Inzidenz - Instrument der Selbstermächtigung:

<p>1. <u>Manipulierte</u> <u>Medizintheorie</u></p> <p>kein Isolat, Kochsche Postulate unerfüllt, undefinierte Begriffe: Pandemie und Herdenimmunität</p>	<p>2. <u>Untauglicher</u> <u>Drosten-PCR-Test</u></p> <p>von internationalen Wissenschaftlern in 10 Punkten als unhaltbar kritisiert</p>	<p>3. <u>Fehlende</u> <u>sachliche Abgrenzung:</u> <u>'an oder mit Corona'</u></p> <p>Infektions- u. Todesfälle ohne Begleitumstände wie z. B. Symptome</p>
<p>4. <u>Nicht berücksichtigter</u> <u>Testumfang</u></p> <p>Dunkelziffer bleibt verdunkelt, Hochrechnung auf die Bevölkerung fehlt</p>		<p>5. <u>fehlende personelle</u> <u>Abgrenzung</u></p> <p>Mehrfachtests der selben Personen werden nicht herausgerechnet</p>
<p>6. <u>Fehlende zeitliche</u> <u>Abgrenzung</u></p> <p>In die sog. '7-Tages-Inzidenz' fließen z. T. uralte Daten ein</p>	<p>7. <u>Bewirkte</u> <u>Verschlimmerung</u></p> <p>Unter der erzeugten Panik war die Behandlung nicht selten suboptimal, (z. B. viel zu frühe Druckbeatmung)</p>	<p>8. <u>Willkürlich festgelegter</u> <u>Grenzwert</u></p> <p>keine Berücksichtigung der tatsächlichen Belastungssituation des Gesundheitssystems</p>

Nachdem die Landesregierungen von 16 Bundesländern über ein Jahr lang ihre eigene Hilflosigkeit unter Beweis stellten,

sich dabei regelmäßig und nativ die Erfolge selbst zuschrieben und die Misserfolge hingegen ihren ungehorsamen Kritikern, haben sie nun - wie auch die große Mehrheit der Bevölkerung - das föderale Durcheinander satt und traten am 21.04.2021 die Verantwortung an den Bund ab - widerstandslos bis erleichtert.

In Wahrheit wurde lediglich der föderale Quatsch durch einen zentralistischen Quatsch ersetzt und ein weiterer Schritt in Richtung Diktatur vollzogen.

Dabei wurde die Tatsachenferne unserer Staatsdiener verschlimmert, juristische Kontrolle erschwert, das Wesen unserer Rechtsstaatlichkeit, die fundamentale Gewaltwirkungsordnung unserer freiheitlich demokratischen Grundordnung beseitigt - Staatsgewalt geht nicht mehr lt. Art. 20 (2) GG vom Volke aus, sondern von den Kreateuren blanker Willkür - das Widerstandsrecht ist eröffnet. - Weitere Ausführungen im Folgenden (online mit aktiv verlinkten Quellen https://leak6.de/Die_8x-willkuerliche_Inzidenz.pdf):

Der Anspruch (Auswahl):

Um eine Gefahr abzuwenden, muss sie korrekt identifiziert werden. Wir Deutschen sind gründlich, falschen Falls: gründlich falsch.

Das Desaster von 1945 steigerte die Angst, etwas verkehrt zu machen ein weiteres mal. Unser Grundgesetz von 1949 sollte mit seinen Grundrechten garantieren, dass sich das Schlimmste nicht wiederholt: Die vom Volk beauftragte und bezahlte Staatsgewalt sollte durch Trennung der Gewalten kontrolliert und in ihrer Machtentfaltung begrenzt sein.

Art. 1 (1) S. 2 GG: "Die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt."

Art. 1 (3) GG: "Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht."

Art. 2 (1) GG: "Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt."

Art. 19 (2) GG: In keinem Falle darf ein Grundrecht in seinem Wesensgehalt angetastet werden.

Gemäß dieser Vorgaben

"handelt der Staat in treuhänderischer Aufgabenwahrnehmung für die Bürger und ist ihnen rechenschaftspflichtig (1 BvR 699/06 Abs. 49¹)."

Zwar hat insbesondere die Exekutive die primäre Befugnis zur Gefahrenabwehr inklusive eines denknotwenigen Ermessensspielraumes, welcher wiederum auf der ihr zuzubilligenden Einschätzungsprärogative beruht.

Doch sachfremde Erwägungen, die Verfolgung anderer Interessen, als das Wohle des deutschen Volkes oder gar die Ergreifung von Willkürmaßnahmen zur Rechts- oder Interessensbeschneidung des deutschen Volkes sind allen Staatsgewalten vom Geist und Wesen des Grundgesetzes - der verfassungsmäßigen Ordnung her, wie auch durch Naturrecht und Sittengesetz verstellt.

Ebenso wenig werden die wirklichkeitsferne Tatsachendarstellung und die Ignoranz gesamtgesellschaftlich drängender Fragen der hier dargelegten Rechenschaftsverpflichtung auch nur ansatzweise gerecht.

Auch Regierungshandeln ist eine Realisation der grundgesetzlichen Rechte: Entfaltungs-, Meinungs-, Vereinigungsfreiheit sowie der Diskretions- und Eigentumsgarantie.

**Eine ins Falsche pervertierte Regierung
verliert jedoch ihre Legitimation nach Art. 18 GG.**

¹ https://leak6.de/biblio/1_BvR_0699-2006%20Meinungs+Versammlungsfreiheit+Grundrechtsbindung_im_Flughafen.pdf

Die Freiheitsgrade der Willkür:

1. **Manipulierte Medizintheorie:** Die Standards **Isolat** und **Kochsche Postulate** werden nicht erfüllt²; Begriffe **Pandemie** und **Herdenimmunität** undefiniert: In der medizinischen Forschung muss sichergestellt sein, dass beobachtete klinische Symptome einer Krankheit auf eine ganz bestimmte Ursache zurückzuführen sind und nicht - irrtümlich - auf ganz etwas anderes. Soweit man bei der Krankheit ursächlich von vermehrungsfähigen Mikroorganismen ausgeht, ist wissenschaftlich anerkannt, mögliche Falschhypothesen durch Anwendung der vier Kochschen Postulate auszuschließen. Diese gebieten, **1.**: die verdächtige Mikrobe zu isolieren, **2.**: das Isolat (Probe mit rein dargestellten Mustere Exemplaren) als vermehrungsfähig nachzuweisen, **3.**: die Anzucht als krankmachend nachzuweisen und **4.**: mithilfe von Gegenproben Effekte aus anderen Gründen auszuschließen. Der publizierte Zusammenhang von Covid-19 und SARS-CoV-2 kann sich hierauf aber nicht stützen. Bis heute wurden die vier Kochschen Postulate zu keinem Zeitpunkt in einer Studie erfüllt und es gibt trotz eines hoch ausgelobten Preisgeldes³ weltweit **kein Isolat** des Virus. Es ist also nicht wissenschaftlich dargelegt, wovon man spricht, dass man überhaupt auf der richtigen Spur ist, oder sonst wie ein Mechanismus plausibel gemacht, warum gerade eine Handvoll ganz bestimmter Gensequenzen das Virus zu einem Killervirus machen sollen, die das Immunsystem der Menschen in national relevantem Ausmaß überfordert. Das vorliegende Virus enthält aber knapp 30.000 Sequenzen, die alle unter der Beobachtung der menschlichen Immunabwehr stehen. Die Immunabwehr aller auch nur halbwegs Gesunden vermag schon sehr bald auf intelligente Weise zwischen Freund und Feind zu unterscheiden und Coronaviren - wie alle anderen auch - als solche zu erkennen und zu bekämpfen. Es wird alles andere tun, als sich tatenlos in die von ein paar Wissenschaftlern postulierte Chancenlosigkeit zu ergeben, was ebenso für alle derzeitigen und künftigen Mutationen dieser Art gilt, wie für alle voraus gegangenen. Der international rechtsrelevante Begriff der Pandemie wurde nachträglich und einseitig umdefiniert. Es ist nun nicht mehr ein großes Sterben in vielen Ländern erforderlich, sondern lediglich eine Verbreitung von Infektionen in viele Länder. Weiter darf neuerdings von Herdenimmunität nicht mehr gesprochen werden, wenn sie auf natürliche Weise - also ohne Impfung, z. B. durch leichte Verläufe oder stille Feiung (z. B. durch Kreuzimmunität) - erreicht wurde.
2. **Vollkommen untauglicher Test:** Die Krücke besteht in der Behauptung, die Gefährlichkeit einer Infektion sei genau dann gegeben - oder wenigstens genau dann sehr wahrscheinlich, wenn der so genannte **Drosten-PCR-Test** positiv ausfalle. Dieser Test ist aber nicht allein höchst umstritten⁴ - insbesondere weil er viel zu viele falsch positive Ergebnisse liefert - sondern sogar dem zur Exekutive gehörenden Robert-Koch-Institut bekannt. Es gibt

² <https://rumble.com/embed/vd247i>

³ Nach 250.000 € nun bald: EUR 1 Mio (Vorab-Info: <https://youtu.be/or1-jlMqBis?t=126>)

⁴ <https://cormandrostenreview.com/report/> ein externes Peer-Review durch ein 22 Member ICSLS (International Consortium of Scientists in Life Sciences) bemerkt auf molekularer und methodischer Ebene 10 gravierende Fehler: "consequences for false positive results".

nämlich diese alles entscheidende Schwäche im RKI-Bulletin vom 29.09.2009⁵ mit den folgenden Worten zu:

"Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese **positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen** ist, wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS-CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde."

Anmerkung: Wenn ein positiver PCR-Test bei Genesenen keinen Beweis darstellt, wie könnte er das dann bei den neuerdings so genannten 'symptomlos Erkrankten', also bei denen, die schneller gesunden, als dass die Krankheit in Erscheinung treten kann, also bei denen, die eine stille Feiung durchmachen sowie bei denen, die schon vorher immun, Herden-immun bzw. kreuzimmun waren.

Nur einen der gravierenden Fehler des Drosten-Testprotokolls, den CT-Wert (Cycle of Threshold, Anzahl der analytischen Verdoppelungszyklen) bemerkt Dr. Reiner Füllmich mit den Worten:

"In Frankfurt das Gesundheitsamt ignoriert **alles über 25**, ab 35 ist sowieso vorbei und der **Drosten-Test ist auf 45** eingestellt: Also das kann nur noch falsche Ergebnisse haben, aber offenbar war das auch gewollt, weil man möglichst viele Positive haben wollte."⁶

Mit anderen Worten: Der Drosten-Test schlägt schon bei einem Ergebnis von weniger als **0,0001%** dessen, was Frankfurt für erforderlich hält positiv an!

Ein von INSTAND an 34 Laboren durchgeführter Ringversuch⁷ zeigt (dort Tabelle 4) extrem wenig richtig positive Ergebnisse im Bereich von lediglich 8,8% bis 76,5%! Hier hängt die Anzahl der richtigen Ergebnisse entscheidend von der Größe des akzeptierten Bewertungsreiches ($\pm 1.0 \log_{10}$, $\pm 0.8 \log_{10}$ oder $\pm 0.25 \log_{10}$) ab. Mit anderen Worten: 76,5% richtige Ergebnisse erhält man nur, wenn man auch Analyse-Ergebnisse zulässt, die im gewillkürten Bereich von 10% bis 1000% des erwarteten Wertes liegen. Berücksichtigt man, dass ausschließlich inaktivierte - d. h. nicht infektiöse - Proben versandt wurden, so ist spätestens mit dieser Studie bewiesen, dass der Nachweis von Virusgenom zwar in mehr oder weniger vielen Fällen gelingt, aber keinem einzigen Fall "infektiös" bedeutete! Beklagt wird, dass die Bundesregierung die Daten der zwei Folgestudien rechtswidriger Weise zurückhält⁸

⁵ Siehe S. 5 rechts unten von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/39_20.pdf?__blob=publicationFile / Sicherung mit Markierung https://bit6.de/yt-reupload/2020/09-29%20RKI-Epidemiologisches_Bulletin_39_20.pdf

⁶ Siehe Video <https://youtu.be/XKKwmv-Rzac?t=550>

⁷ Siehe <https://www.instand-ev.de/System/rv-files/340%20DE%20SARS-CoV-2%20Genom%20April%202020%20200502j.pdf>

⁸ Siehe <https://corona-blog.net/die-bundesregierung-haelt-daten-zur-fehlerquote-der-pcr-tests-zurueck-gesetzeswidrig/>

Diese klar übersteigerte Empfindlichkeitsgrenze kann jederzeit durch praktisch auftretende Fehler oder geringste Verunreinigungen zur Auslösung führen. Solche kommen in Laboren auch praktisch vor und werden gleichgültig, jedenfalls ungesüht hingenommen⁹!

3. **Fehlende sachliche Abgrenzung 'an oder mit Corona'**: Zu Infektions- u. Todesfällen werden die Begleitumstände wie z. B. die Symptomatik nicht berücksichtigt. Nicht einmal die von Corona Genesenen können später aus anderen Ursachen sterben, ohne in die Zahl der Coronatoten einzufließen. Hierzu sind auch noch diejenigen hinzuzuzählen, denen Bonus getrieben - Corona untergeschoben wurde.
4. **Nicht berücksichtigter Testumfang**: Die Fallzahlen werden nicht in Relation zu der stark steigenden Anzahl der durchgeführten Tests gesetzt. Die Daten der Stichproben werden nicht auf betreffende Bevölkerungsgruppen hochgerechnet, woraus folgt, dass die nicht eine tatsächlich ermittelte Lage Entscheidungsgrundlage wird, sondern allein der vom Testumfang bestimmte Alarmismus-Umfang.¹⁰
5. **Fehlende personelle Zuordnung (mehrfach berücksichtigte Zahlen)**: Weiter wird die Generation der Panik machenden Fallzahlen betrieben, indem das mehrfache Testen derselben Personen unberücksichtigt bleibt¹¹, was das Exomagazin mit den Worten moniert, **Knallharte Maßnahmen trotz keksweicher Zahlen**, um danach RKI wie folgt zu zitieren:

"Es ist zu beachten, dass die Zahl der Tests nicht mit der Zahl der getesteten Personen gleichzusetzen ist, da in den Angaben Mehrfachtestungen von Patienten enthalten sein können."¹² Auch hier verschweigt die Bundesregierung rechtswidrig¹³ und hartnäckig die Beantwortung journalistischer Nachfragen.¹⁴

6. **Fehlende zeitliche Abgrenzung**: In die '**7-Tages-Inzidenz**' genannten - Kaffeesatzleserei fließen nicht nur Erkrankte der letzten 7 Tage ein, sondern z. T. sogar weit über 6 Monate früher Erkrankte.¹⁵ Zur Zahl der Coronatoten werden sogar von Corona Genesene hinzu gezählt, wenn sie auch nur einmal je positiv getestet wurden!
7. **Bewirkte Verschlimmerung** durch suboptimale Behandlung der Patienten (z. B. frühe Druckbeatmung mit Intubation, überdosierte Medikation, aus anbefohlener Angst verzögerte Forschung), Falschinformation der Bevölkerung (Vernachlässigung der Stärkung der persönlichen Immunabwehr, z. B. durch Fitness-Ratschläge, gesunde Ernährung, Vitamine, Mineralstoffe, Kräuter, Schadstoffmeidung, Bewegung, frische Luft, wohl dosiertes Sonnenlicht, Schlafbilanz, guten Mut, sozialer und rechtlicher Frieden, Vertrauen schaffende Transparenz, ...), Unterdrückung wissenschaftlicher Erkennt-

⁹ Siehe Video https://leak6.de/yt-reuploads/2021-03-29%20BBC_Panorama-undercover_reporter_inside_one_of_the_biggest_UK-Covid_testing_labs-Secret_filmig_uncovered_evidence_of_potential_contamination_and_pressure_to_hit_targets.mp4

¹⁰ Siehe Video Michael Wieden, "Selbsttests und der Einfluss des Testumfangs auf den Inzidenzwert", <https://youtu.be/OVPZ6MUKBck>

¹¹ Siehe Video <https://youtu.be/5UggH5aXRrs?t=453>

¹² Siehe Video <https://youtu.be/-wE2nV1iWQs>

¹³ Siehe Leitsatz 3, https://leak6.de/biblio/BVerwG%206_A_0002-2012%20Bundesbehoerden_minimal_presseverpflichtet.pdf

¹⁴ Siehe Video <https://youtu.be/UqrrriAnZDM>

¹⁵ Siehe Video Hendrik Pötzschke, "RKI-Zahlenfälschungen bei der Inzidenzberechnung", <https://youtu.be/Xb9dpuKaDrM?t=15720>

nisgewinnung (es sollte nicht obduziert werden), Spaltung der Gesellschaft durch widersinniges Handeln Ignoranz der wissenschaftlichen Kritik und Verleumdung der Kritiker, ...

8. **Willkürlich festgelegter Grenzwert**: Schließlich wurden die Inzidenz-Grenzwerte, ab welchen die generierten Zahlen zur Rechtfertigung von Maßnahmen taugen sollen ebenso willkürlich festgelegt.¹⁶

Diese mithilfe achtfacher Willkür generierte Panik hält an zunehmend vielen Stellen der gerichtlichen Nachprüfung nicht stand. So wird z. B. vom Wiener Verfassungsgericht moniert, dass alle drei Österreichische Kombinationen aus **PCR-Test**, **Antigentest**, **klinischen Symptomen** und **epidemiologischen Kriterien** die einen 'Fall' zum Fall werden lassen, nicht den WHO-Anforderungen genügen¹⁷. Weiter wird im zitierten Video gesagt,

"Bei CT-Werten ab 24 kann man nicht mehr von dem Bestehen einer Infektionsgefahr ausgehen. ... Wir haben eine Fall-Kaskade ... der Präsident der Österreichischen Intensiv-Medizin klipp und klar sagt, dass die Zahlen falsch sind, ... dass niemand behördlich nach der Intensivbettenbelegung fragt ... und dass er selbst nicht einmal mehr auf das Dashboard schaut, eben weil die Zahlen so falsch sind ... - dann ist wirklich Feuer am Dach!"

Eine Erscheinung der Fall-Kaskadierung ist die Kontaktverfolgung: Zunächst werden kaum begründete Verdachte gemeldet, in Quarantäne gesteckt und erst daraufhin krank (melden sich krank). Viel besser wäre es anders herum, nämlich dass man Erkrankte meldet.¹⁸

Die deutsche Verfassungsdogmatik verbietet allen Staatsgewalten jegliche willkürliche Grundrechtsbeschneidung. Dass sie vorliegend in (mindestens) achtfacher Ausprägung nachgewiesen werden kann, belegt, dass Rechtsstaat und die 'Freiheitlich Demokratische Grundordnung' voll und ganz aus den Fugen geraten sind.

Diese Fülle des Falschen kann keinem Entscheider entgangen sein!

Einige - mutmaßlich von Lobbyisten fehlinformierte - Politiker mögen dennoch dieses vollkommen willkürlich errichtete Angstnarrativ als solches nicht erkannt haben. Weil aber die errichtete Angstschimäre zu keinem Zeitpunkt je objektiv korrekt erkennbar war, ist oder sein wird - und zwar auch nicht mithilfe der ja noch zahllos zur Verfügung stehender Mutanten - können auch nicht irgendwelche politisch entschiedene Maßnahmen das unwirkliche Problem tatsächlich lösen. Dementsprechend hilflos bis lächerlich, widersprüchlich und müßig erscheint nun jegliches Agieren dieser Verführten. Freilich wird die herbei gewillkürte Lagedarstellung des öfteren so gestaltet, dass Bevölkerung und Schicksalslenker der Versuchung nicht mehr widerstehen können, dem Regierungs-

¹⁶ Prof. Rupert Scholz (83, CDU, Staatsrechtler und Ex-Verteidigungsminister): "Inzidenzwerte, gleich ob 100, 35 oder 50 sind Fiktionen und damit im Verhältnis zu Freiheitsrechten blanke Willkür", <https://t.me/s/CoronaObjektiv/2790>

¹⁷ Siehe Video <https://youtu.be/xJs-U4Vm07c?t=1165>

¹⁸ Siehe Video "Meldomie", <https://youtu.be/lknOyqHp6rg>

handeln die entsprechenden Wirkungen zuzuschreiben und die dagegen sprechende Vergleiche - z. B. an anderen Ländern einfach auszublenden.

Den Wissenden Hochverrätern i.S.v. § 81 (1) Nr. 2 StGB unter ihnen steht allerdings kaum Gnade zu. Bezüglich der Legitimation zum Weitermachen ist auch der Aspekt des '**wissen Müssens**' zu erwägen!

Nun ist dringend dreierlei zu beachten:

1. Reuehemmung aus eigener Schuldbeteiligung lässt - je nach Ebene - die weitere Vergrößerung des angerichteten Schadens besorgen. Vielerorts lautet die derzeitige Frage:

"Mitmachen oder sauber bleiben?"

Aussteiger aus der Korruption haben es da karrieretechnisch schwer. Kollegen und Vorgesetzte müssen fürchten, verraten zu werden. Wer erwägt, sich ehrlich zu machen, mag alle anderen gegen sich wännen. In den Reihen der Serienstraftäter im Amt dürfte eine nicht geringe **Angst vor dem Ausbruch der Gerechtigkeit** herrschen. Dennoch ist das Meiden des sicheren Untergangs alternativlos.

2. Die nicht vorhandene Befugnis zur Willkür samt aller schon ihrer Freiheitsgrade muss ein für alle mal abgesprochen werden! Die Justiz darf nicht auf ewig den damit zahllos möglichen neuen Varianten hinterherlaufen, sondern:

In Staatsnot muss die Amtsermittlungspflicht auch gegen den eigenen Dienstherrn greifen!

3. Die Möglichkeiten des Exekutivhandelns wurden in den Ländern tatsächlich noch exzessiver wahrgenommen, als sie die Willkürgrenze überschritten; ebenso übereilt und dilettantisch¹⁹, also nicht nur untauglich, sondern - mehr oder weniger klar - kontraproduktiv²⁰ und allemal unnötig. Die sich vorhersehbar einstellende Ermüdung führte dazu, dass Rufe zur Abschaffung des Föderalismus laut wurden - wie z. B. von Horst Seehofer und Thomas-de-Maizière²¹, wobei die bis dato unmögliche Bund-Gemeinde-Finanzierung (Art. 104a, 143h GG) unter Umgehung der Länder schon seit 29.09.2020 errichtet war.²²

Das Schadensausmaß:

Schon um ca. den 10.05.2020 herum wurde das unter der Leitung von **Stephan Kohn** aus dem Bundesministerium für Risikobewertung verfasste sog.

¹⁹ RAin Beate Bahner, "Gesetze müssen klar und eindeutig sein, aber wir werden zugemüllt mit Notstandsverordnungen, wo es überhaupt keinen Notstand gibt!", siehe https://youtu.be/i_6Zt2vQn2o?t=29

²⁰ Siehe <https://leak6.de/yt-reuploads/2020-12-07%20telegra.ph-ITS-Bettenreduzierung.pdf>

²¹ Siehe auf <https://www.welt.de/wirtschaft/article229695277/Coronavirus-Wolfgang-Breitzi-uebt-scharfe-Kritik-an-Bundesregierung.html> das untere eingebettete Video "Merkels Drohgebärde mit dem IFSG" sowie <https://www.welt.de/politik/deutschland/article229655497/Thomas-de-Maiziere-will-Verfassung-aendern-um-Ausnahmezustand-zu-ermoeglichen.html>

²² Siehe Video <https://youtu.be/qe8c0nRt0Rg>

KM4-Risikopapier geleakt²³. Es besagt unter anderem, dass die Maßnahmen bereits damals mehr Tote forderten, als die angebliche Seuche.

Deutschland war schon vor Corona pleite: Unsere Regierungen brauchen die Pandemie, wie der Tintenfisch die Tinte, denn mit Einkehr klarer Sicht würden alle ihre Fehler und Bosheiten - inklusive der weiter zurückliegenden - offenbar. Zu ihnen zählen vor allem das Nichtlösen der Finanzkrise von 2009, die lediglich mit gedrucktem Geld Zeit kaufte womit ein riesiger Finanzcrash vorprogrammiert wurde. Dr. Markus Krall, der Architekt der europäischen Banken-Rating-Instrumentarien²⁴, sagte auf der World of Value schon am 26.10.2019:

"Die Banken haben nicht Eigenkapital von 8% auf 12% erhöht, sondern bereits 50% davon aufgelöst.²⁵ ... 2.500 Mrd. (nach Crash das Dreifache!) werden gebraucht, vorhanden sind aber nur (1.600).²⁶ ... Warnsignale an allen Ecken und Enden, wie z. B. eine [deutsche] Billion in das Interbankensystem hineingepumptes Geld.²⁷"

Das Ifo-Institut meldet²⁸, "jedes fünfte Unternehmen stehe vor der Pleite."

Der Ökonom Daniel Stelter beziffert den wöchentlich hinzu kommenden Schaden auf "4 Mrd. Euro pro Woche²⁹", was allein 2/3 des gesamten Bundeshaushalts 2018 ist! Neuere Zahlen weisen für 2020 ein Defizit von 189,2 Mrd. Euro aus, nach einem Plus von 45 Mrd. Euro in 2019³⁰, was einen Haushaltsschaden von 75% darstellt! Und die privaten Vermögensschäden kommen auch noch hinzu!

Dass das den Amtseid orientierende Landeswohl nicht einmal nach Art. 14 (2) GG ("Eigentum verpflichtet. Sein Gebrauch soll zugleich dem Wohle der Allgemeinheit dienen.") dahin führt, gegen die im Lockdown wettbewerbsbevorzugten ausländischen Big-Player (Amazon & Co.) eine Solidaritätssteuer zu diskutieren, kann jedenfalls nicht aus medizinischen Gründen der Pandemie erklärt werden.

Zum menschlichen und pekuniären Totaldesaster treten weiter hinzu: die Gewöhnung an den Unrechtsstaat, Ermüdung sowie die Sehnsucht nach einem Ende und einer starken Hand, die das zu schaffen verspricht.

Weiter hinzu tritt, dass 'die Fülle des Falschen' in breitem gesellschaftlichen Diskurs erkannt und aufgearbeitet werden muss, um die Geschichte nicht zu wiederholen. Nur auf ein richtig erkanntes Problem kann die richtige Reaktion entwickelt werden. Hierzu hat der in zivilcouragiert gegründete Corona-

²³ Siehe https://leak6.de/yt-reuploads/2020-05-10%20BMI-KM4-51000-29_2%28Dokument93%29.pdf

²⁴ Siehe Video <https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=1120>

²⁵ Siehe Video <https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=1195>

²⁶ Siehe Video <https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=1940>

²⁷ Siehe Video <https://youtu.be/RAaMvmr1220?t=2130>

²⁸ Siehe <https://www.mmnews.de/wirtschaft/161655-ifo-jedes-fuenfte-unternehmen-vor-pleite>

²⁹ Siehe Video <https://twitter.com/ChristianHJW/status/1367599267670540292>

³⁰ Siehe Video <https://youtu.be/oXQzpreYrIs?t=238>

Untersuchungsausschuss³¹ (Stand: 27.04.2021) über 174 Stunden Videomaterial (überwiegend Beweisaufnahme) und 34.123 Wistleblower-Meldungen zusammengetragen. Das **Amtsgericht Weimar** hat auf (mit Presseanlagen) über 750 Seiten³² herausgearbeitet,

"Es gab keine 'epidemische Lage von nationaler Tragweite'"

sowie (noch wichtiger), dass

"das Gericht [genauer: jedes Gericht!] selbst über die Verfassungsmäßigkeit der Normen zu entscheiden hatte, weil die Vorlagepflicht gem. Art. 100 Abs. 1 GG³³ nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend Leitsatz 1 von BVerfGE 1, 184 (195ff)³⁴ nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt."

Dr. Pieter Schleiter (sinngemäß), "Viele Richter wissen nicht: Wer die Anwendung von Verordnungen für verfassungswidrig hält, kann und darf die VOs nicht höheren Ortes vorlegen; sondern muss selbst ihre Anwendung mit Begründung verneinen."³⁵, was damit gleichbedeutend ist, dass "Nach Verfassungsdogmatik Regierungshandeln und Verordnungen unwirksam sind, ein rechtliches Nullum."³⁶

Über ein Jahr ist Deutschland
unterwegs im rechtlichen Niemandsland,
auf dem Weg zur völligen Orientierungslosigkeit.

Am 18.11.2020 wurden durch die nach Art. 1 (3) GG selbst an die Grundrechte gebundene Gesetzgebung mit dem Infektionsschutzgesetz zahlreiche Grundrechte der Artikel 2, 8, 10, 11 und 13 eingeschränkt und angesichts der hier oben dargelegten acht Willkür-Freiheitsgrade die exekutive und legislative Willkürherrschaft im wahrsten Sinne des Wortes: 'entbunden' und sogar die Menschenwürde antastbar gemacht!

Das Überwinden des Mittelalters haben wir der Erfindung der Buchdruckerkunst, Reformation und Aufklärung zu verdanken. Wissenschaftliche Grundsätze der wahren Kausalität, Überprüfbarkeit, Transparenz und Dialogkultur brachten uns die Freiheitsmöglichkeiten zur Umsetzung der besseren Idee, Fortschritt, Rechtsstaatlichkeit und Wohlstand. Nicht zuletzt war es auch das Grundgesetz mit all seinen Grundrechten, welches uns über 70 Jahre Frieden, Freiheit und Sicherheit garantierte, woraus auch ein Schutz vor Missbrauch der modernen technischen Möglichkeiten, erwuchs, wie z. B. gentechnische Ethik, Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung. Nun aber steht all dies im Feuer, nicht gewählte Interessengruppen planten³⁷ und erzeugten eine galoppierende Angst und die Bundesregierung beauf-

³¹ Siehe <https://corona-ausschuss.de/>

³² Siehe https://leak6.de/biblio/AG-Weimar%206_OW-523 Js_202518-2020.pdf

³³ Siehe <https://dejure.org/gesetze/GG/100.html>

³⁴ Siehe https://leak6.de/biblio/BVerfGE%20001-184%20Normenkontrolle_1.pdf

³⁵ Siehe Video https://youtu.be/dy7Q_WAMlsc?t=2458

³⁶ Siehe Video https://youtu.be/c_425dPMe8k?t=498

³⁷ siehe Paul Schreyer: "Pandemie-Planspiele – Vorbereitung einer neuen Ära?" https://youtu.be/SSnJhHOU_28

tragte³⁸ dazu das so genannte, wissenschaftlich anmutende Strategiepapier³⁹. Ergebnis: Nun sind wir alle nicht mehr im Genuss der Unschuldsvormutung, sondern allein: weil wir atmen sind wir schon angebliche Gefährder. Die Bedingungen des § 2 IfSG auch nur ansatzweise zu beachten wäre bei echter Lebensangst noch verständlich, doch mittlerweile stehen fast alle Funktionsträger - einschließlich der Richter - lediglich in der gezielt verbreiteten Angst vor rechtlichen ggf. wiederum gewillkürten Konsequenzen.

Auch die systematische Entwürdigung von Menschen durch den Zwang des Tragens untauglicher Masken ist klar und einfach erkennbar.

1. Es ist entwürdigend, Menschen das Einführen der eigenen Exkremente aufzuzwingen - und beleidigt ihren Schöpfer!

"Alles, was Odem hat, lobe den HERRN! (Die Bibel, Psalm 150,6)"

Hierzu zählt auch die CO₂-Rückatmung durch die ausschließlich ohne Einlassventil erhältlichen Masken, die insbesondere bei Kindern im stundenlangen Unterricht über die ethischen, pädagogischen und rechtlichen Dimensionen hinausgehend auch noch gravierende gesundheitliche Beeinträchtigungen mit sich bringt.

2. 46 gelistete Studien⁴⁰ belegen die medizinische Nutzlosigkeit bzw. Schadwirkung von Masken und schon einfache Logik entlarvt die zur Begründung bemühte Hauptwirkung - den Fremdschutz - als negativ (siehe "**das Maskenparadox**⁴¹"). Dem Wissenden ist Maskentragen verboten: Der Feuerwehrmann darf nicht mit Benzin löschen, der Arzt nicht mit Zyankali heilen und auch nicht gegen das Genfer Gelöbnis⁴² verstoßen.
3. Mangels des (ja unmöglichen) Nachweises der Tauglichkeit der aufgezungenen Masken muss erkannt werden: Masken dienen in Wahrheit der Unterwerfungsbekundung. Sie sind **die** Propagandawaffe im Propagandakrieg - ihr Tragen darf nach Art. 4 GG verweigert werden.
4. Der Maskenzwang widerspricht nicht nur dem Schikaneverbot aus § 226 BGB, sondern stellt ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit - genauer: gegen das Menschsein als solches, was heißt gegen die Menschheit dar. Masken schränken das Sichtfeld ein, erhöhen den Atemwiderstand und halten die Menschen in Angst und Schrecken. Solche Maßnahmen dürfen nur kurzfristig verhängt werden und auch nur dann, wenn sie mit einer guten Begründung tauglich sind, eine für die Allgemeinheit bestehende tatsächlich sehr hohe Gefahr zu vermindern.
5. Folter bleibt Folter - egal aus welchem Motiv sie angewandt wird. Folter⁴³. Der vollkommen unnötige Zwang des Rückatmens eigener Exkremente kann vom Wissenden nicht deshalb akzeptiert werden, weil sich

³⁸ siehe <https://www.welt.de/225868061>, sowie die Videos: https://youtu.be/ZLt_AkzsVq8 + <https://youtu.be/XC8tJnom3rs>

³⁹ siehe http://leak6.de/yt-reuploads/2020-04-28%20BMI-Corona-Strategiepapier_wie_2020-03-22_aber_ohne_Verschlussache.pdf

⁴⁰ siehe <http://www.aerzteklaerenauf.de/masken/index.php> / Sicherung: https://leak6.de/yt-reuploads/Ae_f_A-Die_Evidenzlage_zu_MNBs.htm

⁴¹ siehe <https://www.bitchute.com/video/N2IiEHWljwFf/>

⁴² siehe https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf

⁴³ siehe https://leak6.de/yt-reuploads/2021-04-03%20RA_Ralf_Ludwig-Rede_Stuttgart.pdf

die selbst zur Gewaltausübung befugt erklärenden bewusst oder unbewusst dilettantisch anstellen.

Auch Flucht in Dummheit legitimiert nicht Entwürdigung.

Die Würde des Menschen ist unantastbar. Die Behauptung, Leben zu retten rechtfertigt nicht, an anderer Stelle Leben zu zerstören.

Auch die übrigen staatlichen Maßnahmen, wie Lockdowns - gleich unter wie auch immer kreativen Namen ("Locki-light", "Wellenbrecher-Lockdown", "Notbremse", "Brücken-Lockdown", "Dauerwellen-Lockenwickler", ...) - sind als untauglich erwiesen, die Krankheit einzugrenzen. Kein einziger Staat der Erde konnte sich die Seuche vom Land halten, auch 'Distancing' konnte die Ausbreitung bestenfalls geringfügig verzögern. RA Ralf Ludwig weiter: "Solange die Maßnahmen nicht alternativlos sind (siehe Schweden, Florida, Texas usw.) sind sie ausschließlich erniedrigende Behandlung." Aber selbst die einfachsten Alternativen, wie Gurgeln, Vitamine, Bewegung, freiwillige Achtsamkeit und froher Lebensmut werden sträflich unangesprochen belassen.

Dabei ist anhand der gedungenen Mietmäuler⁴⁴, welche alle kritischen Geister - einschließlich der Person des Antragstellers - ohne jeden Beleg als Nazis, Schwurbler oder Coronaleugner verunglimpfen und nachgewiesener Inszenierungen⁴⁵ nicht anzunehmen, dass die Mächtigen, die sich ihre Macht mit unlauteren Mitteln griffen, sich freiwillig läutern werden und den Bürgern ihre Rechte wieder herschenken. Zu diesen gehören im Übrigen auch die öffentlich-rechtlichen Medien⁴⁶, welche eben deshalb auch keine explizite Weisung benötigen. Ihnen genügt es zu wissen, welches Spiel gespielt wird.

Wer am verbreiteten Narrativ nicht zweifeln will, darf sich jedenfalls keine der beispielhaft 88 gelisteten Kardinalfragen⁴⁷ zu eigen machen.

Nicht allein der deutsche Rechtsstaat ist im Begriff, sich aufzulösen. Dass die sich selbst Ermächtigenden solches zugäben, solange dieser Prozess noch nicht unumkehrbar ist, wäre naiv anzunehmen. Schließlich bezeichnen sich unzählige Diktaturen auf der Welt selbst gern als Demokratie. Nach Jahrzehnten der Wohlstandsmehrung und des technischen Fortschritts in Frieden und Freiheit ist nun ein Schaden in nie gekannter Höhe zu besorgen. Vorausgehend war eine ungezügelte Vermögensumverteilung **von Fleißig nach Reich**,⁴⁸ welche eine undemokratische Kumulation der Macht bewirkte. Hierbei versagte die Presse vollends, Kirchen ließen es zu, dass christliche Werte in Vergessenheit gerieten und Juristen erlaubten es, das Wesen der freiheitlich demokratischen Grundordnung aus dem Auge zu verlieren, so sie nicht sogar selbst an der fortschreitenden Dekadenz beteiligt waren, bzw. noch sind.

⁴⁴ Die Bundesregierung einigt sich auf eine Milliarde Euro für „Kampf gegen Rechts“ <https://jungfreiheit.de/politik/deutschland/2020/kampf-gegen-rechts1/>

⁴⁵ siehe z. B. das Stürmchen auf den Reichstag: <https://youtu.be/e2fhPwYrdzw>

⁴⁶ siehe Video <https://youtu.be/jrDCJHvkiIM?t=310>

⁴⁷ Mindestens 88 hier: <https://leak6.de/yt-reuploads/Kardinalfragen.htm>

⁴⁸ Siehe Rico Albrecht: <https://www.wissensmanufaktur.net/media/pdf/compact-zinsen-rico-albrecht.pdf>

Zusammenfassung und Konsequenzen:

Die medizinische Bedrohungslage ist weit geringer, als offiziell dargestellt und wäre ohne weiteres mit herkömmlichen Mitteln zu beherrschen.

Das Narrativ, die Corona-Seuchen-Gefahr mit alleiniger Priorität abwenden zu müssen, ist unbegründet.

Die Panik wurde willkürlich heraufbeschworen, offensichtlich um allen anderen Aspekten des Lebens die ihnen zustehende Würdigung (sorgfältige Beachtung) versagen zu dürfen.

Die dauerhafte Abschaffung unserer Grundrechte unserer 'Freiheitlich Demokratischen Grundordnung' und unserer gesellschaftlichen Verfasstheit insgesamt ist zu besorgen.

Die Regierung hat seit langem die letzte Ausfahrt von ihrem Weg zur Hölle verpasst und ist seitdem aus Gründen der Selbsterhaltung zur Lügenfortführung verdammt.

Die Fülle des Falschen ist mittlerweile jedermann offensichtlich.

Das Regierungshandeln ist nicht allein verfassungswidrig und damit nichtig, sondern kollidiert außerdem mit Völkerrecht, guten Sitten, der errungenen Ethik und unzähligen einfachgesetzlichen Standards.

Da das Gemeinwohl nicht mehr von der zum Falschen verdamnten Exekutive gewährleistet werden kann,

**ist die Gehorsamspflicht des Bürgers ausgesetzt und
das Widerstandsrecht allen Deutschen eröffnet.**

Das Gemeinwohl muss fortan von den Subjekten der Gemeinschaft selbst in bester Anwendung der bekannten guten Sitten verfolgt werden!

Zu diesen zählen insbesondere alle gesellschaftlichen Konsense, die für den Status zutreffender Informiertheit als gegeben zu vermuten sind:

**Der Starke schützt den Schwachen,
der Sehende führt den Blinden und
der Wissende lehrt den Wissbegierigen.**

Joachim Baum, 25.08.2017

*Das Grundgesetz hätte mit seinem Rahmen des Rechtmäßigen
den Weg zum Richtigen garantieren können - so nicht die Delegierten des Vol-
kes ihrer Selbstentmachtung zustimmten, nur um weiter dabei zu sein!*

Die Wahrheit braucht keine Gewalt.



Scharfe Kritik an Corona-Extrawurst für Bundestag | „Ungerecht!“, „Frechheit!“, „Unverschämtheit!“

Bürger gelten nur drei Monate als genesen, Abgeordnete im Parlament sechs



Alle Abgeordneten behalten weiter den Genesenenstatus, sofern ihre Corona-Erkrankung nicht länger als sechs Monate zurückliegtFoto: AFP/Getty Images

Artikel von: NIKOLAUS HARBUSCH, HANS-JÖRG VEHLEWALD, NADJA ASWAD, Philipp Piatov und Ralf Schuler veröffentlicht am **26.01.2022 - 09:15 Uhr**

Corona-Extrawurst für die 736 Abgeordneten des Deutschen Bundestags.

Seit 14. Januar werden nur noch jene Bürger offiziell als genesen anerkannt, die in den vergangenen DREI Monaten eine Corona-Infektion überstanden haben. Bis dahin galt eine SECHS-Monate-Regel.

Doch die vom Robert-Koch-Institut verhängte drastische Verschärfung gilt ausgerechnet im Plenarsaal des Reichstags NICHT.

Linnemann über Corona-Regeln **Sogar der Toilettengang ist im Bundestag geregelt**

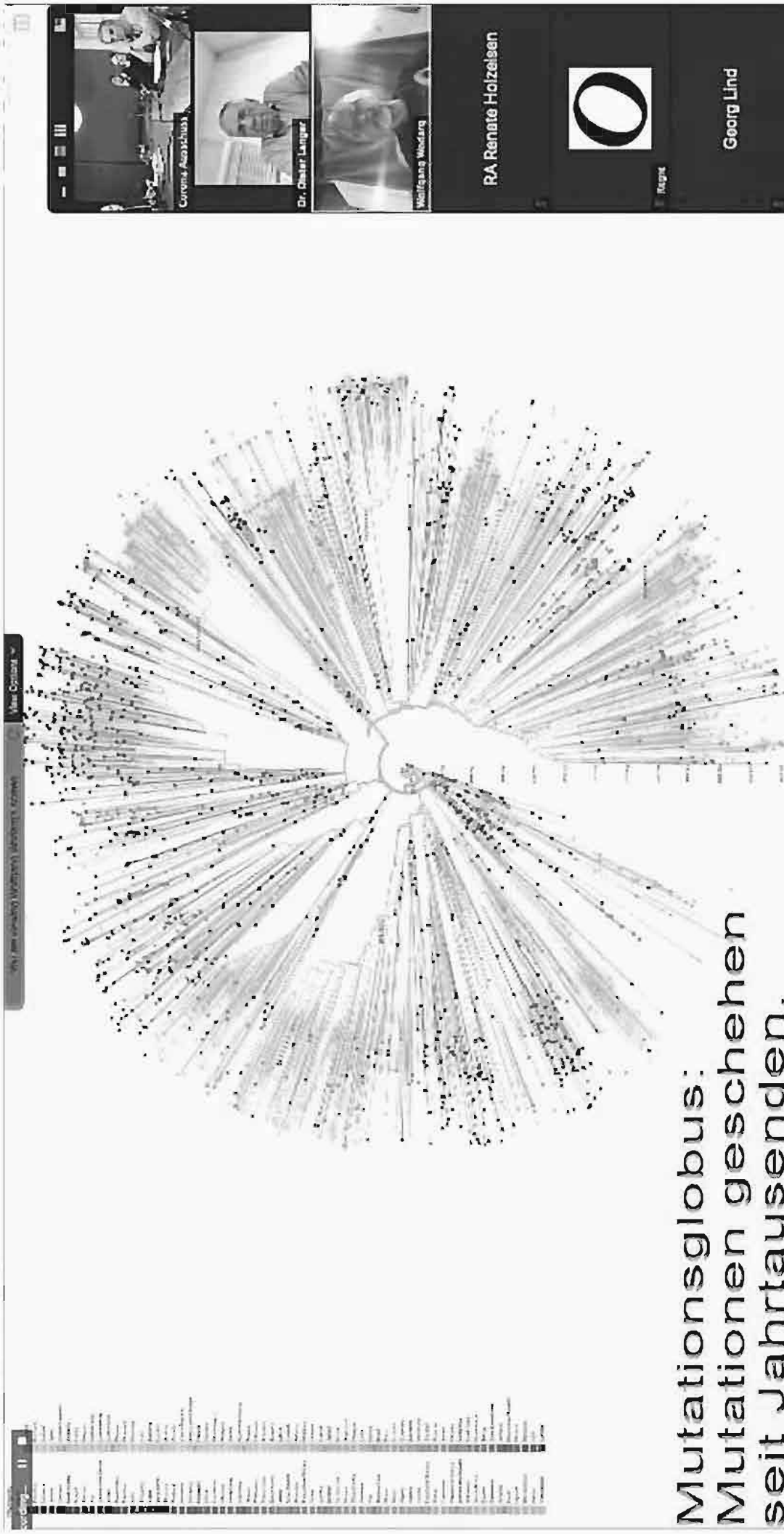


Es ist ein Hammer: Alle Abgeordneten behalten weiter den Genesenenstatus, sofern ihre Corona-Erkrankung nicht länger als sechs Monate zurückliegt. Dies betreffe den Zugang zum Saal und zu den Ausschüssen, bestätigt der Bundestag auf BILD-Anfrage. Prinzipiell gilt 2G-plus im Parlamentssaal: Zutritt haben Geimpfte und Genesene mit zusätzlichem Test oder Booster.

DAS habe Bärbel Bas (SPD) im Hausrecht per Allgemeinverfügung so geregelt, hieß es gegenüber BILD.

- Leerseite -

Corona-Viren:



Mutationsglobus:
 Mutationen gesehen
 seit Jahrtausenden.
 Wer von einem Ursprung spricht, zeigt nur,
 wo er angefangen hat zu denken.

- Leerseite -

MÜNCHENER SICHERHEITSKONFERENZ

Bill Gates vs. Karl Lauterbach: Omikron hat mehr gebracht als die Impfung

TICHYS
EINBLICK

VON REDAKTION

Fr, 18. Februar 2022

Anzeige

Bill Gates sagt auf der Münchener Sicherheitskonferenz, dass die Omikron-Variante in der Corona-Pandemie „bessere Arbeit“ geleistet habe als die Impfung.



Jetzt muss Karl Lauterbach tief durchatmen. Denn Bill Gates hat auf der Münchener Sicherheitskonferenz deutlich gemacht: Die Omikron-Variante hat mehr zur Bekämpfung von Corona beigetragen als die Impfstoffe. Das ist besonders harter Tobak, gilt Gates doch als einer der großen Verfechter von Vakzinen und deren weltweitem Einsatz. Wörtlich sagte er: „Wir waren nicht besonders gut darin, Therapeutika zu entwickeln.“ Beim nächsten Mal sollte man besser sein. Und in Bezug auf die Immunität der Bevölkerung gestand er ein: „Leider hat Omikron eine bessere Arbeit geleistet als die Impfung.“



GRÜNER GESUNDHEITSPOLITIKER DAHMEN:

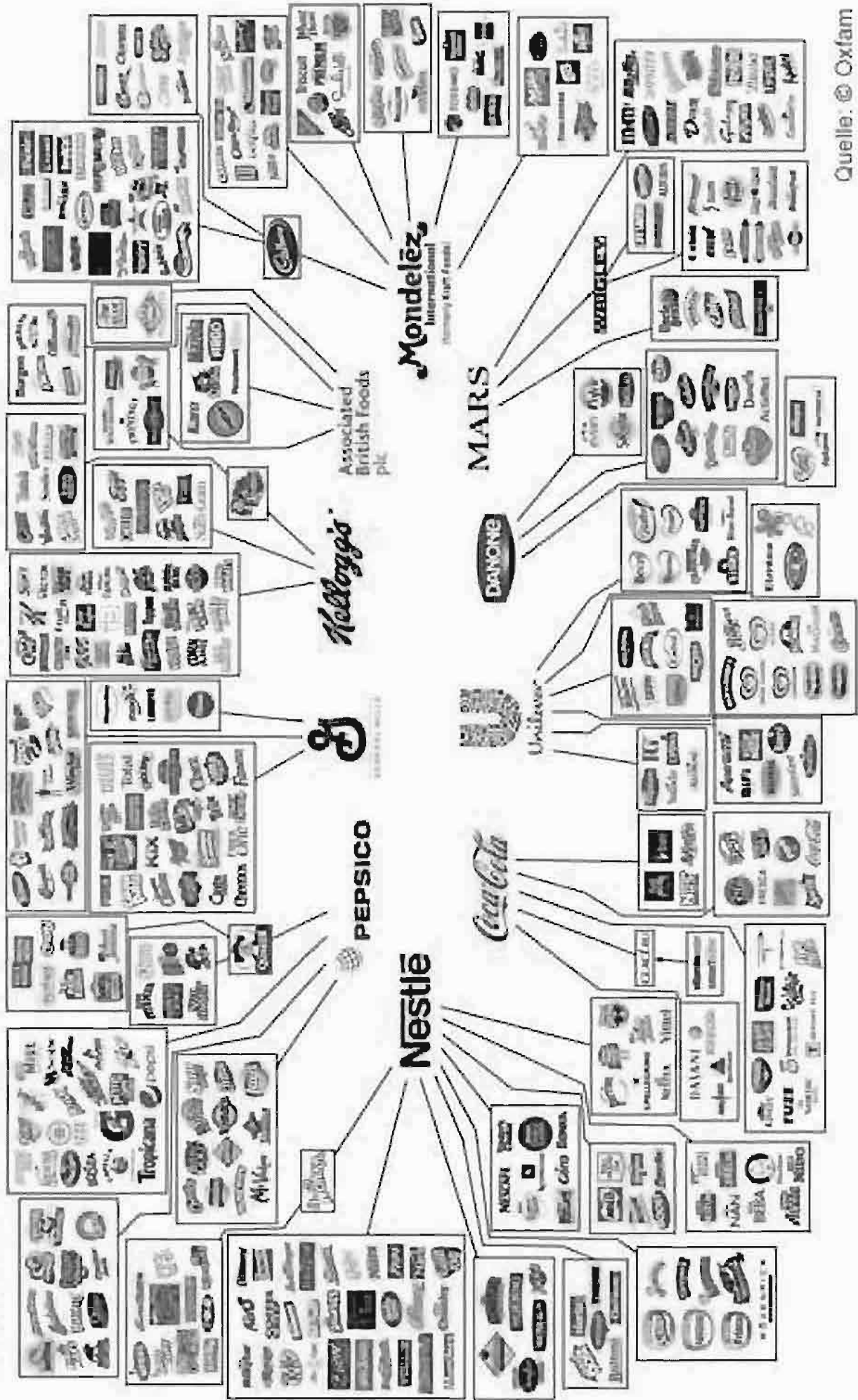
„Eine dauerhafte Rückkehr zur Freiheit gibt es nur mit der Impfpflicht“

Während Gates noch im Dezember die schnelle Verbreitung der neuen Virus-Variante skeptisch beurteilt und deshalb eine Auffrischungsimpfung empfohlen hatte, änderte der Milliardär seine Einstellung Anfang des Jahres. Der Microsoft-Gründer äußerte sich optimistisch darüber, **dass die Omikron-Variante das Ende der Pandemie bedeuten könnte** – anders als der Harvard-Lehrer Lauterbach, der jetzt im Nachhinein behauptet, er sei schon immer der Meinung gewesen, Omikron sei harmloser als die Delta-Variante. Indes Medien und Lauterbach weiter an der Panikschraube drehten, stellte Gates im Januar heraus, dass die Krankheit den Status einer saisonalen Grippe bekommen könnte.

Vom Booster-Befürworter zum relaxten Corona-Verharmloser? Während die Bundesregierung Impfvorräte wie ein ängstliches Eichhörnchen gehortet hat, muss sich Lauterbach fragen, wie viele internationale Fürsprecher es für eine internationale Kampagne gegen Corona überhaupt noch gibt. Das Gewicht des Gründer der *Bill & Melinda Gates Foundation* in der Corona-Krise war enorm. Auch hier deutet sich an, dass sich der Wind dreht.

Wenn Impfbefürworter Gates die Segel streicht, bleibt nur noch der nationale Sonderweg. Zwar ist nicht davon auszugehen, dass der Impfaktivist an der prinzipiellen Überlegenheit der eigenen Vakzinstrategie zweifelt. Doch die Impfstrategie Lauterbachs und der Bundesregierung, sowie zahlreicher Abgeordneter, die eine allgemeine Impfpflicht ab 18 für Covid-19 fordern, hat er damit komplett desavouiert.

Marken & Konzerne:

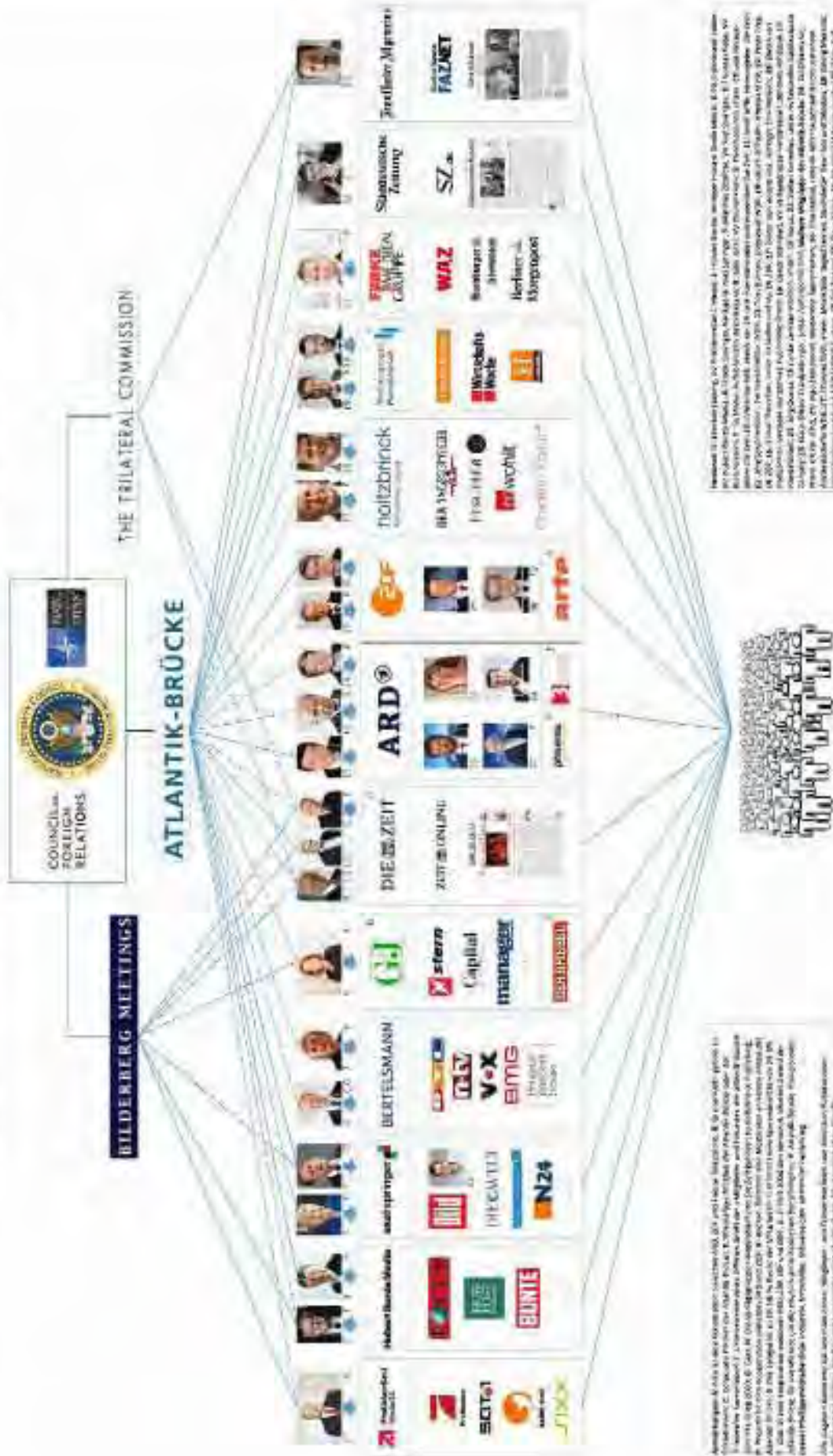


Quelle: © Oxfam

- Leerseite -

Deutsche Medien:

Medien in Deutschland: Das Transatlantik-Netzwerk



Information: The Bilderberg Group is an annual meeting of leading industrialists, financiers, academics and politicians from Europe, North America and Japan. It is organized by the Bilderberg Group, a non-profit organization. The group is known for its secretive nature and its focus on discussing global issues. The group's members include heads of state, government ministers, and business leaders. The group's meetings are held in various locations around the world, including the Netherlands, the United States, and Japan. The group's activities are often criticized for being too exclusive and for promoting a narrow view of global issues.

The Atlantic Bridge is a non-profit organization that promotes dialogue and understanding between the United States and Europe. It was founded in 1963 and has since become a leading voice for transatlantic relations. The organization's activities include organizing conferences, publishing research, and providing a platform for dialogue between policymakers and the public. The Atlantic Bridge's work is supported by a wide range of donors, including governments, corporations, and individuals. The organization's website is atlanticbridge.org.

Internationale Medien:

The American Empire and its Media



...the world's most powerful nations... the American Empire... the media... the Council on Foreign Relations... Bilderberg Meetings... Tri-Lateral Commission... the world's most powerful nations... the American Empire... the media... the Council on Foreign Relations... Bilderberg Meetings... Tri-Lateral Commission... the world's most powerful nations... the American Empire... the media... the Council on Foreign Relations... Bilderberg Meetings... Tri-Lateral Commission...

The Foegen effect

A mechanism by which facemasks contribute to the COVID-19 case fatality rate

Zacharias Fögen, MD* 

Abstract

die deutsche Kurzfassung befindet sich am Ende dieser Studie!

Extensive evidence in the literature supports the mandatory use of facemasks to reduce the infection rate of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, which causes the coronavirus disease (COVID-19). However, the effect of mask use on the disease course remains controversial. This study aimed to determine whether mandatory mask use influenced the case fatality rate in Kansas, USA between August 1st and October 15th 2020.

This study applied secondary data on case updates, mask mandates, and demographic status related to Kansas State, USA. A parallelization analysis based on county-level data was conducted on these data. Results were controlled by performing multiple sensitivity analyses and a negative control.

A parallelization analysis based on county-level data showed that in Kansas, counties with mask mandate had significantly higher case fatality rates than counties without mask mandate, with a risk ratio of 1.85 (95% confidence interval [95% CI]: 1.51–2.10) for COVID-19-related deaths. Even after adjusting for the number of “protected persons,” that is, the number of persons who were not infected in the mask-mandated group compared to the no-mask group, the risk ratio remained significantly high at 1.52 (95% CI: 1.24–1.72). By analyzing the excess mortality in Kansas, this study determines that over 95% of this effect can solely be attributed to COVID-19.

These findings suggest that mask use might pose a yet unknown threat to the user instead of protecting them, making mask mandates a debatable epidemiologic intervention.

The cause of this trend is explained herein using the “Foegen effect” theory; that is, deep re-inhalation of hypercondensed droplets or pure virions caught in facemasks as droplets can worsen prognosis and might be linked to long-term effects of COVID-19 infection. While the “Foegen effect” is proven in vivo in an animal model, further research is needed to fully understand it.

Abbreviations: CDR = crude death rate, CFR = case fatality rate, COVID-19 = coronavirus disease 2019, crDR = covid-related death rate, MMC = counties with mask mandate, noMMC = counties without mask mandate, RR = risk ratio, SARS-CoV-2 = severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

Keywords: case fatality rate, coronavirus disease 2019, facemasks, Foegen effect, Kansas, mask mandates, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

1. Introduction

The coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic struck the world with over 228 million confirmed cases and over 4.69 million confirmed deaths worldwide by September 18th, 2021,^[1]

Editor: Mohammed Nader Shalaby.

The authors have no funding and conflicts of interests to disclose.

Supplemental Digital Content is available for this article.

The datasets generated during and/or analyzed during the current study are publicly available.

Theaterstr. 6, 34117 Kassel, Germany.

* Correspondence: Zacharias Fögen, Theaterstr. 6, 34117 Kassel, Germany (e-mail: Zacharias.foegen@email.de).

Copyright © 2022 the Author(s). Published by Wolters Kluwer Health, Inc. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License 4.0 (CCBY), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

How to cite this article: Fögen Z. The Foegen effect: a mechanism by which facemasks contribute to the COVID-19 case fatality rate. *Medicine* 2022;101:7 (e28924).

Received: 24 October 2021 / Received in final form: 3 February 2022 / Accepted: 7 February 2022

<http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000028924>

resulting in a case fatality rate (CFR) of about 2.06%. The mortality rate of COVID-19 has been shown to increase with the overall mortality rate of the population.^[2] Mortality rate is the most commonly expressed measure of the frequency of occurrence of deaths in a defined population during a specified interval. However, the crude death rate calculates the number of deaths in a geographical area during a given year, per 100,000 mid-year total population of the given geographical area during the same year. Therefore, it is a better parameter to assess death rates among different populations.

Mandatory wearing of masks to cover the nose and mouth is a widely applied strategy in the management of the COVID-19 pandemic across many countries in the world. A lot of focus has been centered on the question whether mask mandates reduce infection rates. A study conducted in the Kansas state of USA showed a reduction in infection rates,^[3] while a Danish study did not find any protective effect of wearing masks.^[4]

However, a lot less focus has been centered on the course of the disease while using masks. This is a questionable approach, as the question “how many lives can be saved?” is more important than the question “how many infections can be prevented?”

Therefore, the aim of this study was to assess the influence of mask mandates on CFR by comparing the CFR between 2

groups, 1 with and the other without mask mandates. The corresponding two-sided hypothesis is that mask mandates change the CFR. While an increase in CFR may look unintuitive at first glance, more intuitively, one would not exchange his facemask with another person out of fear to breathe in the virus that is caught in the facemask and get infected. Thus, breathing in one's own virus might increase the CFR.

The state of Kansas, USA has over 2.8 million residents. During the summer of 2020, Kansas State issued a mask mandate, but it allowed its 105 counties to either opt out or issue their own mask mandate – which was a rarity in the USA and 1 reason for the choice of this state, the other being that the comparison of infection rates among these counties has already been done by Van Dyke et al.^[3] showing a benefit of mask mandates.

Out of the 81 counties that had opted out and did not issue their own mask mandate, 8 large cities from 7 counties, had issued a mask mandate. This current study focused on the CFR, and whether mask mandates actually had an effect on the number of lives lost during the COVID-19 pandemic.

2. Method

This study applied secondary data on case updates, mask mandates, and demographic status related to the Kansas state, USA. As this is a secondary data analysis, ethical approval was not necessary.

A 3+3 step model was applied for the analysis of these data.

2.1. Step 1: Categorizing the counties into two groups

Using the information on counties with facemask-related regulations from the study by Van Dyke et al.^[3] which used data from the Kansas Health Institute and CDC, 105 counties were categorized into counties with mask mandate (MMC) and counties without mask mandate (noMMC). Further, the counties without mask mandate were evaluated to identify cities with mask mandates^[5] in them. Then the percentage of the county population^[6] that was represented by these cities^[7] was assessed in order to eliminate counties in which about half of the population was under a mask mandate, as they would dilute the results.

Thus, in order to guarantee that the cities with mask mandates constituted either more than twice of or more than half of the county's population not under a mask mandate, if more than 2/3 of these counties' population was either under mask mandate or not, the county was included in the analysis and moved to the corresponding group. Correspondingly, if the city's population was within +/-17% of half of the county's population (that is, between 33% and 67%), the county was excluded.

2.2. Step 2: Parallelizing the groups

Since the assumption was close that counties with a more vulnerable population had issued a mask mandate (bias by selection), the specific COVID-19 risk of each group's population was assessed. The study by Vasishtha et al.^[8] demonstrates that COVID-19 mortality is closely matched with overall mortality, which is represented by the crude death rate (CDR) of any given population. The CDR represents age, pre-existing illness and all other mortality-bound cofactors in the underlying population.

Further, the CDR of each county for 2019^[9] was modified by subtracting deaths from causes that are clearly not a risk factor

for COVID-19 to prevent statistical anomalies when comparing CDR, like an unusual spike in deaths from external causes or perinatal mortality in single counties. The following categories of the Kansas Health Institute death data were thus excluded to calculate a covid-related death rate (crDR): “pregnancy complications,” “birth defects,” “conditions of the perinatal period (early infancy),” “sudden infant death syndrome,” “motor vehicle accidents,” “all other accidents and adverse effects,” “suicide,” “homicide,” and “other external causes”.^[9]

This crDR of the counties was then population-weighted (multiplied with population of county divided by population of group) and added up to calculate the crDR (total number of expected deaths per 100,000 people per year) of both the MMC and noMMC groups.

The assessment showed that, after step 1, the crDR of the noMMC group was 1012.6 deaths per 100,000, while the MMC group had an crDR of 782.5 deaths per 100,000, clearly indicating a bias of noMMC group being a more vulnerable population, counterintuitively.

Due to the lack of normality and homoscedasticity (as demonstrated in the scatterplot, Fig. 1), a regression was not possible, thus, the counties were parallelized for comparison based on crDR.

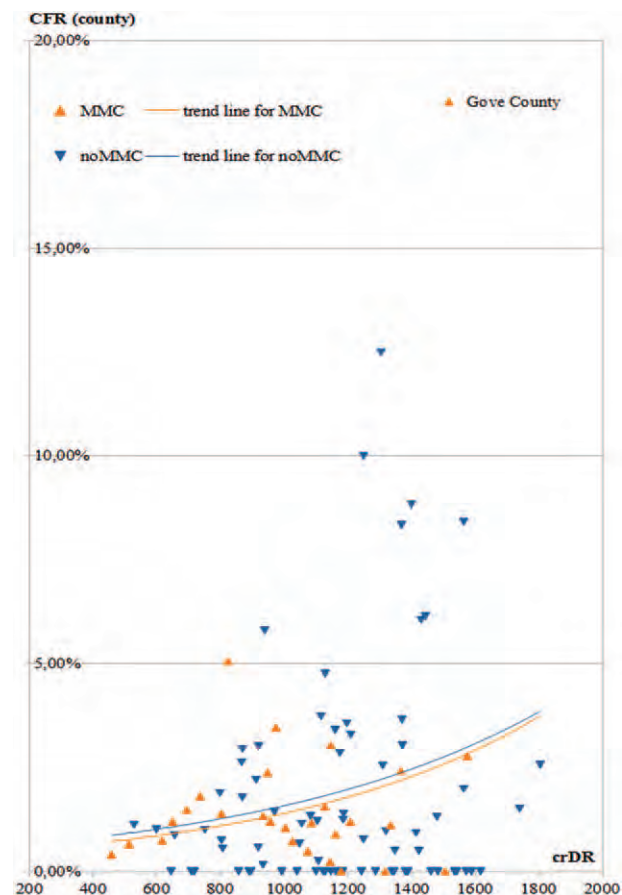


Figure 1. Scatterplot of COVID-19-related death rate (crDR) vs. case fatality rate (CFR). Orange triangles pointing upwards represent mask-mandated counties (MMC), blue triangles pointing downwards represent counties without mask mandate (noMMC).

In this process counties were excluded until both groups had a matching crDR, meaning both populations are equally vulnerably to COVID-19.

This process of parallelization is a customized modification of the usual process used in parallel studies. It is based on larger groups (county populations) instead of individuals while likewise aiming to eliminate the aforementioned confounder.

There were 2 ways in order to get almost the same crDR in both groups:

- A) Removing primarily counties with the highest crDR in the group with a higher crDR until both groups had the same crDR: Configuration A.
- B) Removing primarily counties with the lowest crDR in the group with a lower crDR until both groups had the same crDR: Configuration B.

Therefore, cut-off limits of crDR were used in an attempt to reduce the crDR difference while trying to include the largest percentage of the eligible Kansas population.

2.3. Step 3: Analyzing the data

As the mask mandate was issued on July 3rd, August 1st was considered as the start date to allow for necessary adjustments to the mask mandate and prevent overlap with time before the mask mandate as the effect of mask mandates may not be visible immediately.

Moreover, October 15th was fixed as the end date as proof of mask mandates was available up to that point, and the existent mask mandates were revised after that date. The number of infected cases^[10] was calculated for this period.

The COVID-19 death count in Kansas^[11] is not personalized, meaning for each death counted there is no information on the person's infection date. After referring to the study by Khalili et al,^[12] the calculation of deaths was delayed to 14 days after the COVID-19 infection time period. In order to mitigate the influence of the start and end of the time interval, the number of deaths as the average of death differences between August 7th and October 22nd, August 14th and October 29th, as well as August 21st and November 5th was calculated. This way, both infection and death data were obtained for a span of 76 days. Based on these numbers, infection rates and CFR were calculated for both groups in both configurations.

A fourfold table was applied for the Chi-Squared test ($\alpha = 0.05$) and risk ratio (RR; MMC to noMMC), and 95% CIs were calculated to determine whether the mask mandates significantly increased or decreased the CFR by COVID-19.

All statistical calculations were done using LibreOffice 7.1. (The Document Foundation, Berlin, Germany).

2.4. Step 4a: Infection rate correlated bias check (when applicable)

If the RR was significant, a sensitivity analysis is used to verify whether a difference in infection rate explains the difference in the CFR. For this, $\lambda_{\text{low-CFR}}$ was considered the infection rate of the group with a lower CFR, and $\lambda_{\text{high-CFR}}$ was considered the infection rate of group with a higher CFR.

The 2 possibilities were:

1. The group with low CFR also has a lower infection rate.

If $\lambda_{\text{low-CFR}} < \lambda_{\text{high-CFR}}$, there might be a testing bias.

The hypothesis to this would be that if both groups had been tested equally and both had equal infection rates, the CFR would not be significant. In order to prove this hypothesis, the number of deaths in the group with a lower CFR was reduced by multiplying it with the factor ($\lambda_{\text{low}} / \lambda_{\text{high}}$), the fourfold table from step 3 was revised, and a repeat calculation of the Chi-Squared, RR, and 95% CI was done.

2. The group with lower CFR has a higher infection rate.

If $\lambda_{\text{low-CFR}} > \lambda_{\text{high-CFR}}$, there might be a bias by protection.

The hypothesis would be that if those protected by a reduced infection rate were counted as survivors (although they could still be infected later), the CFR would not be significant.

In order to prove this hypothesis, the number of infected people in the group with a higher CFR was increased by multiplying it with the factor ($\lambda_{\text{low}} / \lambda_{\text{high}}$), the fourfold table from step 3 was corrected, and calculation of Chi-Squared, RR, and 95% CI was revised.

2.5. Step 4b: Confounder check (when applicable)

If the RR was significant, further analysis was performed to find whether a confounder caused the RR (for MMC) to increase or decrease independently of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection. This could be, for instance, the accumulation of fungal spores or bacteria in the mask or mask-induced hypoxia (increasing RR), or the prevention of other possibly lethal viral or bacterial infections (decreasing RR).

The hypothesis would be that a confounder in MMC causes increase or decrease in the RR independently from SARS-CoV-2. If this were true, the effect of masks would occur not only in the infected population but also among the not infected population under mask mandate. This can be proven wrong if the potential effect does not align with overall excess mortality in Kansas.

Therefore, it was necessary to calculate the additional deaths by mask mandates or the reduced death by mask mandates (for RR and both ends of its 95% CI as in step 3).

These additional/reduced deaths were calculated as the absolute value of

$$(1/\phi - 1) * \text{death}_{\text{MMC}}$$

where ϕ is RR (or the values of both ends of its 95% CI), and $\text{death}_{\text{MMC}}$ is the number of deaths in MMC. Further, the expected additional/reduced deaths (in all infected and non-infected) in all MMC counties were calculated by dividing by the number of infected persons in MMC (as obtained in step 3) and multiplying with the total population in all MMC (from step 1).

This result was compared to the (total) Kansas non-COVID-19 excess mortality during the corresponding weeks as already calculated by the CDC.^[13] The process involves calculating and adding up the difference between nonCOVID-19 deaths and the average expected number of deaths for each given week. The resultant value indicates the nonCOVID-19 excess deaths.

By dividing this number with the expected additional/reduced deaths in all non-infected in all MMC countries, it is possible to estimate the proportion of the RR increase/decrease calculated in step 3 that is not related to COVID-19 and thus indicating the influence of possible confounders.

2.6. Step 4c: Negative control (when applicable)

In case there is a difference after Step 3, the same group of counties would be analyzed using data from February 1st as starting date and April 15th as the end date for cases. The number

of deaths was calculated as the average differences of February 8th to April 22nd, February 15th to April 29th and February 22nd to May 6th. These dates were chosen because shortly after April 15th, Kansas was hit by the 1st wave of the COVID-19 pandemic.

This resulted in multiple problems. First, case numbers increased rapidly and resulted in a strong undertesting, resulting in a test positivity rate^[14] of 18% on April 21st and 22nd, which then dropped consecutively due to massively expanded testing to 3.7% on June 7th, which is problematic as the positivity rate influences CFR. Furthermore, hospital capacity during the first wave was limited which may have resulted in medical undersupply and increased CFR. As the first wave hit all counties neither simultaneously nor in same intensity, I did exclude this timespan as it would incur massive bias.

As a comparison, during the chosen time span from Step 3, positivity rate was constantly between 6.9% and 9.9%.

3. Results

3.1. Step 1: Categorizing the counties into two groups

Figure 1 gives an overview of the mask mandates in Kansas counties.

Evaluation of the cities with mask mandates in noMMC is shown in Table 1.

Figure 2 shows the result of these evaluations. There were 27 counties in the MMC group, 76 in the noMMC group, and 2 were excluded.

3.2. Step 2: Parallelizing the groups

Figure 3 shows the scatterplot of crDR and CFR by county and after step 1, the single outlier of Gove County (MMC) being marked.

Parallelizing using way A, by fixing the cut-off limits of crDR to <1350 deaths per 100,000 for noMMC and >800 deaths per 100,000 for MMC, the difference in crDR between both groups became 0.5 deaths per 100,000 (926.2 vs 925.7) which resulted in adequate parallelization of the groups.

These cut-off limits eliminated 31 counties (mostly small counties from the noMMC category) and 41.3% of the population (mostly from the MMC category). Note that Sedgwick County with 516,042 people and an crDR of 802.5 deaths per 100,000 got narrowly included in the analysis. Figure 4 shows the counties after step 2A.

Parallelizing using way B, by fixing the cut-off limits of crDR to >805 for MMC and >600 for noMMC, the difference in crDR

Table 1
Large cities with mask mandates in counties without mask mandates.

City		County		
Name	Population	Name	Population	Population City/County
Emporia	24.765	Lyon	33.195	75%
Hays	20.852	Ellis	28.553	73%
Manhattan	53.678	Riley	74.232	72%
Marion	1.787	Marion	11.884	15%
Osawatomie	4.266	Miami	34.237	29%
Paola	5.670			
Parsons	9.665	Labette	19.618	49%
Winfield	12.057	Cowley	34.908	35%

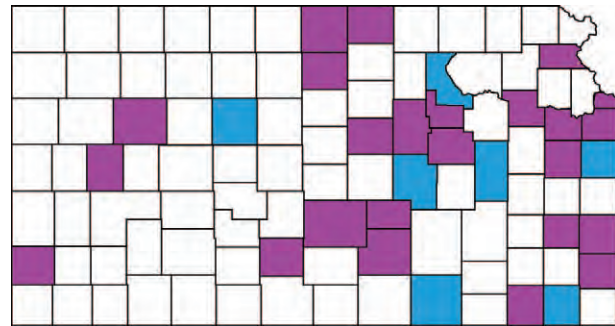


Figure 2. Mask mandates in Kansas counties. Counties with a mandatory mask mandate are purple, counties without a mandatory mask mandate are white. Blue counties are counties without mask mandate that have one or more larger cities with a mask mandate.

between both groups became 8.7 deaths per 100,000 (less than one percent) which also resulted in adequate parallelization of the groups.

These cut-off limits eliminated only 11 counties but 56.7% of the population. Figure 5 shows the counties after step 2B.

The names of these final counties and their corresponding group are shown for both configurations in the Supplemental Digital Content Appendix, <http://links.lww.com/MD/G626>.

3.3. Step 3: Analyzing the data

The results for both configurations are shown in Table 2.

To correct for the CFR outlier of Gove County, the number of deaths in Gove County was reduced from 13 to 3, as marked by the subscript “G.”

Furthermore, a sensitivity analysis was performed by excluding counties without a mask mandate that had counties with a mask mandate, as shown in Table 3, which did confirm the prior results.

3.4. Step 4a: Infection rate correlated bias check (optional)

As the RR was significant and infection rate in noMMC was higher, an additional test was performed to examine protection bias.

The results are shown in Table 4.

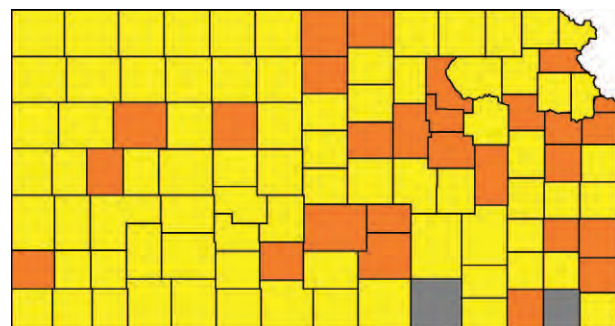


Figure 3. Counties after evaluating the major cities with mask mandates in counties without a mask mandate. Mask-mandated counties (MMC) are orange, counties without mask mandate (noMMC) are yellow. Grey counties were excluded.

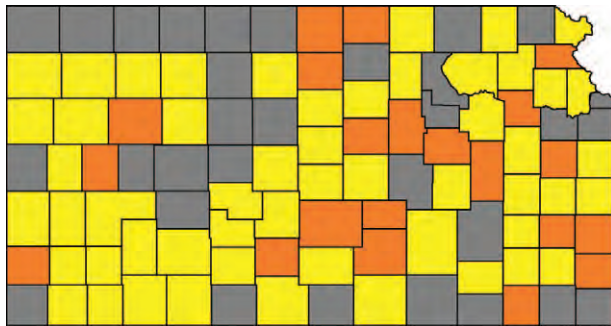


Figure 4. Kansas counties included in the analysis, configuration A. Mask-mandated counties (MMC) are orange, counties without mask mandate (noMMC) are yellow. Grey counties were excluded.

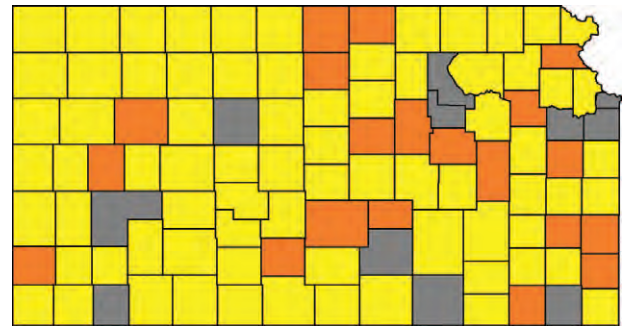


Figure 5. Kansas counties included in the analysis, configuration B. Mask-mandated counties (MMC) are orange, counties without mask mandate (noMMC) are yellow. Grey counties were excluded.

3.5. Step 4b: Confounder check (optional)

The additional deaths among those infected in MMC was 111 (95% CI 82–126) in configuration A respectively 57 (95%CI 39–71) in configuration B. If these deaths (among infected individuals) were not related to COVID-19, 17,031 (95% CI 12,582–19,333) and 15,802 (95% CI 10,812–19,683) additional deaths among non-infected individuals would be expected in configurations A and B, respectively.

According to CDC, the average number of expected all-cause deaths in Kansas from August 2nd to November 7th 2020 was

6867 (98 days compared to the study’s 76 days). The number of deaths without COVID-19 during this time span was 7382, resulting in 515 excess deaths not related to COVID-19.

Comparing these 515 excess deaths to the numbers of expected additional deaths (where even the lower CI are over 10,300), this means that non-COVID factors (i.e., possible confounders) represent less than 5.0% (515/10,300) of the RR increase, thus looking at other factors that would reduce that percentage even further (noMMC counties among excess deaths and adjusting for the different timespan mentioned above) was unnecessary.

Table 2
Results of the analysis (step 3)*.

	Configuration A		Configuration B	
	MMC [†]	noMMC [‡]	MMC [†]	noMMC [‡]
People total	1,072,139	638,955	556,097	704,210
Infected people	13,655	9880	7,563	10,403
Deaths	241	95	156	137
CFR [§]	1.76%	0.96%	2.06%	1.32%
RR [¶] (MMC [†])		1.85 [1.51–2.10]		1.58 [1.34–1.84]
p		<0.001		<0.001
CFR _G [§]	1.69%	0.96%	1.93%	1.32%
RR _G [¶] (MMC [†])		1.77 [1.45–2.01]		1.48 [1.25–1.73]
p _G		<0.001		0.001

[†] mask mandated counties
[‡] counties without mask mandate
[§] case fatality rate
[¶] risk ratio.
 * Subscript G indicates correction for the outlier of Gove County.

Table 3
Sensitivity analysis (step 3), excluding counties without mask mandate with cities with mask mandate.

	Configuration A		Configuration B	
	MMC [†]	noMMC [‡]	MMC [†]	noMMC [‡]
People total	1,038,944	604,718	522,902	658,089
Infected people	13,138	9,503	7036	9970
Deaths	214	93	130	135
CFR [§]	1.63%	0.98%	1.85%	1.35%
RR [¶] (MMC [†])		1.68 [1.37–1.91]		1.37 [1.16–1.63]
p		<0.001		0.01

[†] mask mandated counties
[‡] counties without mask mandate
[§] case fatality rate
[¶] risk ratio

Table 4
Results after infection rate correlated bias check (Step 4a) *

	Configuration A		Configuration B	
	MMC [†]	noMMC [‡]	MMC [†]	noMMC [‡]
People total	1,072,139	638,955	556,097	704,210
Infected (corr.)	16,578	9,880	8215	10,403
Deaths	241	95	156	137
CFR [§]	1.45%	0.96%	1.90%	1.32%
RR (MMC [†])		1.52 [1.24–1.72]		1.45 [1.23–1.69]
p		<0.001		0.001
CFR _G [§]	1.39%	0.96%	1.78%	1.32%
RR _G (MMC [†])		1.46 [1.19–1.65]		1.36 [1.15–1.59]
D _G		0.002		0.01

[†] mask mandated counties

[‡] counties without mask mandate

[§] case fatality rate

^{||} risk ratio.

* Subscript G indicates correction for the outlier of Gove County.

3.6. Step 4c: Negative control (optional)

There was no statistically significant difference between case fatality rates from February 1st, 2020 to April 15th, 2020 in neither configuration (Configuration A: $P = .86$; $RR = 1.06$ [0.65–1.56], configuration B: $P = .64$; $RR = 1.2$ [0.73–2.02]).

Furthermore, Table 5 demonstrates the change of RR under the assumption that of 15% of deaths were not caused by severe complications of COVID-19 as underlying cause of death.^[15]

4. Discussion

The objective of this study was to find out whether mask mandates contribute to the COVID-19 CFR by comparing data between Kansas counties that had mask mandates and those that did not have mask mandates during the same time period in the summer of 2020.

The most important finding from this study is that contrary to the accepted thought that fewer people are dying because infection rates are reduced by masks, this was not the case. Results from this study strongly suggest that mask mandates actually caused about 1.5 times the number of deaths or ~50% more deaths compared to no mask mandates. This means that the

risk for the individual wearing the mask should even be higher, because there is an unknown number of people in MMC who either do not obey mask mandates, are exempted for medical reasons or do not go to public places where mask mandates are in effect. These people do not have an increased risk and thus the risk on the other people under a mask mandate is actually higher.

The mask mandates themselves have increased the CFR by 1.85 / 1.58 or by 85% / 58% in counties with mask mandates. It was also found that almost all of these additional deaths were attributed solely to COVID-19. Therefore, this number is most likely underestimated and depends to a large extent on the percentage of people who tested positive for SARS-CoV-2 but did not die with COVID-19 as the underlying cause of death. The study by Cobos-Siles et al^[15] described that 15% of patients with COVID-19 infection died from decompensation due to other pathologies and the cause of death was unrelated to severe complications of COVID-19. The study by Rommel et al^[16] describes that from 38,641 deaths with and by COVID-19 only 31,638 (81.9%) were reported with COVID-19 as the underlying cause of death. Correcting for this phenomenon (using the former value by Cobos-Siles) raises the RR for deaths with COVID-19 as the underlying cause to 2.10 (in configuration A).

Table 5
Adjusting RR for a rate of 85% of deaths with COVID-19 as underlying cause.

No-MMC [†]	MMC [‡]	
9880	13665	Infected
95	241	Deaths
0	111	Thereof additional deaths by mask mandate [§]
73	101	85% deaths with COVID-19 as underlying cause of death without mask mandate ^{††}
73	212	deaths with COVID-19 as underlying cause of death ^{§§}
0,74%	1,55%	CFR ^{§§} (for deaths with COVID-19 as underlying cause of death)
	2,10	RR (for deaths with COVID-19 as underlying cause of death)

[†] counties without mask mandate

[‡] mask mandated counties.

[§] As calculated in step 4b

^{||} coronavirus disease 2019.

^{††} [(total deaths) * 85% - (additional deaths by mask mandate)] * [infected in group] / [infected total].

^{§§} Total of the two rows above

^{§§§} case fatality rate

^{||} risk ratio (MMC/noMMC).

4.1. Hypothesis

A rationale for the increased RR by mandating masks is probably that virions that enter or those coughed out in droplets are retained in the facemask tissue, and after quick evaporation of the droplets,^[17] hypercondensed droplets or pure virions (virions not inside a droplet) are re-inhaled from a very short distance during inspiration. This process will be referred to as the “Foegen effect” because a review of the literature did not yield any results on this effect, which has not been described earlier.

The fundamentals of this effect are easily demonstrated when wearing a facemask and glasses at the same time by pulling the upper edge of the mask over the lower edge of the glasses. Droplets appear on the mask when breathing out and disappear when breathing in.

In the “Foegen effect,” the virions spread (because of their smaller size) deeper into the respiratory tract.^[18] They bypass the bronchi and are inhaled deep into the alveoli, where they can cause pneumonia instead of bronchitis, which would be typical of a virus infection. Furthermore, these virions bypass the multilayer

squamous epithelial wall that they cannot pass into in vitro^[19] and most likely cannot pass into in vivo. Therefore, the only probable way for the virions to enter the blood vessels is through the alveoli.

Moreover, the “Foegen effect” could increase the overall viral load because virions that should have been removed from the respiratory tract are returned. Viral reproduction in vivo, including the reproduction of the re-inhaled virions, is exponential compared with the mask-induced linear droplet reduction.^[20] Therefore, the number of exhaled or coughed out virions that pass through the facemask might, at some point, exceed the number of virions shed without facemasks. Furthermore, the hypercondensed droplets and pure virions in the mask might be blown outwards during expiration, resulting in aerosol transmission instead of droplet transmission. Moreover, these 2 effects might be linked to a resurgence of rhinovirus infections.^[21]

The use of “better” masks (e.g., FFP2, FFP3) with a higher droplet-filtering capacity probably should cause an even stronger “Foegen effect” because the number of virions that are potentially re-inhaled increases in the same way that outward shedding is reduced.

Another salient point is that COVID-19-related long-term effects and multisystem inflammatory syndrome in children may all be a direct cause of the “Foegen effect.” Virus entry into the alveoli and blood without being restricted to the upper respiratory tract and bronchi and can cause damage by initiating an (auto) immune reaction in most organs.

Regarding the proposed consequences of the “Foegen effect,” the question arises which share of the global death toll and long-term effects of COVID-19 can be attributed to widespread mask use.

4.2. Supporting literature

Chan et al^[22] proved the “Foegen effect” in a golden Syrian hamster by showing a significant increase in viral load in the lungs of masked hamsters compared with non-masked hamsters ($P < .05$). Unfortunately, these findings are left undiscussed in their study. As their study also finds an increased viral load in the lung when only the infected hamster was masked, this reinforces the abovementioned theory of the facemasks increasing the number of aerosols emitted by the wearer.

The study by Adjodah et al^[23] analyzes the effect of mask mandates on cases and mortality (but not CFR) in the USA on a pre-post-basis, and finds that after the lifting of a mask mandate, cases rise but mortality does not, which effectively means that lifting a mask mandate lowers the CFR. Conversely, the implementation of a mask mandate increases CFR. This can also be seen in the data from Adjodah et al by taking the delay between infection and death (14 days^[11]) into account: Deaths on day 40 are still within the 95% CI of day 14, while cases on day 26 are significantly lower (compared to day zero).

While 1 might think that obstructing the expiratory pathway in respiratory infections has never been performed before, this is regularly performed for patients with acute respiratory distress syndrome, wherein ventilation masks, and not facemasks, are provided to increase the oxygen supply. Frat et al^[24] compared ventilation masks to nasal cannulas and showed a significant difference that favoured nasal cannula use based on a 90-day mortality assessment. Patel et al^[25] compared ventilation masks to an airtight but ventilated helmet around the patient’s head; however, the trial was stopped early based on the predefined

criteria for efficacy: the mask group had significantly less ventilator-free days, a worse intubation rate, and higher overall mortality, which was attributed to a slightly higher positive end-expiratory pressure in the ventilation mask group; however, a meta-analysis by Guo et al^[26] showed that a high positive end-expiratory pressure correlated with a better outcome, making the helmet study an important indication of the existence of the “Foegen effect.”

Improved respiratory clearance using mucoactive agents, such as herbal medicines^[27] that have been used for centuries or newly developed pharmaceutical drugs,^[28,29] compared with a placebo, reduces exacerbations of respiratory tract infections. Certain observations during the ongoing COVID-19 pandemic, especially the high death rate among medical personnel in Italy during the “first wave” of the pandemic,^[30] could be attributed to working for many hours while wearing facemasks, despite being ill. The accumulation of virions in facemasks was demonstrated by Chughtai et al.^[31]

4.3. Limitations and scope

The main confounder of old age and illness has been accounted for by the parallelisation approach. Comparing counties within one state also leads to minimal differences in access to and quality of the health system, testing numbers, culture and behaviour regarding health and mask usage, climate, and time of infection peaks. This and the use of 2 different configurations (see Tables 2, 3 and 4) means that there is no systematic confounding in these overall much weaker confounding factors.

This study was based on secondary data analysis; thus, future studies with a prospective design are required to understand this research question more clearly.

Ethical principles prevent clinical studies to be conducted to prove the “Foegen effect” in vivo in humans and wearing a mask is not blindable; thus, proving the “Foegen effect” further in humans may be very difficult, especially considering the results of the helmet trial^[25] and early termination as the results for the mask group were extremely poor.

However, a sick person breathing out through a mask (without inhaling) and a puppet “inhaling” through that same mask into a particle collector shortly thereafter might help prove the “Foegen effect.”

Another method of proving or disproving the “Foegen effect” is the use of (H₂O)-O-15 positron emission tomography. The proband will gargle with (H₂O)-O-15, spit it out, then either put on a mask or not, take some deep breaths in and out, and then measurements of thorax and head are started immediately. As by the “Foegen effect,” the positron emission tomography scan should show (more) water being inhaled into the lungs.

Furthermore, lung radiographs were particularly shadowed in the lower lobe and peripherally at the beginning of the pandemic,^[32] but there are unconfirmed observations by healthcare professionals that now, in the wake of the mask requirement, the shadowing is ubiquitous. A corresponding retrospective study could relate the degree of shadowing (and thus the severity of the infection) to the time of average mask wearing.

In animal models, the “Foegen effect” was observed in a golden hamster model. Research on other animals, especially rhesus monkeys, should be conducted. However, it is important to note that the effect was observed on day 5 post-challenge, but not on

day 7. This indicates that the duration of the effect is shorter in healthy individuals, which is plausible because the overall access of immune cells to alveolar epithelium is better than that to the epithelium of the oropharynx. Thus, when testing the “Foegen effect” in animals, multiple endpoints for sacrifice (e.g., daily) should be considered.

Further research should quantify the number of non-COVID-19-related deaths, both in populations with and without mask mandates, to understand the full extent of the effect on CFR. The consequences of the “Foegen effect” in aerosol transmission and viral load on infection rates should be evaluated in future research.

5. Conclusion

This study revealed that wearing facemasks might impose a great risk on individuals, which would not be mitigated by a reduction in the infection rate. The use of facemasks, therefore, might be unfit, if not contraindicated, as an epidemiologic intervention against COVID-19. Proving or disproving the “Foegen effect” using experimental studies as described above should be a priority to public health scientists.

Acknowledgments

I am grateful for the helpful comments by Prof. Oliver Hirsch. I would like to thank Editage [<http://www.editage.com>] for the scientific editing of this manuscript as well as for editing and reviewing it for English language.

Author contributions

Conceptualization: Zacharias Fögen.

Data curation: Zacharias Fögen.

Formal analysis: Zacharias Fögen.

Funding acquisition: Zacharias Fögen.

Investigation: Zacharias Fögen.

Methodology: Zacharias Fögen.

Project administration: Zacharias Fögen.

Resources: Zacharias Fögen.

Software: Zacharias Fögen.

Supervision: Zacharias Fögen.

Validation: Zacharias Fögen.

Visualization: Zacharias Fögen.

Writing – original draft: Zacharias Fögen.

Writing – review & editing: Zacharias Fögen.

References

- [1] Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Inf Dis* 2020;533–4.
- [2] Ioannidis JPA. Infection fatality rate of COVID-19 inferred from seroprevalence data. *Bull World Health Organ* 2021;99:19–33F.
- [3] Van Dyke ME, Rogers TM, Pevzner E, et al. Trends in county-level COVID-19 incidence in counties with and without a mask mandate - kansas, June 1-August 23, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1777–81.
- [4] Bundgaard H, Bundgaard JS, Raaschou-Pedersen DET, et al. Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in danish mask wearers: a randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2021;174:335–43.
- [5] [Dataset 1] Counties and Cities with Mask mandates (October 15th). United States: Kansas Health Institute (KHI); 2020. <https://www.khi.org/policy/article/20-25>. Accessed January 1, 2021.
- [6] [Dataset 2] Population of Counties. United States: Data from Center for Disease Control and Prevention (CDC), state- and local-level public health agencies, compiled by USAFacts; 2020. https://static.usafacts.org/public/data/covid-19/covid_county_population_usafacts.csv. Accessed January 1, 2021.
- [7] [Dataset 3] Population of Cities. United States: Data from United States Census Bureau, compiled by Cubit; 2020. https://www.kansas-demo-graphics.com/cities_by_population. Accessed January 1, 2021.
- [8] Vasishtha G, Mohanty SK, Mishra US, et al. Impact of COVID-19 infection on life expectancy, premature mortality, and DALY in Maharashtra, India. *BMC Infect Dis* 2021;21:343.
- [9] [Dataset 4] crude death rate by Counties 2019, Number of Death by County 2019 for pregnancy complications, birth defects, conditions of perinatal period (early infancy), sudden infant death syndrome (SIDS), motor vehicle accidents, all other accidents and adverse effects, suicide, homicide, and other external causes. United States: Kansas Department of Health and Environment; 2020. http://kic.kdheks.gov/death_new.php. Accessed January 1, 2021.
- [10] [Dataset 5] Daily Cases by Counties: Data from Center for Disease Control and Prevention (CDC), state- and local-level public health agencies, compiled by USAFacts; 2020. https://static.usafacts.org/public/data/covid-19/covid_confirmed_usafacts.csv. Accessed January 1, 2021.
- [11] [Dataset 6] Daily Deaths by Counties: Data from Center for Disease Control and Prevention (CDC), state- and local-level public health agencies, compiled by USAFacts; 2020. https://static.usafacts.org/public/data/covid-19/covid_deaths_usafacts.csv. Accessed January 1, 2021.
- [12] Khalili M, Karamouzian M, Nasiri N, et al. Epidemiological characteristics of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Infect* 2020;148:e130.
- [13] [Dataset 7] Excess Deaths Associated with COVID-19. Center for Disease Control and Prevention (CDC); 2020. https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm. Accessed January 1, 2021.
- [14] Data on Kansas test positivity rate. Department of Health and Human Services, compiled by <https://covidactnow.org/us/kansas-ks/> Accessed September 19, 2021.
- [15] Cobos-Siles M, Cubero-Morais P, Arroyo-Jiménez I, et al. Cause-specific death in hospitalized individuals infected with SARS-CoV-2: more than just acute respiratory failure or thromboembolic events. *Intern Emerg Med* 2020;15:1533–44.
- [16] Rommel A, Lippe EV, Plass D, et al. The COVID-19 disease burden in Germany in 2020—years of life lost to death and disease over the course of the pandemic. *Dtsch Arztebl Int* 2021;118:145–51.
- [17] Wells WF. On air-borne infection. Study II. Droplets and droplet nuclei. *Am J Epidemiol* 1934;20:611–8.
- [18] Thomas RJ. Particle size and pathogenicity in the respiratory tract. *Virulence* 2013;4:847–58.
- [19] Milewska A, Kula-Pacurar A, Wadas J, et al. Replication of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in human respiratory epithelium. *J Virol* 2020;94:e00957–1020.
- [20] Asadi S, Cappa CD, Barreda S, Wexler AS, Bouvier NM, Ristenpart WD. Efficacy of masks and face coverings in controlling outward aerosol particle emission from expiratory activities. *Sci Rep* 2020;10:15665.
- [21] Poole S, Brendish NJ, Tanner AR, Clark TW. Physical distancing in schools for SARS-CoV-2 and the resurgence of rhinovirus. *Lancet Respir Med* 2020;8:e92–3.
- [22] Chan JF, Yuan S, Zhang AJ, et al. Surgical mask partition reduces the risk of noncontact transmission in a golden syrian hamster model for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clin Infect Dis* 2020;71:2139–49.
- [23] Adjodah D, Dinakar K, Chinazzi M, et al. Association between COVID-19 outcomes and mask mandates, adherence, and attitudes. *PLoS One* 2021;16:e0252315.
- [24] Frat JP, Thille AW, Mercat A, et al. High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. *N Engl J Med* 2015;372:2185–96.
- [25] Patel BK, Wolfe KS, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. Effect of noninvasive ventilation delivered by helmet vs face mask on the rate of endotracheal intubation in patients with acute respiratory distress syndrome: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315:2435–41.
- [26] Guo L, Xie J, Huang Y, et al. Higher PEEP improves outcomes in ARDS patients with clinically objective positive oxygenation response to PEEP: a systematic review and meta-analysis. *BMC Anesthesiol* 2018;18:172.
- [27] Wagner L, Cramer H, Klose P, et al. Herbal medicine for cough: a systematic review and meta-analysis. *Forsch Komplementmed* 2015;22:359–68.

- [28] Cazzola M, Rogliani P, Calzetta L, Hanania NA, Matera MG. Impact of mucolytic agents on COPD exacerbations: a pair-wise and network meta-analysis. *COPD* 2017;14:552–63.
- [29] Rubin BK. The pharmacologic approach to airway clearance: mucocactive agents. *Paediatr Respir Rev* 2006;7:S215–9.
- [30] Nava S, Tonelli R, Clini EM. An Italian sacrifice to the COVID-19 epidemic. *Eur Respir J* 2020;55:2001445.
- [31] Chughtai AA, Stelzer-Braid S, Rawlinson W, et al. Contamination by respiratory viruses on outer surface of medical masks used by hospital healthcare workers. *BMC Infect Dis* 2019;19:491.
- [32] Zhao W, Zhong Z, Xie X, Yu Q, Liu J. Relation between chest CT findings and clinical conditions of coronavirus disease (COVID-19) pneumonia: a multicenter study. *AJR Am J Roentgenol* 2020;214:1072–7.

Abstract auf Deutsch:

Umfangreiche Beweise in der Literatur unterstützen die obligatorische Verwendung von Gesichtsmasken zur Verringerung der Infektionsrate des schweren akuten respiratorischen Syndroms Coronavirus 2, das die Coronavirus-Krankheit (COVID-19) verursacht.

Die Wirkung der Maskennutzung auf den Krankheitsverlauf bleibt jedoch umstritten.

Diese Studie zielte darauf ab, festzustellen, ob die obligatorische Verwendung von Masken die Sterblichkeitsrate in Kansas, USA, zwischen dem 1. August und dem 15. Oktober 2020 beeinflusste. Diese Studie verwendete Sekundärdaten zu Fallaktualisierungen, Maskenpflichten und demografischem Status in Bezug auf den Bundesstaat Kansas, USA.

An diesen Daten wurde eine Parallelisierungsanalyse auf der Grundlage von Daten auf Kreisebene durchgeführt.

Die Ergebnisse wurden durch die Durchführung mehrerer Sensitivitätsanalysen und einer Negativkontrolle kontrolliert.

Eine Parallelisierungsanalyse auf der Grundlage von Daten auf Bezirksebene zeigte, dass in Kansas Bezirke mit Maskenpflicht signifikant höhere Fallsterblichkeitsraten aufwiesen als Bezirke ohne Maskenpflicht, mit einem Risikoverhältnis von 1,85 (95 % Konfidenzintervall [95 % KI]: 1,51–2,10) für Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19.

Auch nach Bereinigung um die Anzahl der „geschützten Personen“, also der Anzahl der nicht infizierten Personen in der Maskenpflicht-Gruppe im Vergleich zur Nicht-Masken-Gruppe, blieb das Risikoverhältnis mit 1,52 signifikant hoch (95 %-KI: 1,24–1,72).

Durch die Analyse der Übersterblichkeit in Kansas stellt diese Studie fest, dass über 95 % dieses Effekts ausschließlich auf COVID-19 zurückzuführen sind.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Verwendung von Masken eine noch unbekannte Bedrohung für den Benutzer darstellen könnte, anstatt ihn zu schützen, was Maskenpflichten zu einer umstrittenen epidemiologischen Intervention macht.

Die Ursache dieses Trends wird hier anhand der „Foegen-Effekt“-Theorie erklärt; Das heißt, eine tiefe Reinalation von hyperkondensierten Tröpfchen oder reinen Virionen, die in Gesichtsmasken eingeschlossen sind, da Tröpfchen die Prognose verschlechtern und mit den langfristigen Auswirkungen einer COVID-19-Infektion in Verbindung gebracht werden können.

Während der „Fögen-Effekt“ in einem Tiermodell in vivo nachgewiesen wurde, sind weitere Untersuchungen erforderlich, um ihn vollständig zu verstehen.

- Leerseite -

Liste maskenkritischer Studien

1. [Ritter et al. 1975](#)
2. [Ha'eri & Wiley 1980](#)
3. [Orr 1981](#)
4. [Laslett & Sabin 1989](#)
5. [Tunevall 1991](#)
6. [Figueiredo et al. 2001](#)
7. [Lahme et al. 2001](#)
8. [Skinner & Sutton 2001](#)
9. [Butz 2005](#)
10. [Dreller et al. 2006](#)
11. [Beder et al. 2008](#)
12. [Bahli 2009](#)
13. [Sellden 2010](#)
14. [Webster et al. 2010](#)
15. [bin-Reza et al. 2011](#)
16. [Carøe 2014](#)
17. [Jung et al. 2014](#)
18. [Lipp & Edwards 2014](#)
19. [Salassa & Swiontkowski 2014](#)
20. [Da Zhou et al. 2015](#)
21. [MacIntyre et al. 2015](#)
22. [Hardie 2016](#)
23. [Smith et al. 2016](#)
24. [Person et al. 2017](#)
25. [Radonovich et al. 2019](#)
26. [BfArM 2020](#)
27. [Brainard et al. 2020](#)
28. [Brosseau & Sietsema 2020](#)
29. [Bundgaard et al. 2020](#)
30. [Chandrasekarang & Fernandez 2020](#)
31. [Chu et al. 2020](#)
32. [Desai & Mehrotra 2020](#)
33. [Feng et al. 2020](#)
34. [Fisher et al. 2020](#)
35. [Howard et al. 2020](#)
36. [Huber 2020](#)
37. [Jefferson et al. 2020](#)
38. [Kappstein, CME-Fortbildung "Krankenhaushygiene" 2020](#)
39. [Klompas et al. 2020](#)
40. [Leffler et al. 2020](#)
41. [Onishi 2020](#)
42. [Oxford CEBM 2020](#)
43. [The Royal Society & The British Academy 2020](#)
44. [Universität East Anglia 2020](#)
45. [Wieland 2020](#)
46. [Xiao et al. 2020](#)
47. [Fögen 2022](#)

- Leerseite -

Fundstelle

openJur 2021, 15120

Rkr: AmtlSlg:

Tenor

- ¹ 1. Die Schulleitung der ... Schule in S., bestehend aus dem Schulleiter ... und der stellvertretenden Schulleiterin ..., wird angewiesen, es zu unterlassen gegenüber der Betroffenen **die Anordnung zu treffen, auf dem Schulgelände eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.**
- ² 2. Der unter Ziff. 1 genannten Schulleitung **wird verboten,** aufgrund der unter Ziff. 1 getroffenen Anordnung gegenüber der Betroffenen Maßnahmen zu ergreifen, die diese gegenüber den Mitschülern ungleich behandeln, beispielsweise das Kind aufgrund der obigen Anordnung vom Klassenverband zu isolieren oder vom Unterricht auszuschließen oder seinen Sitzplatz mit besonderen Vorrichtungen zu versehen.
- ³ 3. Die sofortige Wirksamkeit wird angeordnet.
- ⁴ 4. Kosten werden nicht erhoben, außergerichtliche Kosten werden nicht erstattet.
- ⁵ 5. Der Verfahrenswert wird auf 2.000,00 € festgesetzt.

Gründe

- ⁶ Gegenstand des Verfahrens ist die Anregung der Eltern des betroffenen Kindes, ein Verfahren gem. § 1666 BGB einzuleiten und die Gefährdung des Wohles des Kindes durch die Anordnung zum Tragen eines Mund- und Nasenschutzes während und außerhalb des Unterrichts, sowie zur Wahrung räumlicher Distanz zu anderen Personen durch die ...Schule in S. zu überprüfen.

⁷ I. Zuständigkeit des Gerichts:

- ⁸ § 1666 Abs. 4 BGB ermöglicht es, in Angelegenheiten der Personensorge, Maßnahmen mit Wirkung für und gegen einen Dritten zu treffen.
- ⁹ Die Eltern sind hierbei nach herrschender Auffassung nicht gezwungen, vorab den Zivilrechtsweg zu beschreiten (Palandt-Götz, § 1666 Rn. 41). Entsprechend sind sie auch nicht gezwungen, zunächst gegen die der Anordnung zugrundeliegende Verordnung den Verwaltungsrechtsweg zu beschreiten und ggf. ein Normenkontrollverfahren anzustreben. Das folgt schon daraus, dass mit dem Verwaltungsverfahren ein anderes Rechtsschutzziel verfolgt wird, als mit der hier angestrebten Anordnung gegenüber der Schulleitung und den Lehrern des Kindes.
- ¹⁰ Der Verwaltungsrechtsweg ist für diese Streitigkeiten nicht eröffnet, da sie als Familiensache durch Bundesgesetz einem anderen Gericht, nämlich dem Familiengericht gem. § 23a Abs. 1 GVG ausdrücklich zugewiesen sind (§ 40 Abs. 1 VwGO).
- ¹¹ Wie aus § 1837 Abs. 3, 4 BGB zeigt, kann die Anordnung auch gegenüber einer Behörde erfolgen, so dass es für die Zuständigkeitsprüfung nicht darauf ankommt, ob die Schulleitung und die Klasseleitung als natürliche Personen oder in ihrer Funktion Adressaten der Anweisung sind. Adressat der Weisung kann zum Beispiel auch eine psychiatrische Klinik (in der Regel eine juristische Person des öffentlichen Rechts) sein (Palandt-Götz § 1666 Rn. 41).

¹² II. Gefährdung des Kindeswohls

- ¹³ Das Gericht hat daher auf die Anregung der Eltern gem. § 24 FamFG von Amts wegen gem. § 26 FamFG zu prüfen, ob eine Gefährdung des Wohls des betroffenen Kindes gegeben ist.
- ¹⁴ Eine Gefährdung des Kindes ist zu bejahen, bei einer gegenwärtigen, in einem solchen Maß vorhandenen Gefahr für das geistige, körperliche oder seelische Wohl des Kindes, dass sich bei weiterer Entwicklung ohne Intervention eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt. (Palandt-Götz, § 1666 Rn. 8).
- ¹⁵ 1. Abstrakte Möglichkeit der Gefährdung des Wohls von Kindern durch das Tragen von Masken:
- ¹⁶ Das Gericht hat ein Sachverständigengutachten zu der Frage erholt, welche Schäden physischer, psychischer und pädagogischer Art durch das Tragen von Masken insbesondere bei Kindern entstehen können.
- ¹⁷ Als Sachverständiger bestimmt und mit der Begutachtung beauftragt wurde Prof. Dr. ... (im Folgenden Nr. 1)
- ¹⁸ Zwar ist eine formelle Beweiserhebung im Verfahren der einstweiligen Anordnung nicht vorgesehen und im Regelfall auch zu zeitaufwändig, da die Hinzuziehung von Sachverständigen üblicherweise mit einer im Verfahren der einstweiligen Anordnung nicht zu vertretenden Verzögerung verbunden ist. Vorliegend konnte das Gericht jedoch auf den Sachverständigen ... zurückgreifen, der gerichtsbekannt bereits für das Amtsgericht Weimar unter dem Az. 9 F 147/21 ein entsprechende Gutachten erstellt hat und der dem Gericht eine Vorabfassung seines Gutachtens per mail zukommen ließ. Auch im Verfahren der einstweiligen Anordnung ist die Aufklärung des Sachverhaltes und die Feststellung der für die Entscheidung relevanten Tatsachengrundlagen geboten, soweit dies dem Gericht im Rahmen der summarischen Überprüfung in angemessener Zeit möglich ist. Die Erkenntnisse des Gutachtens werden im übrigen noch für das einzuleitende Hauptsacheverfahren herangezogen werden und ist dort den Beteiligten gem. § 30 FamFG rechtliches Gehör zu diesem Gutachten zu gewähren.
- ¹⁹ Die Einholung des Gutachtens war aus folgenden Gründen sachlich zur Aufklärung des Sachverhaltes geboten:
- ²⁰ Es gibt Meinungen, die besagen, dass das Tragen von Masken für Kinder grundsätzlich harmlos sei. Würde dies zutreffen, wäre die Prüfung, ob eine Kindeswohlgefährdung vorliegt, bereits an dieser Stelle beendet. Dem Gericht fehlt zur Beurteilung dieser Frage jedoch die erforderliche Sachkunde. Der Sachverständige (Nr.1)... führt hierzu (Bl. 29 des Gutachtens) aus:

- ²¹ „Ein erstes Argument, das man oft hört, ist der Vergleich mit OP-Ärzten, welche ja auch stundenlang während Operationen Masken tragen, ohne dass sich angeblich Beeinträchtigungen zeigen würden“
- ²² Ein weiteres (...) Argument stammt vom Sprecher des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Dr. Jakob Maske. Er hat sich gegenüber der Deutschen Presse-Agentur folgendermaßen geäußert (zitiert nach der Welt [86]):
- ²³ "Auch kleine Kinder könnten einen Mundschutz tragen. "Das ist gar kein Problem", erklärt der Experte. Angenommen, ein Kind würde tatsächlich nicht genügend Sauerstoff oder zu viel CO₂ einatmen, dann würde es müde werden und sich abgeschlagen fühlen, so der Mediziner. In diesem Fall nähme das Kind die Maske von allein ab".
- ²⁴ Tatsächlich kommt das Gericht entgegen dieser Behauptungen aufgrund des eingeholten Sachverständigengutachtens zu dem Schluss dass von den Gesichtsmasken für Kinder eine erhebliche Gefährdung deren geistigen und körperlichen Wohles ausgehen kann:
- ²⁵ a) mögliche körperliche Beeinträchtigungen durch das Tragen der Maske:
- ²⁶ Der Sachverständige führt für das Gericht nachvollziehbar und überzeugend folgendes aus (Seite 18 des Gutachtens):
- ²⁷ "Einen klaren und eindrücklichen Beleg für die Bandbreite und zahlenmäßige Größenordnung der Nebenwirkungen des Tragens von Masken bei Kindern stellen die Ergebnisse des weltweit ersten Registers dar, in dem – vergleichbar zur Sammlung von Nebenwirkungen von Medikamenten durch das Paul-Ehrlich-Institut – Eltern, Ärzt*innen, Pädagog*innen und andere ihre Beobachtungen zu den Nebenwirkungen des Tragens einer Maske bei Kindern und Jugendlichen eintragen können. Dort werden zum einen mittels einer Checkliste verschiedene mögliche Symptome abgefragt (siehe folgende Tabelle aus dem Artikel), zum anderen können in einem Freitextfeld weitere Symptome angegeben werden.
- ²⁸ Die ersten Ergebnisse wurden kürzlich in der Fachzeitschrift Monatsschrift Kinderheilkunde publiziert [60]. Binnen einer Woche nach Start des Registers hatten bereits 20.353 Personen Eintragungen vorgenommen, allein die Gruppe der Eltern gab Daten zu 25.930 Kindern ein. Im Artikel werden die Ergebnisse aus den Elterneinträgen berichtet. Die angegebene durchschnittliche Tragedauer der Maske lag bei 270 min am Tag. Insgesamt berichten die Eingebenden zu 68 Prozent, dass Kinder über Beeinträchtigungen durch das Maskentragen klagen. Beispielsweise litten 13.811 der Kinder unter Kopfschmerzen, 12.824 unter Konzentrationsschwierigkeiten, 9.460 unter Schläfrigkeit, 7.700 unter Kurzatmigkeit, 6.848 unter Schwindel, 5.365 unter Ohnmachtsanfällen und 4.292 unter Übelkeit."
- ²⁹ Zwar merkt der Sachverständige an, dass die Einträge der Eltern nicht alle ärztlich gegenvalidiert werden konnten, dennoch ergäben die Einträge nach den Autoren der Studie ein ausgewogenes Gesamtbild mit plausiblen Symptomspektrum und einer gut nachvollziehbaren Beeinträchtigungen, die bei Kindern im Zusammenhang mit der Maske beobachtet werden können. (Bl. 21 des Gutachtens).
- ³⁰ Bestätigt würden die beschriebenen Beschwerden auch durch weitere Studien an anderen Personengruppen, die ebenfalls Maske tragen müssen. Studien an Erwachsenen zeigten, dass das Tragen von Masken Effekte auf physiologischer Ebene nach sich ziehen könne.
- ³¹ Der Sachverständige führt hierzu aus (Bl. 22/23 des Gutachtens):
- ³² "Studien an Erwachsenen zeigen, dass das Tragen von Masken Effekte auf physiologischer Ebene nach sich ziehen kann, insbesondere unter körperlicher Anstrengung. Bereits nach wenigen Minuten findet sich in manchen Studien eine etwas höhere CO₂-Konzentration im Blut, ein schnellerer Herzschlag und eine schnellere Atmung [62,63]. Beim stundenlangen Tragen von OP-Masken zeigt sich auch ein Abfall der Sauerstoffsättigung im Blut. Wichtig ist zum einen anzumerken, dass es auch Studien gibt, in welchen solche Effekte nicht beobachtet werden. Zum anderen ist es wichtig anzumerken, dass sich die Werte beim Tragen von Masken bezogen auf die Durchschnittswerte über die untersuchten Probanden hinweg in einer Größenordnung bewegen, welche laut den gängigen Richtlinien keine klinische Relevanz erreicht.
- ³³ Allerdings ist zu beachten, dass es bei unerkannten Vorerkrankungen trotzdem zu extremeren Nebenwirkungen wie Panik, Krampfanfällen und Bewusstseinsstörungen kommen kann. Diesbezüglich ist ein wichtiger methodischer Aspekt bei der Interpretation von Studien zu möglichen Nebenwirkungen von Masken anzumerken: Allein aus der Beobachtung, dass es keinen statistisch signifikanten Unterschied in den durchschnittlichen physiologischen Werten zwischen den Bedingungen mit und ohne Maske gibt, kann nicht auf die Nichtexistenz von Nebenwirkungen geschlossen werden. (...).
- ³⁴ In Bezug auf die möglichen physiologischen Schäden des Maskentragens bei Kindern ist ein grundlegendes Problem, dass es bisher zu den Wirkungen bei Kindern kaum Studien gibt. Das ist insbesondere deswegen problematisch, weil die beschriebenen Effekte bei Kindern stärker ausfallen könnten, weil der Sauerstoffverbrauch bei Kindern höher und die Atemreserve geringer ist, bei Kindern der prozentuale Anteil des Totraumvolumens der Maske am Gesamatemvolumen größer ist und sich der Durchströmungswiderstand der Maske aufgrund der schwächer ausgeprägten Atemmuskulatur stärker auswirken kann.
- ³⁵ (...) Im Zuge einer umfassenden Literaturrecherche (wurde) eine einzige Studie entdeckt, in welcher die physiologischen Konsequenzen des fünfminütigen Tragens von N95-Masken bei 7-14 Jahre alten Kindern untersucht wurde, einmal beim Lesen und einmal bei leichter körperlicher Belastung [69]. Es zeigte sich, dass sich die CO₂-Konzentration (end-tidal carbon dioxide und fractional inspired carbon dioxide) beim Tragen der Maske in beiden Fällen um bis zu 34 Prozent (leichte körperliche Bewegung) anstieg, wobei die Werte noch immer keine klinische Relevanz erreichten.
- ³⁶ Das Problem ist allerdings, dass im Zuge der Maskenpflicht im Unterricht Kinder nicht nur fünf Minuten Masken tragen, sondern bis zu zehn Stunden täglich an fünf Tagen pro Woche. Zu solch langen Tragedauern gibt es keinerlei Studien. Das ist insbesondere deswegen als höchst problematisch einzuschätzen, weil es bei der staatlichen Verordnung von verpflichtenden Maßnahmen für Millionen von Kinder aus medizinethischer Perspektive eigentlich unbedingt geboten ist, mögliche Risiken vor der Verordnung der Maßnahme zu prüfen und evidenzbasiert auszuschließen bzw. das Risiko zumindest zu quantifizieren."

- ³⁷ Der Sachverständige führt weiter an, dass es durch die Masken zu einem Erkrankungsbild kommen kann, welches als "Maskenmund" bezeichnet wird und welches mit Erkrankungen wie Karies, Mundgeruch und Zahnfleischentzündungen einhergeht. Bei jüngeren Kindern könne es zudem zu einer Verformung der Ohrmuschel kommen. Auf der Maske könnten sich Viren, Bakterien und Pilze ansammeln, welche immer wieder eingeatmet würden und Krankheiten verursachen könnten. Auch durch enthaltene mögliche Giftstoffe in den Masken könnten Gesundheitsgefahren für die Kinder ausgehen.
- ³⁸ Zur Überzeugung des Gerichts steht daher fest, dass das körperliche Wohl von Kindern durch das länger andauernde Tragen der Masken, wie im Schulunterricht gefährdet werden kann.
- ³⁹ Es folgt weiter den überzeugenden Argumenten des Sachverständigen, der zu den zu Anfang aufgestellten Hypothesen, dass das Masketragen für die Kinder keine Gefahr darstellen würde erklärt:
- ⁴⁰ *"(...) Das Tragen von Masken im Klassenzimmer nicht vergleichbar mit dem Tragen von Masken in Operationssälen. Operationssäle sind mit Hochleistungsbelüftungssystemen ausgestattet, welche einen Überdruck aufrechterhalten und den Sauerstoffgehalt der Raumluft erhöhen. Zudem werden die Masken dort bei Durchfeuchtung sofort gewechselt, was im Klassenzimmer aufgrund der begrenzten Anzahl der Masken pro Kind nicht möglich ist. Weiterhin sind OP-Ärzte im hygienetechnisch sinnvollen Umgang mit der Maske hoch trainiert, so dass Ansteckungen durch die Ansammlung von Keimen auf der Maske über die Hände minimiert werden, was bei Grundschulern aufgrund ihres entwicklungspsychologischen Reifegrads unmöglich ist."*
- ⁴¹ Dazu, dass Kinder wenn sie müde würden und sich abgeschlagen fühlten, die Maske von alleine abnehmen erklärt er:
- ⁴² *"Angesichts dessen, dass es hierzu keinerlei empirische Studien dazu gibt, handelt es sich bei dieser Aussage um eine bloße Hypothese. Wenn strikte Regeln von sozialen Instanzen vorgegeben werden und ein sozialer Druck in der Klasse herrscht, ist es aber aus psychologischer Perspektive nicht zu erwarten, dass insbesondere kleinere Kinder sich in einem solchen Fall von sich aus die Maske abnehmen werden."*
- ⁴³ Das Gericht schließt sich dieser überzeugenden Argumentation an.
- ⁴⁴ b) Gefährdung des seelischen Wohls der Kinder
- ⁴⁵ Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen...(Nr.1) ist durch die Verpflichtung zum Tragen eine Mund-Nasen-Bedeckung an Schulen mit weitreichenden psychischen Beeinträchtigungen der Kinder bzw. mit weitreichenden negativen Effekten hinsichtlich deren Entwicklung und Heranreifung zu rechnen.
- ⁴⁶ Der Gutachter zitiert eine aktuellen Überblicksarbeit zu den Nebenwirkungen des Maskentragens auf das emotionale Erleben und die soziale Kommunikation des Neurowissenschaftlers Manfred Spitzer, der zu dem Schluss kommt, dass das Masketragen zu Einschränkungen der nonverbalen Kommunikation, einer negativen Verzerrung des emotionalen Erlebens und einer Beeinträchtigung der Empathie führt (Bl. 24 des Gutachtens):
- ⁴⁷ *"Einschränkung der nonverbalen Kommunikation*
- ⁴⁸ *Durch das Tragen von Masken wird die nonverbale Kommunikation extrem eingeschränkt, was insbesondere für kleinere Kinder einer der wichtigsten Kanäle für das Entstehen einer tragfähigen sozialen Beziehung darstellt. Weiterhin ist der Gesichtsausdruck einer der zentralen Signale, über welchen wir den eigenen emotionalen Zustand kommunizieren und den emotionalen Zustand des Gegenübers erschließen, was einer der fundamentalen Bausteine der Entwicklung einer hohen emotionalen und sozialen Kompetenz darstellt. Gerade Kinder müssen es erst noch lernen, diese Signale in den Gesichtern anderer zuverlässig zu deuten.*
- ⁴⁹ *Negative Verzerrung des emotionalen Erlebens*
- ⁵⁰ *Hinzu kommt ein weiterer negativer Effekt: Laut Studien wird Angst und Trauer eher aus den Augen abgelesen und Freude eher aus der Mundregion. Weiterhin werden ohne das Signal von der Mundregion emotionale Gesichtsausdrücke fehlgedeutet. Ein eigentlich fröhlicher Gesichtsausdruck wird häufig als ein skeptischer Gesichtsausdruck fehlgedeutet, ein überraschter Gesichtsausdruck wird oft als Ärger oder Trauer fehlgedeutet. Das Tragen von Masken könnte also dazu führen, dass man in den Gesichtern anderer seltener positive und verstärkt negative Emotionen wahrnimmt.*
- ⁵¹ *Beeinträchtigung der Empathie*
- ⁵² *Weiterhin wird die Empathie – das Mitfühlen des emotionalen Zustands des anderen – durch das Tragen von Masken beeinträchtigt. Wie Studien zeigen, nimmt man beim miteinander kommunizieren unbewusst den Gesichtsausdruck des Gegenübers ein und fühlt darüber den inneren Zustand des anderen mit, was durch das Tragen einer Maske verhindert wird."*
- ⁵³ Weitere Gefahren sieht der Sachverständige durch einen negativen Effekt auf die Sprachübertragung, da höhere Frequenzen gedämpft würden und das visuelle Signal von den Lippen vollständig behindert werde, was sich insbesondere beeinträchtigend auf das Erlernen einer neuen Sprache auswirke.
- ⁵⁴ Eine weitere, für das Gericht ohne weiteres nachvollziehbare Gefahr, sieht der Sachverständige im Auslösen und Aufrechterhalten von entwicklungspsychologisch unangemessenen Ängsten (Bl. 27 des Gutachtens):
- ⁵⁵ *"Bezogen auf die Corona-Maßnahmen an Grundschulen kommt das Problem hinzu, dass mit Maßnahmen wie dem Masketragen oder dem Abstandhalten den Kindern permanent vermittelt, dass sowohl von anderen eine große Gefahr für sie selbst ausgeht, als auch von ihnen selbst für andere. Damit können Ängste und Schuldgefühle einhergehen, mit welchen ein Kind aufgrund seiner entwicklungsbezogenen Unreife nicht umgehen kann. Ist das der Fall, entwickeln sich Angststörungen, welche das Kind in seiner Entwicklung beeinträchtigen."*

⁵⁶ *Länger anhaltende Angst wirkt sich auf verschiedenen Ebenen der Psyche problematisch aus. Die Gedanken beginnen beispielsweise um das angstbesetzte Ereignis zu kreisen, so dass das Kind sich nicht mehr auf andere Dinge konzentrieren kann. Auf der Ebene der Motivation wird das vermeidungsbezogene Verhaltenssystem chronisch aktiviert, was dazu führt, dass das Kind nicht mehr Dinge anstrebt, welche es erreichen möchte, sondern die Welt zunehmend durch die Brille möglicher drohender Ereignisse betrachtet, welche es vermeiden möchte. Die Konsequenz ist, dass das Kind in seiner Entwicklung zunehmend stehen bleibt und sich zunehmend zurückzieht. Im Extremfall kann das so weit gehen, dass eine Depression entwickelt wird. Dabei kann es auf der Ebene der Hirnentwicklung zu "biologischen Narben" kommen, was sich in einer lebenslangen erhöhten Vulnerabilität für körperliche und psychosoziale Belastungssituationen niederschlagen kann [80].*

⁵⁷ *Hinzu kommt noch ein weiterer wichtiger Punkt: Die Ängste, welche durch die Corona-Maßnahmen an Schulen ausgelöst werden können, beziehen sich nicht auf einen Aspekt, welcher für uns Menschen wenig Bedeutung hat. Bei einer Angst vor Schlangen ist es beispielsweise so, dass das nicht notwendigerweise stark beeinträchtigend sein muss, weil Schlangen kein relevanter Teil unseres menschlichen Lebens sind. Die Ängste, welche durch die Corona-Maßnahmen an Schulen ausgelöst werden können, betreffen dagegen einen der zentralsten Aspekte des menschlichen Lebens: den Kontakt mit anderen Menschen. Der Mensch ist genuin ein soziales Wesen, das Bedürfnis nach Nähe und guten sozialen Beziehungen ist ein menschliches Grundbedürfnis, genau wie Essen, Trinken oder Schlafen [81].*

⁵⁸ *Mit den an Schulen ergriffenen Maßnahmen wie Maskentragen und Abstandhalten werden also soziale Grundbedürfnisse von Kindern verletzt. Kommt hier noch hinzu, dass Kinder eine Angst vor dem Gegenüber entwickeln, besteht die Gefahr, dass psychische Störungen im sozialen Bereich erworben werden und die soziale Gesundheit von Kindern – und damit die psychische Entwicklung insgesamt – nachhaltig beeinträchtigt wird".*

⁵⁹ 2. Gefährdung des Kindeswohls im konkreten Fall

⁶⁰ Wie die persönliche Anhörung des Kindes am 09.04.2021 ergeben hat, hat sich die für dessen Gesundheit durch das Tragen der Maske bestehende Gefahr bereits realisiert.

⁶¹ Das Kind erklärte in der persönlichen Anhörung, dass es, wenn es die Maske über einen längeren Zeitraum tragen müsse unter Kopfschmerzen und Übelkeit leide. Es sei mehrmals dazu gekommen, dass ihm schwarz vor Augen geworden sei. In der Zeit bis Oktober 2020 sei es bis zu viermal in der Woche dazu gekommen, dass die Mutter es wegen dieser Beschwerden von der Schule abholen musste.

⁶² Seit Oktober habe es ein Maskenattest und sei bis kurz vor Ostern hierdurch von der Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung befreit gewesen.

⁶³ Der Direktor und die Konrektorin hätten aber dann darauf bestanden, dass ein neues Attest ausgestellt werde. Dieses hätte dann die Mutter in einem persönlichen Gespräch dem Rektor auch gezeigt.

⁶⁴ Er habe es aber nicht anerkennen wollen, weil er dies nicht beurteilen könne.

⁶⁵ Das Kind äußerte weiter, es gehe sehr gerne in diese Schule und wolle auch sehr gerne weiter dort hingehen. Die Maske sei aber ein Riesenproblem für es. Es könne jetzt nicht wie eine Freundin, die ebenfalls ein Attest gehabt habe, einfach mit Maske gehen.

⁶⁶ Für das körperliche Wohl des betroffenen Kindes besteht durch die Anordnung der Schulleitung, eine Maske zu tragen, eine in einem solchen Maß vorhandenen Gefahr, dass sich bei weiterer Entwicklung ohne Intervention eine erhebliche Schädigung mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt bzw. ist diese Schädigung bereits eingetreten.

⁶⁷ Die gesundheitlichen Folgen der Maske, wie Kopfschmerzen und Übelkeit, die sogar so weit gingen, dass dem Kind schwarz vor Augen wurde, sind massive, nicht hinnehmbare körperliche Beeinträchtigungen des Kindes. Diese sind zur Überzeugung des Gerichts auch nicht auf andere Ursachen zurückzuführen, insbesondere nicht, wie vielleicht vermutet werden könnte, darauf, dass die Eltern des Kindes diesem die Beschwerden eingeredet hätten. Nicht ohne Grund hatte das Kind ein Attest. Zudem hat das Kind in der Anhörung angegeben, dass die Mutter schon davon genervt gewesen sei, wie oft sie es habe abholen müssen.

⁶⁸ 3. Stellungnahme des Verfahrensbeistandes:

⁶⁹ Der Verfahrensbeistand hat mit Datum vom 12.04.2021 Stellung genommen. Er empfiehlt, das Kind aufgrund des vorgelegten Attestes und der glaubhaft geschilderten Beschwerden, von der Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung zu befreien.

⁷⁰ 4. Stellungnahme des zu Kultusministeriums:

⁷¹ Seitens des Kultusministeriums wurde zum konkreten Fall innerhalb laufender Frist keine Stellungnahme abgegeben. Aus dem e-Mail-Verkehr der Eltern mit der zuständigen Mitarbeiterin des Ministerialauftrags für die ..Schulen in geht folgendes hervor:

⁷² Wer eine solche Befreiung in Anspruch nehmen wolle, müsse den Befreiungsgrund glaubhaft machen. Geschehe dies durch ein ärztliches Attest, müsse dieses zum einen nachvollziehbare Befundtatsachen sowie eine Diagnose enthalten. Zum anderen müsse es darlegen, welche Nachteile für die Schülerin oder den Schüler in der konkreten Tragesituation zu erwarten seien. Eine bloße Aufzählung von Symptomen ergäbe noch keine tragfähige medizinische Diagnose. Es seien auch Grundrechtspositionen andere Schüler betroffen, nämlich das Recht auf Leben und Gesundheit, für die die Schule eine herausgehobene Verantwortung trage.

⁷³ **III. Verfassungswidrigkeit der 12. Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung**

⁷⁴ Das Gericht hatte selbst über die Verfassungsmäßigkeit der Normen zu entscheiden, weil die Vorlagepflicht gem. Art. 100 Abs. 1 GG nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (grundlegend [BVerfGE 1, 184](#) (195ff)) nur für förmliche Gesetze des Bundes und der Länder, nicht aber für nur materielle Gesetze wie Rechtsverordnungen gilt. Über deren Vereinbarkeit mit der Verfassung hat jedes Gericht selbst zu entscheiden.

⁷⁵ Die 12. Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung in der Fassung vom 05.03.2021, gültig bis 18.04.2021 lautet in den entscheidenden Passagen wie folgt:

⁷⁶ § 1

⁷⁷ *Abstandsgebot, Mund-Nasen-Bedeckung*

⁷⁸ (1) *1Jeder wird angehalten, die physischen Kontakte zu anderen Menschen auf ein absolut nötiges Minimum zu reduzieren und den Personenkreis möglichst konstant zu halten. 2Wo immer möglich, ist ein Mindestabstand zwischen zwei Personen von 1,5 m einzuhalten. 3Wo die Einhaltung des Mindestabstands im öffentlichen Raum nicht möglich ist, soll eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen werden. 4In geschlossenen Räumlichkeiten ist stets auf ausreichende Belüftung zu achten.*

⁷⁹ (2) *1Soweit in dieser Verordnung die Verpflichtung vorgesehen ist, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen (Maskenpflicht) oder eine medizinische Gesichtsmaske zu tragen, gilt:*

⁸⁰ 1.

⁸¹ *Kinder sind bis zum sechsten Geburtstag von der Tragepflicht befreit;*

⁸² 2.

⁸³ *Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, sind von der Trageverpflichtung befreit; die Glaubhaftmachung erfolgt bei gesundheitlichen Gründen insbesondere durch eine ärztliche Bescheinigung, die die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie den Grund, warum sich hieraus eine Befreiung der Tragepflicht ergibt, enthält;*

⁸⁴ 3.

⁸⁵ *das Abnehmen der Mund-Nasen-Bedeckung ist zulässig, solange es zu Identifikationszwecken oder zur Kommunikation mit Menschen mit Hörbehinderung oder aus sonstigen zwingenden Gründen erforderlich ist.*

⁸⁶ *2Soweit in dieser Verordnung die Verpflichtung vorgesehen ist, eine FFP2-Maske oder eine Maske mit mindestens gleichwertigem genormten Standard zu tragen (FFP2-Maskenpflicht), gilt Satz 1 entsprechend mit der Maßgabe, dass Kinder zwischen dem sechsten und dem 15. Geburtstag nur eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen müssen.*

⁸⁷ § 18

⁸⁸ *Schulen*

⁸⁹ (1) *1Unterricht und sonstige Schulveranstaltungen im Sinne des Bayerischen Gesetzes über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) sowie die Mittagsbetreuung an Schulen sind nach Maßgabe der folgenden Sätze zulässig, wenn durch geeignete Maßnahmen sichergestellt ist, dass dem Infektionsschutz Rechnung getragen wird. 2Die Schulen und die Träger der Mittagsbetreuung haben für alle Tätigkeiten auf dem Schulgelände und in der Notbetreuung ein Schutz- und Hygienekonzept auf der Grundlage eines ihnen von den Staatsministerien für Unterricht und Kultus und für Gesundheit und Pflege zur Verfügung gestellten Hygieneplans (Rahmenhygieneplan) auszuarbeiten und auf Verlangen der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde vorzulegen. 3 Es gilt:*

⁹⁰ 1.

⁹¹ *in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen eine 7-Tage-Inzidenz von 100 überschritten wird, findet unter den Voraussetzungen des Abs. 4*

⁹² a)

⁹³ *in der Jahrgangsstufe 4 der Grundschulstufe, der Jahrgangsstufe 11 der Gymnasien und der Fachoberschulen sowie in Abschlussklassen Präsenzunterricht, soweit dabei der Mindestabstand von 1,5 m durchgehend und zuverlässig eingehalten werden kann, oder Wechselunterricht und*

⁹⁴ b)

⁹⁵ *an allen übrigen Schularten und Jahrgangsstufen Distanzunterricht statt;*

⁹⁶ 2.

⁹⁷ *in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen die 7-Tage-Inzidenz zwischen 50 und 100 liegt, findet Präsenzunterricht, soweit dabei der Mindestabstand von 1,5 m durchgehend und zuverlässig eingehalten werden kann, oder Wechselunterricht statt;*

⁹⁸ 3.

⁹⁹ *in Landkreisen und kreisfreien Städten, in denen eine 7-Tage-Inzidenz von 50 nicht überschritten wird, findet*

¹⁰⁰ a)

¹⁰¹ *in den Klassen der Grundschulstufe Präsenzunterricht und*

¹⁰² b)

¹⁰³ *an allen übrigen Schularten und Jahrgangsstufen Präsenzunterricht, soweit dabei der Mindestabstand von 1,5 m durchgehend und zuverlässig eingehalten werden kann, oder Wechselunterricht statt.*

¹⁰⁴ 4Abweichend von § 3 bestimmt die zuständige Kreisverwaltungsbehörde durch amtliche Bekanntmachung jeweils am Freitag jeder Woche die für den betreffenden Landkreis oder die kreisfreie Stadt maßgebliche Inzidenzeinstufung nach dem jeweils aktuellen Stand der Veröffentlichung des Robert Koch-Instituts. 5Die für den Inzidenzbereich maßgebliche Regelung gilt dann für den betreffenden Landkreis oder die kreisfreie Stadt jeweils für die Dauer der darauffolgenden Kalenderwoche von Montag bis zum Ablauf des folgenden Sonntags. 6Regelungen zur Notbetreuung werden vom zuständigen Staatsministerium erlassen.

¹⁰⁵ (2) 1Auf dem Schulgelände, in der Mittagsbetreuung und in allen Angeboten der Notbetreuung besteht Maskenpflicht, für die Lehrkräfte gilt darüber hinaus die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske im Rahmen der arbeitsschutzrechtlichen Bestimmungen. 2Unbeschadet des § 1 sind von der Maskenpflicht ausgenommen:

¹⁰⁶ 1.

¹⁰⁷ Schülerinnen und Schüler nach Genehmigung des aufsichtführenden Personals aus zwingenden pädagogisch-didaktischen oder schulorganisatorischen Gründen,

¹⁰⁸ 2.

¹⁰⁹ Schulverwaltungspersonal nach Erreichen des jeweiligen Arbeitsplatzes, sofern nicht weitere Personen anwesend sind,

¹¹⁰ 3.

¹¹¹ Schülerinnen und Schüler während einer effizienten Stoßlüftung des Klassen- oder Aufenthaltsraums sowie kurzzeitig im Außenbereich unter freiem Himmel, solange dabei verlässlich ein ausreichender Mindestabstand eingehalten wird.

¹¹² 3Die jeweiligen Erziehungsberechtigten müssen dafür sorgen, dass die Schülerinnen und Schüler der Maskenpflicht nachkommen.

¹¹³ (3) Die Abs. 1 bis 2 gelten auch für den Lehr- und Studienbetrieb am Staatsinstitut für die Ausbildung von Fachlehrern und am Staatsinstitut für die Ausbildung von Förderlehrern.

¹¹⁴ (4) 1Am Präsenzunterricht und an Präsenzphasen des Wechselunterrichts nach Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 dürfen nur Schülerinnen und Schüler teilnehmen, die zu Beginn des Schultages über ein schriftliches oder elektronisches negatives Ergebnis eines PCR- oder POC-Antigentests in Bezug auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 verfügen und auf Anforderung der Lehrkraft vorweisen oder in der Schule unter Aufsicht einen Selbsttest mit negativem Ergebnis vorgenommen haben. 2Die dem Testergebnis zu Grunde liegende Testung oder der in der Schule vorgenommene Selbsttest dürfen höchstens 48 Stunden vor dem Beginn des jeweiligen Schultags vorgenommen worden sein. 3Soweit Tests in der Schule vorgenommen werden, verarbeitet die Schule das Testergebnis ausschließlich für den schulischen Zweck der Aufrechterhaltung des Präsenzunterrichts; eine Übermittlung an Dritte findet nicht statt. 4Das Testergebnis wird höchstens 14 Tage aufbewahrt.

¹¹⁵ Art 2 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland lautet:

¹¹⁶ (1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.

¹¹⁷ (2) 1Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. 2Die Freiheit der Person ist unverletzlich. 3In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

¹¹⁸ Art. 6 lautet:

¹¹⁹ (1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.

¹²⁰ (2) 1Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. 2Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

¹²¹ (3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.

¹²² (4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.

¹²³ (5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

¹²⁴ Art. 6 soll um folgende Passage ergänzt werden:

¹²⁵ Die verfassungsmäßigen Rechte der Kinder einschließlich ihres Rechts auf Entwicklung zu eigenverantwortlichen Persönlichkeiten sind zu achten und zu schützen. Das Wohl des Kindes ist angemessen zu berücksichtigen. Der verfassungsrechtliche Anspruch von Kindern auf rechtliches Gehör ist zu wahren. Die Erstverantwortung der Eltern bleibt unberührt.

¹²⁶ § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung ist jedenfalls materiell verfassungswidrig, weil er in unverhältnismäßiger Weise in das Recht der Kinder auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und in ihr Recht auf körperliche Unversehrtheit eingreift, ohne ihr Wohl angemessen zu berücksichtigen und ohne ihr Recht auf Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit zu achten und zu schützen.

¹²⁷ Die genannte Verordnung beruht auf §§ 28, 28a IfSG. Der Gesetzgeber hat § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG als Generalklausel ausgestaltet. Darüber hinaus hat er nunmehr in § 28a Abs. 1 IfSG - im Rahmen dessen Anwendungsbereichs während einer aktuellen Pandemielage - bestimmte Standardchutzmaßnahmen benannt, unter anderem in Ziff. 2 die Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung.

¹²⁸ Im Rahmen der summarischen Prüfung im Verfahren der einstweiligen Anordnung kann und muss offen bleiben, ob § 32 Satz 1 i.V.m. § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG dem Bestimmtheitsgebot aus Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG genügt, bejaht hat dies der Bayerische Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 30. März 2020 – 20 NE 20.632 –, Rn. 45, juris.

¹²⁹ Nach Auffassung des Gerichts zweifelhaft ist jedoch, ob die Tatbestandsvoraussetzung des § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG n.F. – d.h. die Feststellung von Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheidern – gegeben ist. Nach Auffassung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes ist dies derzeit im ganzen Bundesgebiet und damit auch im Freistaat Bayern nach der Einschätzung des vom Gesetzgeber durch § 4 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Nr. 1 IfSG hierzu vorrangig berufenen Robert-Koch-Instituts vom 26. März 2020 (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html) der Fall. (Bay VGH a.a. O).

¹³⁰ Das deutsche Robert Koch-Institut ist laut Wikipedia eine selbständige Bundesoberbehörde im Sinne des Art. 87 Abs. 3 Satz 1 GG (§ 2 BGA-Nachfolgegesetz) und ist damit gegenüber der Bundesregierung bzw. dem Bundesgesundheitsminister weisungsgebunden. Es ist die Nachfolgeorganisation des 1994 aufgrund von Infektionen durch HIV-kontaminierte Blutprodukte sowie nicht erfolgter Warnung vor kontaminierten Holzschutzmitteln aufgelösten Bundesgesundheitsamtes. Im folgenden wird es als RKI bezeichnet. Da das Institut nicht unabhängig ist, können die Gerichte im Rahmen der gebotenen Sachverhaltsaufklärung nicht allein auf dessen Einschätzung zurückgreifen.

¹³¹ Nach offiziellen Verlautbarungen der WHO ist der PCR-Test, auf dem die Inzidenzzahlen im wesentlichen beruhen, kein geeignetes Mittel, um eine Krankheit oder einen Ansteckungsverdacht festzustellen.

¹³² Die WHO schreibt hierzu in einer Notice for IVD-Users:

¹³³ WHO reminds IVD users that disease prevalence alters the predictive value of test results; as disease prevalence decreases, the risk of false positive increases (2). This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as prevalence decreases, irrespective of the claimed specificity.

¹³⁴ Most PCR assays are indicated as an aid for diagnosis, therefore, health care providers must consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information. (<https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>).

¹³⁵ Das heißt, dass die Zahl der falsch positiven Testresultate umgekehrt proportional zu den Symptomen der getesteten Personen ansteigt. Je weniger klinische Symptome die Personen aufweisen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Tests ein falschpositives Ergebnis liefern.

¹³⁶ Das Gericht maßt sich hier nicht mehr Sachkunde an, als ihm zusteht, sondern hat versucht, sich die erforderliche Sachkunde mittels der zur Verfügung stehenden Quellen zu verschaffen, was grundsätzlich auch Aufgabe des Ordnungsgebers wäre. Letzendlich kann dies aber dahinstehen, da auch wenn man den Anwendungsbereich der Verordnung für eröffnet hält, § 14 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung jedenfalls der Verhältnismäßigkeitsprüfung nicht standhält.

¹³⁷ Wenn man den Anwendungsbereich der Vorschrift für eröffnet und den Ordnungsgeber zum Handeln aufgrund des IfSG ermächtigt bzw. sogar verpflichtet sieht, hat dieser ein Ermessen hinsichtlich der Auswahl der anzuwendenden Schutzmaßnahmen.

¹³⁸ Das Ermessen wird dadurch beschränkt, dass es sich um "notwendige" Schutzmaßnahmen handeln muss, nämlich Maßnahmen, "soweit" sie zur Verhinderung der (Weiter-)Verbreitung der Krankheit "erforderlich" sind. Weiterhin betont das Gesetz den zeitlichen Aspekt: Maßnahmen dürfen nur getroffen werden, "solange" sie erforderlich sind. Insgesamt sind dem Ermessen damit durch den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Grenzen gesetzt (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. März 2012 - 3 C 16.11 - juris Rn. 24 unter Bezugnahme auf die Gesetzgebungsmaterialien: [Bundestag-Drs. 8/2468, S. 27](#)). (Thüringer Oberverwaltungsgericht, Beschluss vom 02. Februar 2021 - 3 EN 21/21 -, Rn. 31 - 32, juris).

¹³⁹ Die Verwaltungsgerichte gehen in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass dem Ordnungsgeber hinsichtlich der zu wählenden/gewählten Mittel ein Einschätzungsspielraum einzuräumen ist, soweit sich nicht andere Maßnahmen als gleich geeignet und weniger belastend darstellen (Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 30. März 2020 - 20 NE 20.632 -, juris, Thüringer Oberverwaltungsgericht, Beschluss vom 02. Februar 2021 - 3 EN 21/21 -, juris).

¹⁴⁰ Diese Einschätzungsprärogative geht jedoch nicht so weit, dass sie den Ordnungsgeber ermächtigt, im Bezug auf das angestrebte Ziel ungeeignete Maßnahmen zu ergreifen.

¹⁴¹ 1. Fehlende Geeignetheit der Masken zur Reduzierung des Ansteckungsrisikos

¹⁴² Die Anordnung der Maskenpflicht auf dem Schulgelände, in der Mittagsbetreuung und in allen Angeboten der Notbetreuung gem. § 18 Abs. 2 der Verordnung ist bereits kein geeignetes Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks.

¹⁴³ Das Gericht hat ein Sachverständigengutachten zu folgenden Beweisfragen erholt:

¹⁴⁴ - Kann das Tragen von Gesichtsmasken unterschiedlicher Art das Infektionsrisiko mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 (nennenswert) senken? Dabei soll zwischen Kindern im Besonderen und Erwachsenen im Allgemeinen und zwischen asymptomatischen, präsymptomatischen und symptomatischen Menschen unterschieden werden.

¹⁴⁵ - Besteht überhaupt ein Infektionsrisiko, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder andere Maßnahmen) abgesenkt werden könnte.

¹⁴⁶ Als Sachverständige bestimmt und mit der Begutachtung beauftragt wurde .. Prof. Dr. med.... (im Folgenden Nr. 2).

¹⁴⁷ Weiter hat es den bereits o.g. Prof.... (Nr. 1) zu folgenden Beweisfragen beauftragt:

¹⁴⁸ - Bieten Kinder möglicherweise sogar eine "Schutzfunktion" vor der Verbreitung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in dem Sinne, dass sie die Verbreitung des Virus eher abbremsen und vor schweren Covid-19-Erkrankungen eher schützen?

¹⁴⁹ - Welches methodische Niveau und ggfls. welche methodischen Mängel weisen existierende Studien zum Infektionsgeschehen an Schulen und zu der Wirksamkeit von Maßnahmen wie Maskentragen und Abstandhalten an Schulen auf?

- ¹⁵⁰ Wie bereits ausgeführt, handelt es sich um Fragen, die das Gericht nicht aus eigener Sachkunde beantworten kann, die aber für die zu treffende Entscheidung von Relevanz sind. **Das Gericht ist daher im Rahmen der gebotenen Sachaufklärung verpflichtet, sich soweit möglich die notwendige Sachkunde zu verschaffen.** Dies stellt **nicht**, wie der BayVGH in Bezug auf ein gar nicht in seinen Zuständigkeitsbereich fallendes Bußgeldurteil meinte, eine **Anmaßung**, (siehe entsprechende Pressemitteilung der Pressestelle des BayVGH zum Urteil des AG Weimar vom 11.01.2021) dar, **sondern die sich aus § 26 FamFG ergebende Pflicht.**
- ¹⁵¹ Die Sachverständige ... (Nr. 2), an deren Eignung und Qualifikation das Gericht keinen Zweifel hat, kommt als Fazit ihres 69 Seiten umfassenden Gutachtens zu folgendem Schluss:
- ¹⁵² Es gibt keine Belege dafür, dass Gesichtsmasken unterschiedlicher Art das Infektionsrisiko durch SARS-CoV-2 überhaupt oder sogar nennenswert senken können. Diese Aussage trifft auf Menschen aller Altersgruppen zu, also auch auf Kinder und Jugendliche sowie auf asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Personen.
- ¹⁵³ Im Gegenteil besteht eher die Möglichkeit, dass durch die beim Tragen von Masken noch häufigeren Hand-Gesichtskontakte das Risiko erhöht wird, selbst mit dem Erreger in Kontakt zu kommen oder Mit-Menschen damit in Kontakt zu bringen.
- ¹⁵⁴ **Für die normale Bevölkerung besteht weder im öffentlichen noch im privaten Bereich ein Infektionsrisiko, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder anderen Maßnahmen) gesenkt werden könnte.**
- ¹⁵⁵ a) Kein wissenschaftlicher Beleg für die Wirksamkeit der Masken gegen die Ausbreitung des Virus SarsCov2
- ¹⁵⁶ Zur Beantwortung der Beweisfragen hat die Sachverständige sich mit der Fachliteratur auseinandergesetzt, die für die Effektivität von Masken in der Öffentlichkeit angeführt wird und welche veröffentlichten Untersuchungen es gibt, die gegen diese Effektivität sprechen. (Abschnitt A des Gutachtens).
- ¹⁵⁷ Sie untersucht zunächst die Neubewertung des Robert-Koch-Instituts im Hinblick auf den nach dessen Einschätzung gegebenen Fremdschutz der Masken (Bl. 3 ff. des Gutachtens).
- ¹⁵⁸ Das RKI empfiehlt nach dieser Neubewertung Masken in der Öffentlichkeit (... als einen weiteren Baustein, um Risikogruppen zu schützen..., damit der Träger der Maske, der vielleicht bereits unbemerkt infiziert ist und den Erreger schon im respiratorischen Sekret ausscheidet, seine respiratorischen Tröpfchen nicht ungehindert, z.B. beim Sprechen, freisetzen kann. Die Tröpfchen sollen durch die Maske zu einem wesentlichen Teil zurückgehalten werden, um so den Kontakt anderer Menschen mit dem Erreger zu verhindern.
- ¹⁵⁹ Die Sachverständige führt für das Gericht nachvollziehbar und überzeugend aus, dass eine wissenschaftlich belegte Grundlage für die Neubewertung des RKI fehlt, weil die unbemerkte Übertragung gerade nicht durch wissenschaftliche Daten belegt ist (Seite 9 ff des Gutachtens):
- ¹⁶⁰ *"Ende November 2020 wurde eine Untersuchung aus China publiziert, die über das Ergebnis eines PCR-Screening-Programms in ganz Wuhan zwischen 14. Mai und 1. Juni 2020 berichtet. Dabei wurden fast 10 Millionen (!) Menschen untersucht. Neue symptomatische Fälle wurden nicht gefunden, aber 300 asymptomatische Personen. Unter den engen Kontaktpersonen dieser asymptomatischen Personen (N = 1.174) fand sich kein positiver Fall. Es gab also keinen Hinweis auf asymptomatische Übertragungen, obwohl jeweils nur enge Kontaktpersonen untersucht wurden.*
- ¹⁶¹ *Ein systematischer Review mit Metaanalyse über Corona-Übertragungen in Haushalten erschien im Dezember 2020 und ergab erwartungsgemäß eine höhere Übertragungsrate ausgehend von symptomatischen Index-Fällen (18,0%) als ausgehend von asymptomatischen Fällen, bei denen die Übertragungsrate sogar nur 0,7% betrug [22]. Dieses Ergebnis ist deshalb von besonderem Interesse, weil (allerdings aus unterschiedlichen Gründen) Einigkeit darüber herrscht, dass das Risiko für respiratorische Erregerübertragungen in Innenräumen besonders hoch und außerhalb von Gebäuden, d.h. an der ‚frischen‘ Luft, zu vernachlässigen ist, aber dennoch war die asymptomatische Übertragungsrate in Haushalten äußerst gering, obwohl man dabei auf relativ engem Raum mit zahlreichen direkten (auch via Haut- und Schleimhaut) und indirekten Kontakten zusammenlebt und somit einem Erregerkontakt an sich kaum entgehen kann, wenn ein Mitglied des Haushalts infiziert ist. Wenn also die Erregerübertragung ausgehend von asymptomatischen Personen eine Rolle spielen sollte, müsste sich das gerade bei engen, d.h. nahen Haut- und Schleimhaut-Kontakten in Haushalten (= Innenräume) zeigen. Wie gering dann aber erst das Risiko sein muss, dass eine Erregerübertragung ausgehend von asymptomatischen Personen bei den flüchtigen Kontakten im öffentlichen Raum stattfindet, ist nie untersucht worden."*
- ¹⁶² Demgegenüber beruht nach den Ausführungen der Sachverständigen eine weitere Studie aus Januar 2021, deren Autoren zu der Annahme kommen, dass mindestens 50% aller neuen SARS-CoV-2 Infektionen auf Kontakten mit asymptomatischen Personen auf mathematischen Modellierungen und Schätzungen und nicht auf realen Kontaktauswertungen
- ¹⁶³ Eine Auswertung von Studien aus dem realen Leben habe demgegenüber gezeigt, dass ausgehend von asymptomatischen Personen deutlich weniger sekundäre Fälle entsünden als von symptomatischen bzw. präsymptomatischen, die aber auch selten mit sekundären Fällen assoziiert gewesen seien. Die meisten Übertragungen hätten sich darauf zurückführen lassen, dass die sekundär betroffenen Fälle mit den Index-Fällen zusammenlebten oder dass die Erregerübertragungen auf Gruppen-Aktivitäten, wie gemeinsame Mahlzeiten oder Brettspiele, zurückgegangen seien, allesamt also wieder Situationen mit direkten Kontakten, mit indirekten Kontakten oder mit Tröpfchenkontakt.
- ¹⁶⁴ Zusammenfassend kommt die Sachverständige für das Gericht nachvollziehbar und überzeugend zu folgendem Schluss (Seite 11).

- ¹⁶⁵ Das RKI gab als Grund für die ‚Neubewertung‘ von Masken für die Bevölkerung im öffentlichen Raum an [1], dass es ‚zunehmende Evidenz‘ gebe, dass man schon vor dem Erscheinen der ersten Symptome infektiös sein könne, also zu einem Zeitpunkt, wo noch keine Hinweise dafür vorliegen, dass man infiziert ist. Das ist jedoch schon lange von anderen Virusinfektionen bekannt und bedeutet in keinem Fall, dass der Erreger dann auch tatsächlich übertragen wird, sondern nur, dass eine Übertragung abhängig von zahlreichen anderen Faktoren möglich ist. Das RKI stützte sich als Beleg dafür, dass es sich dabei um ein hohes Risiko sog. unbemerkter Übertragungen handelt, auf **mathematische Schätzungen**, die mit ihren Modellen einen sehr hohen Anteil solcher Übertragungen errechnet haben. **Das RKI hat aber Ergebnisse aus zuvor (also vor Erscheinen des RKI-Beitrags) publizierten Kontakt-Tracing-Untersuchungen, aus denen realistischere Angaben ermittelt wurden, weggelassen. Das ist mit den Grundsätzen wissenschaftlichen Arbeitens nicht vereinbar, und damit berücksichtigt das RKI nicht den für alle Behörden etc. in § 1 (2) IfSG formulierten Auftrag, ‚entsprechend dem jeweiligen Stand der medizinischen und epidemiologischen Wissenschaft ...‘ zu arbeiten.**
- ¹⁶⁶ Das Gericht schließt sich den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen an. Damit liefert jedenfalls die Neubewertung des RKI keine überzeugende Grundlage für die Beurteilung der Masken als geeignetes Mittel zur Erreichung des mit der Verordnung angestrebten Zwecks.
- ¹⁶⁷ Die Sachverständige untersucht im folgenden (Bl. 11 ff.) die Bedeutung experimenteller Maskenstudien. Ihr Fazit hierbei ist dass wenn festgestellt werden könne, dass Masken ‚wirken‘, weil das Material prinzipiell Tröpfchen und Partikel zurückhalten kann, sei das keine Grundlage dafür, eine konkrete Wirksamkeit dahingehend zu belegen, dass die Übertragung des neuen Coronavirus dadurch verhindert oder mindestens reduziert und der ‚Infektionsdruck und damit die Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in der Bevölkerung‘ reduziert werden können. Dies folgert sie daraus, dass im öffentlichen Raum die Mindestzeit, damit ein Erregerkontakt überhaupt stattfinden kann, in der Regel nicht gegeben ist und zudem auch die Masken von der Bevölkerung nicht korrekt getragen werden. Bei einer vom RKI zitierten Studie (Hongkong-Studie) die zur Wirksamkeit von Masken angeführt werde, habe das RKI nicht berücksichtigt, dass eine derartige Wirkung (Reduktion der Ausscheidung von Atemwegsviren) nur erzielt werden könne, wenn Masken korrekt angelegt seien, worauf von den Studienleitern bei jedem einzelnen Probanden geachtet worden sei.
- ¹⁶⁸ Niemand aber stehe zur Verfügung, um den (darin völlig ungeübten) Menschen in der Öffentlichkeit zu zeigen, wie Masken korrekt getragen werden (müssen), damit sie prinzipiell wirksam sein könnten.
- ¹⁶⁹ Als Fazit aus der Hongkong-Studie führt sie aus (Bl. 14/15):
- ¹⁷⁰ *Obwohl genau dafür als Beleg im Beitrag des RKI zitiert, liefert die Studie keinen Hinweis darauf, dass das generelle Tragen von Masken (ob professionelle OP-Masken oder sog. Community-Masken) im öffentlichen Raum (z.B. Geschäfte, ÖPNV, Schulen, Büros) das Risiko einer Infektion für die Personen reduzieren kann, denen man währenddessen begegnet – dies allerdings mit Kontaktzeiten, die im Vergleich zu der Messdauer in der Studie von 30 min in aller Regel deutlich kürzer sind. Die Studienergebnissen zeigen hingegen, dass das Risiko, mit ausgeschiedenen Viren anderer Menschen in Kontakt zu kommen, selbst wenn sie akut infiziert sind und entsprechende klinische Symptome haben, noch einmal sehr viel geringer und wahrscheinlich zu vernachlässigen ist, wenn man nicht direkt angehustet wird, eine Situation, die die meisten Menschen in der Öffentlichkeit kaum je wirklich erlebt haben werden, auch wenn gerade eine solche Situation als Risiko und damit als (eine) Begründung für Masken angeführt wird. Schließlich ist es nicht nachvollziehbar, dass das RKI ausgehend von einer Studie, in der gerade einmal maximal 11 Probanden mit Nachweis saisonaler Coronaviren untersucht wurden und in der die Studienleiter auch noch den korrekten Sitz der Masken überprüften bzw. ggf. korrigierten, davon spricht, dass Masken eine ‚relevante Reduktion‘ der Virus-Freisetzung bewirkten. Erst dadurch wurde dieses wenig aussagefähige Teilergebnis der Studie zu einer Begründung dafür erklärt, dass Masken ‚wirken‘. Wie aber das RKI von einem Ergebnis ausgehend von nur 11 Probanden (noch dazu mit akuter respiratorischer Infektion) auf eine ähnliche Wirkung beim Tragen von Masken durch eine Bevölkerung von knapp 80 Millionen (ohne Symptome) schließen kann, soll hier nicht hinterfragt werden.*
- ¹⁷¹ Das Gericht geht abweichend von der Sachverständigen davon aus, dass die Situation, direkt angehustet zu werden im schulischen Kontext bei zwei nebeneinandersitzenden Kindern durchaus vorkommen kann. Dieses Übertragungsrisiko könnte aber sehr viel leichter als durch unter Umständen falsch getragene und damit nutzlose Masken dadurch reduziert werden, dass Kinder mit Erkältungssymptomen konsequent nicht die Schule besuchen oder entsprechend, wenn diese Symptome plötzlich auftreten nach Hause geschickt werden. Im übrigen sind zumindest Kinder ab dem Grundschulalter bereits derart sensibilisiert für die Ansteckungsgefahr, dass die Gefahr, dass eines das andere anhustet und nicht wie propagiert in die Armbeuge hustet, durchaus vernachlässigbar ist.
- ¹⁷² Die Sachverständige untersucht im weiteren die Einschätzung der WHO vom Juni 2020 und kommt zu folgendem Resümee (Bl. 20 ff.):
- ¹⁷³ **Obwohl die WHO auch in der aktuellsten Stellungnahme vom Dezember 2020 (im Übrigen wie zuvor im Juni 2020) ausdrücklich feststellt, dass die wissenschaftlichen Belege, die für eine Effektivität von Masken in der Öffentlichkeit bei der Prävention respiratorischer Infektionen (einschließlich durch SARS-CoV-2) sprechen, zum gegenwärtigen Zeitpunkt nur begrenzt und noch dazu widersprüchlich sind, spricht sie dennoch eine Empfehlung für Masken in bestimmten epidemiologischen Situationen für die normale Bevölkerung aus.**
- ¹⁷⁴ **Bei der Masken-Empfehlung der WHO handelt es sich also nicht um eine wissenschaftlich begründete Empfehlung. Ob tatsächlich politisches Lobbying dahinter stand, muss hier nicht diskutiert werden, aber es muss festgehalten werden, dass die WHO als wissenschaftliche Gesundheitsbehörde der UNO für die gesamte Welt ihre Maskenempfehlung gerade nicht auf einer wissenschaftlichen Basis getroffen hat.** Dies zeigen die Ergebnisse der in diesem Gutachten ausgewerteten wissenschaftlichen Fachliteratur:
- ¹⁷⁵ *Danach gibt es keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass Masken, die von gesunden Menschen in der Öffentlichkeit, z.B. beim Einkaufen, im ÖPNV, in Büros und Schulen, getragen werden müssen, einen nachvollziehbaren und quantifizierbaren Beitrag dabei leisten, die Ausbreitung des neuen Coronavirus auch nur zu reduzieren.*

- ¹⁷⁶ Die möglichen Vorteile, die die WHO im Zusammenhang mit dem Tragen von Masken anführt, sind deshalb zum einen die mehr oder weniger evidente (im deutschen Sinne, also: offensichtliche) Feststellung, dass dadurch die Verbreitung virushaltiger respiratorischer Tröpfchen reduziert werden könne. Zum anderen handelt es sich bei den angeführten potentiellen Vorteilen lediglich um mögliche Auswirkungen auf psychologischer Ebene.
- ¹⁷⁷ Die WHO empfiehlt für die Bevölkerung ausschließlich nicht-medizinische Masken und nach wie vor nur in besonderen epidemiologischen Situationen und damit auch nur in umschriebenen Regionen mit hohen Infektionszahlen in der Fläche sowie lokal bei Ausbrüchen, ohne aber einen Anhalt für das Ausmaß der Fallzahlen zu geben, auf jeden Fall aber nicht als allgemeine (landesweite) Maskenpflicht, wie es Deutschland seit dem Frühjahr 2020 erlebt. Als Grundlage für die generelle Maskenpflicht kann die WHO-Empfehlung deshalb ebenfalls nicht herangezogen werden.
- ¹⁷⁸ Weiter untersucht die Sachverständige den Lancet Review von Anfang Juni 2020 und kommt zu dem Schluss, dass auch dieser keine Hinweise für eine Wirksamkeit von Masken im öffentlichen Raum liefert.
- ¹⁷⁹ Auf Seiten 26 ff. des Gutachtens setzt sich die Sachverständige mit der sog. Jena-Studie auseinander, die in den Medien gerne als klarer Beleg für die Masken angeführt werde.
- ¹⁸⁰ Gerade aufgrund der großen Bekanntheit dieser Studie, die aufgrund der angeführten Berichterstattung in den Medien zu einer großen Akzeptanz der Masken in der Öffentlichkeit geführt hat und die auch den meisten Lehrkräften und Eltern bekannt sein dürfte, sollen im folgenden die Ausführungen der Sachverständigen hierzu insgesamt aufgeführt werden:
- ¹⁸¹ In einer erstmals Anfang Juni 2020 publizierten Modellierungsstudie wird über den Effekt der Maskenpflicht am Beispiel der Stadt Jena sowie anderer Städte und Regionen in Deutschland berichtet [50]. Im August 2020 wurde die Studie leicht modifiziert nochmals publiziert [51] und erschien zum dritten Mal in der zweiten, bereits modifizierten Fassung im Dezember 2020 [52]. Die dritte Publikation wurde im Juli bei der Zeitschrift eingereicht, also nur kurz nach Erscheinen der ersten (und kurz vor Erscheinen der zweiten), wurde im November letztlich angenommen und im Dezember 2020 publiziert. Von den Medien wurde sie im Dezember wie eine neue Studie vorgestellt, was sie aber vom Untersuchungsgegenstand her nicht ist.
- ¹⁸² Die sog. Jena-Studie wird – neben dem ‚Lancet-Review‘ – in den Medien gerne als klarer Beleg für die Wirksamkeit von Masken angeführt, im Übrigen auch – tatsächlich – zusammen mit einer Studie an Goldhamstern (‚Hamster‘-Studie; siehe unten), also einer tierexperimentellen Arbeit.
- ¹⁸³ Die Autoren der ‚Jena-Studie‘ sind sämtlich Makroökonomien, die mit derselben Methodik (synthetische Kontrollmethode) Untersuchungen im Auftrag der Politik durchführen, um die Auswirkungen politischer Entscheidungen (sog. ‚Reformen‘) mathematisch zu modellieren. In der Untersuchung wurde die Entwicklung der Corona-Fallzahlen nach Einführung der Maskenpflicht in Jena mit der in vergleichbaren Städten (= synthetisches Jena) ohne Maskenpflicht verglichen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Maskenpflicht zu einer ca. 40%igen Reduktion der täglichen Zuwachsrate an Corona-Infektionen geführt habe.
- ¹⁸⁴ Unberücksichtigt bleibt in der Studie jedoch der epidemiologisch entscheidende Aspekt, dass bereits ab dem 1. März 2020 (also etwa 5 Wochen vor der Einführung einer Maskenpflicht im öffentlichen Raum in der Stadt Jena) die Ausbreitungsrate des neuen Coronavirus zurückging und dass am 10. März der R-Wert – nach Angaben des RKI – schon unter 1 lag [53, 54]. Ab Ende März gab es in Jena keine relevanten Infektionszahlen mehr. Daraus folgt, dass die Einführung der Maskenpflicht (ab 6. April zunächst in Jena, etwa drei Wochen später dann auch im gesamten Bundesgebiet) in eine Phase der Corona-Epidemie fiel, in der es schon zu einem kontinuierlichen und deutlichen Rückgang der Infektionszahlen gekommen war, eine Entwicklung, die sich anschließend weiter fortsetzte. Einen Effekt der Maskenpflicht auf den Rückgang der Infektionszahlen kann man daraus also nicht ableiten, weil sich beides überlagert, dies aber in der Modellierungsstudie nicht berücksichtigt wurde.
- ¹⁸⁵ Besonders wichtig für die Beurteilung der ‚Jena-Studie‘ ist, dass sich das Infektionsgeschehen in Jena nach den Daten des RKI noch dazu nur auf wenige Tage im März konzentriert hat und der überwiegende Teil vor Mitte März stattfand: Es gab (1) ca. 3 – 5 positive Fälle Ende Februar, (2) zwischen 43 und 53 positive Fälle am Wochenende um den 7. – 9. März und (3) zwischen 59 und 73 positive Fälle in der Zeit vom 11. bis 14. März, (4) anschließend eine deutlich rückläufige Zahl positiver Fälle an jeweils einzelnen Tagen vor Ende März und (5) nochmals 3 – 5 positive Fälle Ende März. Der jeweils enge zeitliche Zusammenhang der Ereignisse (2) und (3) deutet darauf hin, dass es sich dabei um Ausbruchssituationen gehandelt hat und nicht um eine sukzessive Infektionsausbreitung ‚in der Fläche‘. Ende März jedenfalls war das Infektionsgeschehen in Jena schon so stark abgeklungen, dass man einen Effekt durch die Maskenpflicht ab dem 6. April nicht mehr erwarten konnte, weil es kein dadurch prinzipiell beeinflussbares Infektionsgeschehen mehr gab.
- ¹⁸⁶ Außerdem muss berücksichtigt werden, dass das Meldedatum der Fälle, das in der Studie verwendet wurde, keine auch nur annähernd sichere Aussage zulässt über den Zeitpunkt der Infektion, der sich nur über das Erkrankungsdatum (= Beginn der klinischen Symptomatik) genau genug festlegen lässt, wie es das RKI in seinen Modellierungsstudien praktiziert [54]. Gemäß RKI beträgt nämlich die Zeit zwischen Infektion und Meldedatum 14 – 21 Tage, und dieser Zeitraum setzt sich zusammen aus: (1) der Inkubationszeit, (2) dem Zeitverzug, bis der Patient wegen zunehmender Symptome zum Arzt geht, (3) der Zeit für die Durchführung des Tests (incl. Transport ins Labor und Auswertung im Labor), (4) den administrativen Verzögerungen bei der Meldung der Testergebnisse an das RKI sowie (5) der Publikation durch das RKI [55]. Die ‚Jena-Studie‘ geht jedoch nur von einer Verzögerung von etwa 8 Tagen [50] bzw. etwa 10 Tagen [51, 52] aus.
- ¹⁸⁷ Mit anderen Worten: Der in dieser Untersuchung der Maskenpflicht zugeschriebene Effekt beim Rückgang der Infektionszahlen wird zum einen überlagert vom deutlichen Rückgang der positiven Tests, der überall in Deutschland einige Wochen vor Einführung der Maskenpflicht in Jena und anderswo begonnen hatte. Zum anderen muss berücksichtigt werden, dass die jeweils dem RKI gemeldeten Infektionen 14 – 21 Tage zuvor entstanden sind, die Maskenpflicht also mindestens in den ersten 2 – 3 Wochen keinen Einfluss auf die Infektionszahlen gehabt haben könnte.

¹⁸⁸ Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Beurteilung eines Effekts der Maskenpflicht ist, dass in den gemeldeten Infektionszahlen immer auch Infektionen verborgen sein können, die aus Ausbruchsgeschehen, z.B. in Heimen, Krankenhäusern oder Gemeinschaftsunterkünften, stammen. Institutionelle Ausbrüche werden aber durch eine Maskenpflicht im öffentlichen Raum nicht beeinflusst, so dass ein Rückgang der Infektionszahlen in einem Ort bzw. in einer Region daran liegen kann, dass zuvor Ausbruchsgeschehen die Zahl der Infektionsfälle erhöht haben, danach aber die Fallzahlen durch das Fehlen weiterer Ausbrüche niedriger waren als vor der Einführung der Maskenpflicht. Genau das scheint auch in Jena eine wichtige Rolle gespielt zu haben, wenn man die Ereignisse (2) und (3), wie oben dargestellt, in Jena betrachtet: Es handelte sich dabei mit hoher Wahrscheinlichkeit um zeitlich begrenzte Ausbrüche mit jeweils hohen Zahlen von Personen mit positiven Testergebnissen. Ausbrüche z.B. in Institutionen wie Alten-/Pflegeheimen haben jedoch immer individuelle Ursachen, die im konkreten epidemiologischen Kontext zu suchen sind, können aber durch eine Maskenpflicht beim Einkaufen oder bei der Nutzung des ÖPNV nicht beeinflusst werden. Ohne Berücksichtigung also, aus welchem epidemiologischen Zusammenhang die aus den verschiedenen Orten gemeldeten Infektionszahlen stammen (d.h. ob Ausbrüche darunter waren oder nicht), bleibt der Effekt von Masken in der Öffentlichkeit auf das Auftreten von ‚Neuinfektionen‘ (= positive Testergebnisse) notgedrungen unklar.

¹⁸⁹ Insgesamt bringt auch diese Modellierungsstudie keine Ergebnisse, die eine Maskenpflicht stützen würden, weil neben der Einführung der Maskenpflicht die aufgeführten möglichen Einflussfaktoren (wahrscheinliche Ausbrüche) insbesondere aus der Zeit davor unberücksichtigt blieben. Bei diesen Einschränkungen der Studie kann leicht ein Zirkelschluss zustande kommen, weil die Autoren als Ökonomen nicht über medizinisch-epidemiologischen Sachverstand verfügen und deshalb wichtige potentielle Einflussfaktoren, wie die Frage von Ausbrüchen und ihren möglichen Ursachen, nicht in ihre Überlegungen einbezogen haben.

¹⁹⁰ Es gibt zahlreiche Beispiele aus anderen Ländern, wo, wie z.B. in Spanien, trotz strengster Maskenpflicht zwischen Juli und Ende Oktober 2020 die Fallzahlen der positiv getesteten Personen extrem anstiegen, während sie in Schweden ohne Maskenpflicht im selben Zeitraum deutlich niedriger waren [55]. Dafür gibt es weitere Beispiele aus anderen Ländern: trotz Maskenpflicht stiegen die Zahlen der positiven Testergebnisse stark an [56, 57]. Man kann aber ähnliches auch für Deutschland aus den Daten des RKI sehen (Einführung der Maskenpflicht am 28. April) (z.B. in den täglichen Situationsberichten). Ebenso sagte der Leiter der österreichischen AGES (Agentur für Gesundheit), dass weder die Einführung der Maskenpflicht noch ihre Aufhebung messbare Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen in Österreich gehabt haben [58]. In den letzten zwei Monaten des Jahres 2020 hat auch in Schweden die Zahl der positiv getesteten Personen deutlich zugenommen, allerdings nicht in dem Maße wie in Österreich, wo die Maskenpflicht fast durchgängig seit dem Frühjahr 2020 gilt [58]. Auch bei all diesen empirischen Daten aus zahlreichen Ländern können Einflussfaktoren unentdeckt geblieben sein, aber auffällig ist, dass sich in keinem der Länder ein Effekt der Maskenpflicht auf die Fallzahlen zeigte.

¹⁹¹ Nach alledem ist die Wirksamkeit von Masken durch die Jena-Studie nach Auffassung des Gerichts nicht belegt.

¹⁹² Hinsichtlich der weiteren von der Sachverständigen ausgewerteten Studien und wissenschaftlichen Hinweise soll dagegen auf das vom Gericht erholte Sachverständigengutachten verwiesen werden.

¹⁹³ Die Sachverständige kommt zu der Feststellung, dass alle nationalen und internationalen Gesundheitsbehörden, wenn auch zurückhaltend, entgegen der wissenschaftlich etablierten Standards der evidenzbasierten Medizin eine Einschätzung zum Tragen von Masken im öffentlichen Raum mit großer Tragweite abgegeben haben, die lediglich auf sog. plausiblen Überlegungen beruhe, was jedoch nicht ausreichen könne, um der Politik in einer solchen Lage, d.h. für den Einsatz bei Millionen von Menschen, eine wissenschaftliche fundierte Entscheidungsbasis zu vermitteln.

¹⁹⁴ Nicht überraschend sei es deshalb, dass die seit dem Frühjahr 2020 publizierte Fachliteratur keine Belege für das Tragen von Masken durch die Bevölkerung in der Öffentlichkeit gezeigt habe, auch wenn die Autoren mathematischer Schätzungen dies behaupteten und die Autoren von Meinungsbeiträgen in z.B. narrativen Reviews dafür keine Daten vorlegen könnten. Zahlreiche Mediziner verschiedener Fachgebiete und Wissenschaftler aus anderen Disziplinen verwiesen gerne auf solche ‚positiven‘ Publikationen, und zwar insbesondere häufig auf Modellierungsstudien, die für Personen mit nicht besonders fundierten mathematischen Grundlagen (bei Medizinern nicht ganz selten) ohnehin nicht nachvollziehbar seien und damit abschreckend wirkten, aber vielleicht gerade dadurch nahelegten, dass es sich um besonders aussagefähige ‚Wissenschaft‘ handeln müsse.

¹⁹⁵ Das Gericht schließt sich den überzeugenden Ausführungen der Sachverständigen an.

¹⁹⁶ b) Gefahren durch den fehlerhaften Gebrauch von Masken

¹⁹⁷ Die Sachverständige führt aus, dass ein korrekter Umgang mit Masken bereits bei medizinischem Personal nicht immer leicht zu erreichen sei. Im Alltag wäre es eine unlösbare Aufgabe Millionen Bürger dazu zu bringen, die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen beim Gebrauch von Masken anzuhalten. Die Maske würde oft mit den Händen zurechtgerückt. Bei Brillenträgern führe das Beschlagen der Brille dazu, dass man oft die Brille abnehme und wieder aufsetze und damit an die Außenseite der Maske komme. Auch bei mäßig warmem Wetter schwitze man unter der Maske und gehe daher auch immer wieder an die Maske oder darunter.

¹⁹⁸ Diese Einschätzung der Sachverständigen kann sicherlich von jedermann aus eigener Anschauung bestätigt werden. Selbst diejenigen Personen, die sich in Kenntnis des korrekten Umgangs mit Masken um einen solchen bemühen, werden gelegentlich unwillkürlich ins Gesicht greifen, um beispielsweise die Brille zurechtzurücken, wenn diese aufgrund der Ohrbügel der Maske herunterrutscht oder beim Betreten eines Ladens beschlägt.

¹⁹⁹ Die Sachverständige führt weiter aus:

²⁰⁰ Masken würden durch den Träger beim Ausatmen und Sprechen von innen kontaminiert und könnten durch Handkontakte und respiratorische Tröpfchen anderer Personen ebenso von außen kontaminiert werden. Bei Durchfeuchtung werde die Maske (auch die professionelle medizinische) durchlässig und stelle keine Barriere mehr dar.

- ²⁰¹ Daher sollten eine durchfeuchtete Maske abgenommen und gewechselt werden. Beim Auf- und Absetzen sollte die Maske möglichst nur an den Bändern angefasst werden. Nach Absetzen der Maske sollten die Hände unter Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln gründlich gewaschen werden.
- ²⁰² Es entspricht der allgemeinen Lebenserfahrung (die nunmehr seit einem Jahr mit Unterbrechungen gesammelt werden konnte), dass kaum ein Erwachsener sich beim Einkaufen an diese Empfehlungen hält. Vielmehr kann beobachtet werden, dass viele Menschen die Masken im Auto am Innenspiegel hängen haben, nach Gebrauch in die Hosentasche oder Handtasche stopfen oder wenn diese nicht gebraucht wird einfach irgendwo ablegen, um sie später wieder aufzusetzen.
- ²⁰³ E ist daher nachvollziehbar, dass diese Regeln im Schulalltag von Kindern nicht bzw. noch weniger zuverlässig eingehalten werden können. Es besteht daher die Gefahr, dass aus der Maskenpflicht in der Schule Kontaminationen resultieren, die zu einem wesentlichen Teil vermeidbar wären, weil die ohnehin schon häufigen Hand-Gesichtskontakte der Menschen durch die Maskenpflicht noch häufiger werden (vgl. Gutachten der Sachverständigen ... (Nr.2) auf Seite 51).
- ²⁰⁴ Der Sachverständige Prof. ... (Nr. 1) führt in seinem Gutachten hierzu aus:
- ²⁰⁵ *Hier ist anzumerken, dass eine korrekte Handhabung von Masken generell ausschlaggebend dafür ist, dass Masken überhaupt eine Wirkung entfalten können. So heißt es in der erwähnten Empfehlung der WHO zum Tragen von Masken zur korrekten Handhabung :*
- ²⁰⁶ *WHO provides the following guidance on the correct use of masks: Perform hand hygiene before putting on the mask. Inspect the mask for tears or holes, and do not use a damaged mask. Place the mask carefully, ensuring it covers the mouth and nose, adjust to the nose bridge and tie it securely to minimize any gaps between the face and the mask. If using ear loops, ensure these do not cross over as this widens the gap between the face and the mask. Avoid touching the mask while wearing it. If the mask is accidentally touched, perform hand hygiene. Remove the mask using the appropriate technique. Do not touch the front of the mask, but rather untie it from behind. Replace the mask as soon as it becomes damp with a new clean, dry mask. Either discard the mask or place it in a clean plastic resealable bag where it is kept until it can be washed and cleaned. Do not store the mask around the arm or wrist or pull it down to rest around the chin or neck. Perform hand hygiene immediately afterward discarding a mask. Do not re-use single-use mask. Discard single-use masks after each use and properly dispose of them immediately upon removal. Do not remove the mask to speak. Do not share your mask with others.*
- ²⁰⁷ *Wie diese Liste eindrücklich klarmacht, stellt das korrekte Tragen von Masken hohe Anforderungen an die maskentragende Person. Allein angesichts dessen, dass Schüler*innen bei einer Maskenpflicht im Unterricht Masken relativ durchgängig bis zu 10 Stunden pro Tag tragen müssen (Schulbus, Schulgelände, Vormittags- und Nachmittagsunterricht) ist eine korrekte Handhabung an Schulen kaum umzusetzen. Hinzu kommt bei jüngeren Schüler*innen, dass eine korrekte Handhabung kognitive Anforderungen stellt, welche bei jüngeren Kindern entwicklungsbedingt nicht gegeben sind. Da beispielsweise der Präfrontalkortex bis in etwa zum Beginn des Jugendalters noch nicht vollständig ausgereift ist [15], ist das Verhalten von Kindern stark durch automatisierte Verhaltenstendenzen gesteuert, welche nur bedingt vom Kind selbst reguliert werden können. So sind Anforderungen wie das Nichtberühren der Maske von Kindern kaum umzusetzen. Damit besteht die Gefahr, dass beim Maskentragen von Kindern **das durch die falsche Handhabung bedingte erhöhte Infektionsrisiko den laut den randomisierten kontrollierten Studien geringen bis nicht vorhandenen Nutzen überwiegt.***
- ²⁰⁸ Das Gericht schließt sich den Ausführungen des Sachverständigen an. Wohl kaum eine andere Personengruppe als die Schüler muss derzeit über einen derart langen Zeitraum am Tag Masken tragen (falls überhaupt Unterricht stattfindet). Die Empfehlungen der WHO, vor dem Aufsetzen der Maske eine korrekte Handhygiene umzusetzen ist kaum möglich, weil schon vor dem Betreten der Schule, die Masken aufgesetzt werden müssen. Es ist während des Unterrichts nicht möglich, nach einem versehentlichen Berühren der Maske die Handhygiene durchzuführen. Wie die Sachverständige ... (Nr. 2) ausgeführt hat, wird die Häufigkeit der Hand-Gesichtskontakte durch das Tragen der Masken noch erhöht. Die meisten Schüler bis zu einem Alter von 15 Jahren sind, wie der Sachverständige ... (Nr.1) ausführt nicht in der Lage, diese automatisierten Handlungsabläufe zu kontrollieren. Oft wird den Schülern bei Durchfeuchtung der Maske auch keine Wechselmaske zur Verfügung stehen bzw. werden Einmalmasken entgegen der Empfehlung wieder verwendet werden.
- ²⁰⁹ Zusammenfassend besteht demnach die Gefahr, dass die Maskenpflicht an Schulen dazu führt, dass die Verbreitung des Virus nicht eingedämmt, sondern eher gefördert wird.
- ²¹⁰ 2. Unverhältnismäßigkeit der Zweck-Mittel-Relation
- ²¹¹ Im Rahmen der Prüfung der Verhältnismäßigkeit ist zu beachten, dass hier Abwägung der kollidierenden Grundrechte stattzufinden hat. Die Verwaltungsgerichte haben hierzu stets angeführt, dass dem Schutz des Lebens Vorrang zu geben ist (beispielsweise Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 30. März 2020 – [20 NE 20.632](#) –, juris).
- ²¹² Murswiek führt in einer Stellungnahme für den Rheinland-Pfälzischen Landtag aus:

- ²¹³ "Der Staat hat eine grundrechtliche Pflicht zum Schutz von Leben und Gesundheit, und zwar auch zum Schutz vor Lebens- und Gesundheitsrisiken; sie ergibt sich aus Art. 2 Abs. 2 GG. Die Schutzpflicht besteht freilich nicht absolut, sondern auf jeden Fall dürfen die zum Schutz eingesetzten Mittel nicht gegen andere Grundrechte verstoßen; bei Grundrechtskonflikten muss abgewogen werden. Jedenfalls hat der Schutz gegen Covid-19 in der Abwägung dann ein besonderes Gewicht, wenn der Staat jedenfalls dem Grunde nach zum Schutz verpflichtet ist. Deshalb ist in der Diskussion um die Verfassungsmäßigkeit des Lockdown verschiedentlich das Argument vorgebracht worden, wegen der staatlichen Schutzpflicht für Leben und Gesundheit sei der Lockdown gerechtfertigt. Dieser Schluss ist nicht nur deshalb ein Kurzschluss, weil das Bestehen einer Schutzpflicht nicht von der Abwägung dispensiert. Er ist schon deshalb falsch, weil die Prämisse nicht stimmt. Denn eine strikte grundrechtliche Schutzpflicht gibt es nur gegenüber menschlichen Eingriffen in die Freiheit beziehungsweise gegen menschliche Beeinträchtigungen grundrechtlicher Schutzgüter. Die Freiheitsrechte schützen die Entschließungsfreiheit des Einzelnen inklusive der Freiheit, über die eigenen grundrechtlichen Schutzgüter zu verfügen; sie schützen mit anderen Worten die individuelle Autonomie. Diese wird in der abwehrrechtlichen Dimension gegen staatliche Eingriffe und in der Schutzpflichtdimension gegen Eingriffe Dritter geschützt – in jedem Fall also gegen menschliche Eingriffe. Durch Naturereignisse, auch durch Naturkatastrophen, können Schutzgüter gefährdet, verletzt und zerstört werden; aber man kann nicht sinnvoll behaupten, dass sie die individuelle Autonomie berühren. Die Entscheidungsfreiheit des Einzelnen, die individuelle Autonomie, besteht denkwortwendig immer im Rahmen nicht nur physikalischer Gesetzmäßigkeiten, sondern auch im Rahmen der durch unsere natürliche Umwelt vorgeformten Gegebenheiten. Eine Epidemie oder eine Pandemie ist deshalb kein Freiheitseingriff, gegen den grundrechtlich verbürgte Freiheitsrechte schützen können.
- ²¹⁴ Das bedeutet nicht, dass der Staat nicht zum Schutz gegen Naturkatastrophen oder Epidemien verfassungsrechtlich verpflichtet ist. Es bedeutet nur, dass sich eine solche Verpflichtung nicht aus den Freiheitsrechten – hier: aus dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit – ergibt. Sie lässt sich staatstheoretisch aus dem fundamentalen Staatszweck ableiten, die Existenzgrundlagen der staatlich organisierten Gemeinschaft zu sichern. Und sie lässt sich verfassungsrechtlich auf das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) i.V.m. dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) stützen. Die sozialstaatliche Schutzpflicht unterscheidet sich hinsichtlich ihres Gegenstandes von der freiheitsrechtlichen Schutzpflicht dadurch, dass sie nicht die individuelle Autonomie, sondern die sozialen Existenzvoraussetzungen schützt. Und hinsichtlich des Gewährleistungsumfanges unterscheidet sie sich von der grundrechtlichen Schutzpflicht dadurch, dass der Staat hinsichtlich der Verwirklichung des Schutzes der faktischen Lebensvoraussetzungen einen viel größeren Gestaltungsspielraum hat als hinsichtlich des Schutzes gegen menschliche Eingriffe in Leben und Gesundheit. Während in Bezug auf menschliche Eingriffe die Pflicht zum Schutz grundsätzlich dann besteht, wenn das Risiko so groß ist, dass es rechtlich als "Gefahr" zu qualifizieren ist, besteht im Hinblick auf allgemeine Lebensrisiken, zu denen die Risiken von Naturkatastrophen oder Epidemien gehören, ein großer Spielraum für die Bestimmung des anzustrebenden Schutzniveaus. **Eine verfassungsrechtliche Handlungspflicht zum Schutz der Allgemeinheit gegen Covid-19 könnte deshalb nur dann angenommen werden, wenn die von der Epidemie ausgehenden Risiken derart groß wären, dass ohne staatliche Maßnahmen entweder die Existenzgrundlagen des Gemeinwesens oder der Gesamtheit der in diesem Gemeinwesen organisierten Menschen auf dem Spiel stünden. Davon kann in Bezug auf Covid-19 keine Rede sein.**" (<https://dokumente.landtag.rlp.de/landtag/vorlagen/2-12-17.pdf>).
- ²¹⁵ Nimmt man diese Ausführungen ernst, so kann ein Eingriff in die körperliche Unversehrtheit von Schulkindern niemals abstrakt durch die Bekämpfung der Ausbreitung des Coronavirus gerechtfertigt werden. Die Abwägung findet nicht auf der Ebene des Schutzes von Leben und den tangierten Grundrechten des Kindes statt, sondern auf der Ebene des Schutzes der Grundrechte der Kinder gegenüber dem Anspruch des Staates, die Pandemie zum Schutze der Allgemeinheit einzudämmen.
- ²¹⁶ Die auf dieser Ebene getroffenen Einschränkungen der Grundrechte der Kinder sind unverhältnismäßig in Bezug auf die Zweck-Mittel-Relation.
- ²¹⁷ Noch deutlicher wird dies, wenn man sich vor Augen führt, dass, wenn man der Lancet-Studie folgend davon ausgeht, dass Masken grundsätzlich geeignete Instrumente zum Schutz vor der Ausbreitung des Virus sind, die Effektstärke des Masketragens von Schulkindern extrem gering ist. Der vom Gericht beauftragte Sachverständige ... (Nr.1) erläutert dies in seinem Gutachten wie folgt:
- ²¹⁸ *"Geht man von den nicht signifikanten Effektgrößen im erwähnten aktuellen Cochrane Review aus, wonach die Ansteckungswahrscheinlichkeit beim Tragen von medizinischen Masken maximal in etwa um 10 Prozent reduziert wird, würde sich das Ansteckungsrisiko auf der Ebene einer Schulklasse von 0,25 Prozent auf 0,225 Prozent verringern, was einer absoluten Risikodifferenz von 0,025 Prozent entsprechen würde. Es müssten demnach die Schüler*innen in 4.000 Grundschulklassen für eine Woche eine Maske tragen um eine einzige Ansteckung zu verhindern. Das ist eine extrem kleine Effektstärke und es müssten demnach knapp 100.000 Grundschüler die möglichen Nebenwirkungen des Masketragens auf sich nehmen um eine einzige Ansteckung pro Woche zu verhindern.*
- ²¹⁹ *Wenn man annimmt, dass Masken die Ansteckungswahrscheinlichkeit in der Größenordnung von 80 Prozent verringern würden (Ergebnis der in der S3-Leitlinie erwähnte Meta-Analyse von Chu et al. zu Beobachtungsstudien mit niedriger Qualität der Evidenz, siehe [23]), würde sich das Ansteckungsrisiko auf der Ebene einer Schulklasse von 0,25 Prozent auf 0,05 Prozent verringern, was einer absoluten Risikodifferenz von 0,2 Prozent entsprechen würde. Hochgerechnet auf die Number Needed to Treat müssten demnach noch immer die Schüler*innen in 500 Grundschulklassen für eine Woche eine Maske tragen und damit knapp 12.500 Grundschüler*innen die möglichen Nebenwirkungen auf sich nehmen um eine einzige Ansteckung pro Woche zu verhindern."*
- ²²⁰ Wie allgemein bekannt ist, bedeutet eine Ansteckung nicht notwendig eine schwere Erkrankung des Betroffenen oder gar dessen Tod. Viele Ansteckungen verlaufen mit milden oder grippeähnlichen Symptomen.
- ²²¹ Angesichts des mit der Verpflichtung zum Masketragen allenfalls verbundenen Nutzens im Vergleich zur damit verbundenen Schädigung der Kinder ist diese Verpflichtung unverhältnismäßig.

- ²²² Die Anordnung der Maskenpflicht an Schulen gem. § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzverordnung ist daher verfassungswidrig und damit nichtig.
- ²²³ Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Ausnahmegvorschrift des § 2 der Verordnung.
- ²²⁴ Danach sind Personen, die glaubhaft machen können, dass ihnen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung aufgrund einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, von der Trageverpflichtung befreit; die Glaubhaftmachung erfolgt bei gesundheitlichen Gründen insbesondere durch eine ärztliche Bescheinigung, die die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie den Grund, warum sich hieraus eine Befreiung der Tragepflicht ergibt, enthält;
- ²²⁵ Wie gerade der vorliegende Fall anschaulich zeigt, sind selbst Personen, die ein den Anforderungen der Vorschrift genügendes Attest vorweisen können, nicht davor gefeit, dass dieses nicht anerkannt wird. Aus der Norm ergibt sich nicht, wem im Zweifel das Attest vorzulegen ist und wer zu dessen Überprüfung berufen ist.
- ²²⁶ Das OVG Berlin-Brandenburg hat in einem vergleichbaren Fall entschieden, dass die Offenlegung von Gesundheitsdaten in einem Attest nicht notwendig ist, weil dies für den Betroffenen zur Folge hätte, dass er seine konkrete Diagnose und sich daraus ergebene Folgen an einer Vielzahl von auch nicht öffentlichen Stellen offenbaren müsste, wobei es sich hierbei um personenbezogene Gesundheitsdaten handelt, die besonders sensibel sind und daher einem besonders hohen Datenschutz unterfallen. Dass auch Private zur Kontrolle der Atteste verpflichtet seien, ergäbe sich bereits daraus, dass sie die Einhaltung der Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung sicherzustellen hätten und widrigenfalls eine Ordnungswidrigkeit begingen. (Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 04. Januar 2021 – OVG 11 S 132/20 –, Rn. 25 - 26, juris). Diese Problematik besteht im vorliegenden Fall nicht in gleichem Ausmaß, da die Befreiung von der Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung vorliegend lediglich dem Schulleiter vorgelegt werden muss, der hierüber zur Verschwiegenheit verpflichtet ist.
- ²²⁷ Allerdings bestünde auch in dem Fall, dass die Schulleitung das Attest anerkennen würde, eine nicht zur rechtfertigende Gefahr der Isolation und Diskriminierung der betroffenen Kinder, der das Gericht in Ziff. 2 des Beschlusses vorsorglich begegnet ist, auch wenn die Betroffene bestätigt hat, dass sie an ihrer Schule nicht von Diskriminierung betroffen war.
- ²²⁸ Dem Gericht ist jedoch beispielsweise aus der lokalen Presse (<https://www.merkur.de/lokales/weilheim/wessobrunn-ort377060/aerger-um-maskenpflicht-im-unterricht-90046679.html>) bekannt, dass Schulleiter meinen, Kinder mit einem entsprechenden Attest vom übrigen Klassenverband isolieren zu müssen, obwohl die Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung an sich schon keine Rechtsgrundlage hierfür bietet. So musste ein hiesiger Mittelschüler völlig isoliert von seinen Schulkameraden alleine in einem Klassenzimmer sitzen.
- ²²⁹ Prof. ... (Nr. 1) führt hierzu aus (S. 26):
- ²³⁰ *Schließlich gibt es noch negative Nebenwirkungen auf psychischer Ebene für Kinder, welche aus medizinischen Gründen keine Maske tragen dürfen. Hier besteht die Gefahr, dass solche Kinder – begründet mit hygienetechnischen Argumenten – diskriminiert und aus dem sozialen Klassenverbund ausgeschlossen werden, mit negativen Folgen für das psychische und soziale Wohlbefinden. Mir sind Fälle bekannt, wo Kinder, die aus medizinischen Gründen keine Maske tragen können, den ganzen Schultag über gelbe Armbinden tragen müssen. In einem anderen Fall ist im Klassenzimmer und im Pausenhof eine Ecke abgeklebt, in der sich Kinder, die aus medizinischen Gründen keine Maske tragen können, aufhalten müssen. Belegt wird die Gefahr der Diskriminierung auch dadurch, dass im oben beschriebenen Register zu den Nebenwirkungen des Maskentragens bei Kindern als eine der Ängste die Angst vor Stigmatisierung sowohl durch das Tragen als auch durch das Nichttragen einer Maske im sozialen Umfeld genannt wird.*
- ²³¹ *Verstärkt wird die Gefahr einer solchen Diskriminierung durch fragwürdige Aussagen von Experten in den Medien. So sagte die Jugendpsychiaterin Dr. Biskup-Meyer in einem SZ-Interview zur Maskenpflicht in der Grundschule [79]:*
- ²³² *"Wenn die Lehrer eine Maske tragen und den Schülern glaubhaft vorgemacht wird, dass dies gerade notwendig ist, dann sind Grundschul Kinder sicher diejenigen, die sich am bereitwilligsten daran halten. Dazu gehört auch, dass eine Einheit in der Klasse besteht, weil alle eine Maske tragen."*
- ²³³ *Wird Kindern durch die Lehrkräfte eine Notwendigkeit des Maskentragens stark vermittelt und entsteht aufgrund sozialer Dynamiken ein entsprechender Gruppendruck, ist die Gefahr umso größer, dass manche Kinder diskriminiert werden.*
- ²³⁴ *Hinzu kommt, dass Kinder, welche aus medizinischen Gründen keine Maske tragen dürfen, dadurch in eine psychische Lage kommen, welche für das Kind nicht positiv auflösbar ist. Egal, wie sich das Kind verhält, ergeben sich negative Konsequenzen: Trägt das Kind keine Maske, wird es sozial ausgegrenzt, trägt das Kind die Maske, treten körperliche Leiden ein. Eine solche Lage kann mit sehr negativen psychischen Konsequenzen verbunden sein bis hin zur Entwicklung von psychischen Störungen."*
- ²³⁵ Diese Problematik kann nicht durch eine verfassungskonforme Auslegung der Normen aufgelöst werden, weil der mit dem Maskentragen verbundene soziale Druck gerade erwünscht ist, da der Ordnungsgeber meint, mit einer möglichst lückenlosen Durchsetzung der Maskenpflicht die Ausbreitung des Virus am besten eindämmen zu können. Dies verdeutlicht der Werbeslogan: "Man muss die Maske nicht mögen, man muss sie nur tragen". Dieser Satz diskriminiert Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen keine Maske tragen können.

²³⁶ Es ist, gerade für ein Schulkind unmöglich, diesem Gruppendruck mit sachlichen Argumenten zu begegnen und im vorliegenden Fall erstaunlich, dass es dem betroffenen Kind bislang gelungen ist. Dass dies jedoch immer schwieriger wird, zeigt die Äußerung des Kindes, dass seine Freundin jetzt eben Maske trage, was es selbst leider nicht könne. Das Kind würde gerne die Maske tragen, wenn diese ihm nicht die entsprechenden Beschwerden verursachte. Es ist anzunehmen, dass zahlreiche Kinder unter diesem bestehenden Gruppendruck sich nicht trauen werden, ihre Beschwerden zu offenbaren oder die Maske aus eigenem Antrieb abzulegen, wenn es ihnen nicht gut geht. Es besteht auch die Gefahr, dass sie, soweit ihre Eltern überhaupt bereit und in der Lage sind, mit ihnen zur Erlangung eines Attestes zum Arzt zu gehen, von diesem nicht ernst genommen werden, da die Diagnose ja, abgesehen ggf. von Asthmapatienten in der Regel nur auf Schilderungen des Kindes beruhen können. Auch die Ärzte unterliegen dem bereits erfolgreich etablierten Gruppendruck und noch dazu der realistischen Gefahr, dass sie im Falle der Ausstellung von Maskenattesten die Durchsuchung ihrer Praxis unter dem Verdacht des Ausstellens falscher Gesundheitszeugnisse befürchten müssen.

²³⁷ Die Korrespondenz der Eltern mit der zuständigen Mitarbeiterin des Ministerialbeauftragten zeigt außerdem, dass die Exekutive an Maskenbefreiungen derart hohe Hürden knüpft, dass sie von kaum einem Betroffenen mehr werden überwunden werden können.

²³⁸ § 18 Abs. 2 der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung ist daher auch in der Zusammenschau mit § 2 keiner verfassungskonformen Auslegung zugänglich und kann daher nicht zur Rechtfertigung der gegenüber dem Kind getroffenen Maßnahmen dienen.

²³⁹ Die Schulleiter und Klaßleiter können sich zur Anordnung einer Maskenpflicht an den Schulen nicht auf diese Verordnung berufen.

²⁴⁰ Die Eltern sind nicht in der Lage, die Gefahr, die von diesen Anordnungen für ihr Kind ausgeht, abzuwenden.

²⁴¹ Mit der Anordnung solcher Maßnahmen wird das Wohl der Kinder, wie dargestellt, gefährdet, § 1666 BGB. Die Lehrkräfte dürfen sie deshalb nicht anordnen.

²⁴² **IV. Erforderlichkeit des Tätigwerdens im Wege der einstweiligen Anordnung:**

²⁴³ Es erscheint nach dem gegenwärtigen Ermittlungsstand sehr wahrscheinlich, dass dieses Ergebnis im Hauptsacheverfahren bestätigt wird. Weitere Ausführungen bleiben einer Entscheidung dort vorbehalten.

²⁴⁴ Im Rahmen einer Folgenbetrachtung sind beim Erlass einer einstweiligen Anordnung die Nachteile abzuwägen, die sich ergeben, wenn die von den Eltern der Kinder angestrebte Regelung durch das Familiengericht zunächst im einstweiligen Anordnungsverfahren nicht getroffen wird, dann aber doch später im Hauptsacheverfahren, und die Auswirkungen, die sich ergeben, wenn das Familiengericht die von den Eltern der Kinder angestrebte Regelung bereits im einstweiligen Anordnungsverfahren trifft, aber später im Hauptsacheverfahren nicht bestätigt.

²⁴⁵ Die Nachteile für die Kinder, wenn die angestrebte Regelung durch das Familiengericht verzögert wird, überwiegen dabei erheblich.

²⁴⁶ Die Eltern sind jedenfalls nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, § 1666 BGB. Mit Blick auf das Ende der Osterferien besteht auch ein dringendes Bedürfnis, sofort tätig zu werden.

²⁴⁷ Nach alledem war die aus dem Tenor ersichtliche Entscheidung geboten.

²⁴⁸ **V. Geltungsbereich der Anordnung:**

²⁴⁹ Entgegen der Auffassung des Amtsgerichts Weimar (Beschluss vom 08.04.2021, Az. [9 F 148/21](#)), geht das Gericht davon aus, dass der Beschluss lediglich zwischen der beteiligten Schulleitung und der Betroffenen wirkt, da ansonsten alle Kinder der Schule hätten beteiligt und gehört werden müssen. Es muss jedoch allen, die den Beschluss und insbesondere die Ausführungen des Sachverständigen ... (Nr.1) kennen, klar sein, dass jeder, der ein Kind entgegen dessen Willen über einen längeren Zeitraum zwingt, eine Maske zu tragen, eine Gefährdung dessen Wohls verursacht und damit ohne rechtfertigenden Grund in dessen Rechte eingreift. Auch ohne dass deshalb jedes Mal ein Verfahren gem. § 1666 BGB gegen diese Personen eingeleitet werden müsste, sind diese Personen gehalten, die Rechte der Kinder zu respektieren und gebietet es der Schutz aller betroffenen Schüler, dass diese nicht zum Tragen der Maske gezwungen werden dürfen. Ein Schulleiter oder Lehrer, der dies in Kenntnis der damit verbundenen Gefahren dennoch tut, wird sich in dem Fall, dass die Gefährdung eine tatsächliche Schädigung des betroffenen Kindes zur Folge hat, nicht darauf berufen können, er habe die Gefahr nicht gekannt oder sei durch irgendeine Infektionsschutzverordnung oder ein Hygienekonzept hierzu gezwungen gewesen.

²⁵⁰ Die Kostenentscheidung beruht auf § 81 FamFG.

²⁵¹ Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 51 Abs. 4, 81 Abs. 1 Satz 1 FamFG. Für die Kosten des Verfahrens der einstweiligen Anordnung gelten die allgemeinen Vorschriften.

- Leerseite -

17.03.2010

Forschung und mentale Prostitution

Essay von Günter Ropohl

Wissenschaften sind verführbar. Gerade deshalb ist ihre Unabhängigkeit so wichtig.

„Warum verachtet man Menschen, die ihren Körper verkaufen? Wo es doch offenbar niemand anstößig findet, dass andere ihren Geist verkaufen!“ Das sagte, vor mehr als 50 Jahren, mein damaliger Deutschlehrer vor versammelter Klasse im christkatholischen Köln. Diese seinerzeit höchst provokante Äußerung habe ich mein Leben lang nicht vergessen. Gewisse Entwicklungen in der Wissenschaft nähren in mir den Gedanken, dass heute immer mehr Forscher ihren Geist verkaufen, also gewerbsmäßig der mentalen Prostitution nachgehen. Dieser Verdacht drängt sich immer dann auf, wenn Wissenschaftler ein bestimmtes Fachproblem, das bei nüchterner Betrachtung keineswegs gelöst ist, in der Öffentlichkeit so darstellen, als hätten sie die endgültige Antwort darauf gefunden; und wenn sie abweichende Minderheitsmeinungen mit allen nur denkbaren Manipulationstaktiken als unseriös und abwegig zu diskreditieren und zu unterdrücken versuchen, als müssten sie befürchten, die „Hure von nebenan“ mache ihnen die Kunden abspenstig. Aus der Vielzahl von Beispielen greife ich drei aktuelle Fälle heraus, die längst aus der innerwissenschaftlichen Debatte herausgetreten sind und einen leidenschaftlichen Streit um politische Interventionen ausgelöst haben. Das sind der „Cholesterin-Fall“, der „Tabak-Fall“ und der „Klima-Fall“. Gegenwärtig scheint sich überdies der Schweinegrippen-Fall abzuzeichnen, der freilich noch zu jung ist, als dass er schon abwägend beurteilt werden könnte.

Es ist natürlich kein Zufall, dass diese Fälle allesamt die Werte der Gesundheit und der Umwelt berühren. Diese Werte sind zum ersatzreligiösen Fetisch verweltlichter Zeitgenossen geworden, die gleichwohl erziehungsbedingt an ideologische Fixpunkte glauben wollen. (1) Ist es ansonsten die Lust, mit der die gewöhnliche Prostitution ihre Geschäfte macht, kann die mentale Prostitution auf die Angst bauen, die sich als Grundbefindlichkeit moderner Menschen seuchenhaft verbreitet hat. In knappen Zügen will ich die drei Fälle skizzieren.

Der Cholesterin-Fall

Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt die Vorstellung auf, Cholesterin habe besondere Bedeutung für die Gesundheit und Lebenserwartung. Bestimmte Arten der Nahrung (besonders Fett, Fleisch und Eier) bewirken, so die Hypothese, einen überhöhten Cholesterinspiegel im Blut. Das führe zur Verstopfung bestimmter Blutbahnen, der Arterien, und die daraus folgende Störung des Blutkreislaufs könne Herz- und Gehirndefekte auslösen. Später erkennt man zwar, dass es zwei verschiedene Arten von Cholesterin gibt, die nun getrennt gemessen werden, doch ist nach wie vor die Ansicht verbreitet, dass zumindest das „schlechte“ Cholesterin bei erhöhtem Vorkommen gefährlich sei. Den Betroffenen raten Ärzte und Gesundheitsfunktionäre noch immer, die Ernährung umzustellen und cholesterinsenkende Medikamente zu nehmen.

In den zurückliegenden Jahrzehnten haben Tausende von Medizinern und Ernährungswissenschaftlern eine Fülle von Untersuchungen angestellt, um die skizzierte Hypothese zu beweisen, und „Studien“, die das mit allen möglichen Statistiken scheinbar leisten, finden im Gesundheitssystem (Fachveröffentlichungen, Fachgesellschaften, Ärzte, Apotheken, Gesundheitspolitiker, Ernährungsberater) überragende Beachtung. Auch die amerikanisch dominierte Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich dieser Auffassung angeschlossen. Gleichwohl gibt es Kritiker, die an der Aussagefähigkeit der „Studien“ zweifeln und auf andere Untersuchungen verweisen, in denen die Hypothese widerlegt wird. (2) Solche kritischen Stimmen aber werden von den Vertretern der herrschenden Meinung kaum zur Kenntnis genommen und nicht selten regelrecht unterdrückt, indem ihnen beispielsweise die Publikation in führenden Zeitschriften versagt wird. Eine wissenschaftliche Hypothese, die sich offenbar noch längst nicht bewährt hat, wird zum Dogma der Ernährungs- und Medikationsberatung erklärt, und die Hüter der „reinen Lehre“ bekämpfen die „Abweichler“ mit allen nur denkbaren Mitteln, statt sich in offener und fairer Diskussion mit ihnen auseinanderzusetzen.

Der Tabak-Fall

Ein zweites Beispiel ist die Hypothese vom Passivrauchen. Nach einem zunächst folgenlosen Vorspiel im nationalsozialistischen Deutschland wird in den USA um 1970 von Tabakgegnern die Behauptung aufgegriffen, die Rauchpartikel, die beim Abbrennen von Tabakwaren an die Umgebungsluft abgegeben werden, würden bei Nichtrauchern, die diesen Rauch unfreiwillig einatmen, zu erheblichen Gesundheitsgefährdungen führen. Offensichtlich haben die Tabakgegner diese Annahme bloß deswegen in die Welt gesetzt, um die Nichtraucher gegen die Raucher aufzuwiegen und damit Mehrheiten für eine umfassende Tabakprohibition zu gewinnen. (3)

Erst später sind dann zahlreiche statistische Untersuchungen angestellt worden, die nach Ansicht der Tabakgegner die Gefährlichkeit des „Passivrauchens“ beweisen. Auch die bereits erwähnte Weltgesundheitsorganisation hat derartige „Studien“ finanziert und auf dieser Grundlage zum weltweiten „Kreuzzug gegen das Rauchen“ aufgerufen. Skeptiker dagegen zweifeln aus guten Gründen an der Seriosität der Statistiken(4), aber sie werden nicht selten mit dem Vorwurf diskreditiert, sie ständen im Sold der Zigarettenindustrie. Doch umgekehrt wird ein Schuh daraus: Es sind die alarmistischen Tabakforscher und Gesundheitsfunktionäre, die sich für ihre Kassandrarufe mit Unsummen öffentlicher (und möglicher Weise auch privater) Gelder aushalten lassen. Auch hier ist ein Dogma aufgestellt worden, das gegen alle Einwände hartnäckig verteidigt wird und die Politik inzwischen weltweit zu drakonischen Rauchverboten veranlasst hat.

Der Klima-Fall

Das dritte Beispiel handelt vom menschengemachten Klimawandel. Hatte es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts nur vereinzelte und wenig beachtete Hinweise gegeben, verbreitete sich nach 1950 die Auffassung, die erdnahe Atmosphäre werde immer wärmer, weil die Menschen mehr und mehr Gase, besonders CO₂, freisetzen, die eine Abstrahlung der Sonnenwärme in den Weltraum behindern und damit den sogenannten Treibhauseffekt verursachen. Von der globalen Erwärmung werden katastrophale Auswirkungen erwartet: Die bisherigen Klimazonen verändern sich, Wirbelstürme und Unwetter vermehren sich dramatisch, der Meeresspiegel steige an, und zahlreiche teilweise dicht bevölkerte Küstenregionen würden überflutet.

Hatte es um 1950 weltweit nur ein paar Hundert Klimaforscher gegeben, sind es heute Tausende, die, von gewissen Politikern mit ansehnlichen Finanzmitteln versehen, immer neue Statistiken und Vorhersagen hervorbringen, mit denen sie das Horrorszenario der „Klimakatastrophe“ heraufbeschwören. Seit 1988 haben sich diese Berufspessimisten in einem „Zwischenstaatlichen Ausschuss über den Klimawandel“ (IPCC) zusammengeschlossen, der vom Umweltprogramm der Vereinten Nationen (UNEP) gemeinsam mit der Weltorganisation für Meteorologie (WMO) eingerichtet wurde. Mit solcher internationalen Unterstützung beherrscht dieser Weltklimarat internationale Konferenzen, hat große Teile der Medien und der Politik für sich eingenommen und gebärdet sich wie weiland das Heilige Offizium der katholischen Kirche, das bekanntlich auch das Wahrheitsmonopol für sich in Anspruch genommen hatte. So behaupten Anhänger des IPCC, es gäbe keine ernst zu nehmenden Gegenmeinungen, weil sie ja sonst in anerkannten Fachjournalen zu lesen wären; dabei verschweigen sie, dass sie selbst mit ihren Gutachtermehrheiten dafür sorgen, dass Texte von Dissidenten bei diesen Zeitschriften durchweg abgelehnt werden. Tatsächlich aber gibt es zahlreiche Wissenschaftler, die dem Dogma von der Klimakatastrophe energisch widersprechen. (5)

Strukturwandel der Wissenschaft

Diese drei Beispiele – denen weitere hinzugefügt werden könnten – zeigen deutliche Gemeinsamkeiten:

- Man behauptet eine Bedrohung für Mensch und Natur.
- Man rüttelt damit Geldgeber auf und lässt sich zahlreiche statistische Untersuchungen finanzieren, um die Bedrohung zu beweisen (obwohl statistische Zusammenhänge überhaupt keinen Beweis für tatsächliche Ursachen liefern können).
- Man schafft Meinungsmehrheiten in der Fachwelt und besetzt damit die öffentliche Meinung, der dann alsbald die Politiker folgen.
- Man erzeugt unentwegt neue Unheilsprognosen, um die Politiker auf weitere Förderung und auf drastische Präventionsstrategien einzuschwören.
- Man diskreditiert und unterdrückt abweichende Stimmen von Gegenexperten.

Dieses immer wiederkehrende Muster verweist auf einen historischen Strukturwandel in der Wissenschaft. In idealtypischer Stilisierung: **An die Stelle der akademischen Wissenschaft tritt nun die postakademische Wissenschaft.** Die akademische Wissenschaft, vorwiegend von den Universitäten gepflegt, war ein Kennzeichen der Neuzeit bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts. Ihre Funktionsbedingungen hat Wilhelm von Humboldt in die einprägsame Formel „Einsamkeit und Freiheit“ gefasst, und selbstverständlich war ein gemeinwohlorientierter Staat dafür zuständig, die notwendigen Kosten zu bestreiten. Der einzelne Gelehrte, frei von finanziellen und ideologischen Zwängen, folgt allein seiner theoretischen Neugier, wenn er Beobachtungen erklären, Zusammenhänge deuten und das Wissen in Theorien systematisieren will.

Dieser Prototyp hat sich in vielen herausragenden Persönlichkeiten verkörpert. Statt langer Listen, mit denen die Wissenschaftsgeschichte sich schmücken kann, nenne ich beispielhaft bloß zwei: Albert Einstein und Max Weber. Beide, das ist schon mehrfach festgestellt worden, hätten in der gegenwärtigen Forschungslandschaft einen schweren Stand und kämen heute angesichts fortwährender Antrags- und Bewertungsprozeduren womöglich gar nicht mehr dazu, ihre genialen theoretischen Entwürfe zu entwickeln. Liegt es wirklich nur an einer zeitperspektivischen Täuschung, wenn derart überdurchschnittliche Figuren, die ja schon zu Lebzeiten große Anerkennung fanden, in der aktuellen Wissenschaftsszene kaum mehr auszumachen sind?

Seit rund 50 Jahren verbreitet sich, was man als postakademische Wissenschaft ansehen kann. Es gibt Wissenschaftsforscher, die stattdessen von einer „post-normal science“ (post-normale Wissenschaft) oder „knowledge production in MODE 2“ (Wissenserzeugung vom Typ 2) sprechen und dafür die verschiedensten Kennzeichen heranziehen. (6) Besondere Merkmale der postakademischen Wissenschaft sind in meiner Einschätzung:

- Die Organisation der Forschung in Form auftragsabhängiger, zeitlich befristeter Projekte.
- Ein beträchtlicher finanzieller und personeller Umfang sowie die ausgeprägte Arbeitsteiligkeit der Forschungsvorhaben.
- Die disziplin- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit der Wissenschaftler.
- Ein ausgeklügeltes Schema von vorbereitenden, begleitenden und abschließenden Beurteilungsverfahren („Evaluationen“) für eine wie immer verstandene Qualitätskontrolle.

Betriebsamkeit und Zwang

Wissenschaft arbeitet nicht mehr unter Bedingungen der Einsamkeit und Freiheit, sondern verkörpert Betriebsamkeit und Zwang. Betriebsamkeit äußert sich in den verschiedensten Formen der Kollektivierung. Es gibt nicht mehr den selbstständigen einzelnen Denker, sondern fach-, orts- und länderübergreifende Arbeitsgruppen („cluster“), die sich unter der Ägide von Koordinatoren unentwegt in Werkstattgesprächen („workshops“) und Präsentationskonferenzen austauschen. Das führt zu einer ausgeprägten „Taylorisierung“ der wissenschaftlichen Arbeit: Projektleiter planen und steuern den Forschungsprozess, Mitarbeiter erledigen abgegrenzte Teilaufgaben, und Gutachter überwachen Termineinhaltung und Produktausstoß. Wie jeder andere Betrieb unterliegt auch die Wissensproduktion der Ökonomisierung: Erkenntnis wird nicht mehr um ihrer selbst willen gesucht, sondern nur noch, um weitere Ressourcen in den Forschungsbetrieb zu lenken. Und **der Einsatz von Zeit und Geld lohnt sich nur dann, wenn dadurch verwertungsfähige Erträge hervorgebracht werden.** In diesen Organisationsprinzipien sind etliche Zwänge begründet. Da ist zunächst der **Vernetzungszwang**, der die mitwirkenden Personen kaum zu eigenen Ideen anregt, sondern sie in die Konformität des Arbeitskollektivs einpasst und überdies zu fortgesetzten Reiseaktivitäten veranlasst. Statt sich auf Fachprobleme zu konzentrieren, vertut man viel Zeit mit „angewandter Verkehrsmittelforschung“. Dann gibt es den **Legitimierungszwang**, weil sich jeder Arbeitsschritt und jedes Resultat vor den Kontrollinstanzen der Projektorganisation als „ertragreich“ ausweisen muss. Ferner unterliegt man dem **Akquirierungszwang**, weil man nur forschen kann, wenn man dafür Geldgeber gewinnt, die meist **schon im Voraus wissen wollen**, welche Forschungsergebnisse man zusagen kann und wofür die gut sein werden.

Da die Projekte zeitlich befristet sind, muss man schon vor Ablauf des einen Projektes das Konzept eines neuen Vorhabens entwerfen und dafür wieder Finanzmittel einwerben, um die weitere Beschäftigung der Mitarbeiter sicherzustellen. Für die systematische Entwicklung und Verfeinerung umfassender Theoriezusammenhänge lässt die Projektgeschäftigkeit einfach keine Zeit mehr. Schließlich steht man unter dem **Verifikationszwang**, jedes Arbeitsergebnis als unbezweifelbare Wahrheit hinstellen zu müssen: Was viel Geld und Zeit gekostet hat, darf doch nicht mehr bestreitbar

sein! Mit jedem öffentlich geäußerten Selbstzweifel würde man die eigene Glaubwürdigkeit bei den Geldgebern untergraben und die Chancen für weitere Projektaufträge verringern.

Drittmittelwerbung statt Kreativität

Diese Zwänge aber führen zur **strukturellen Käuflichkeit der Wissenschaft**. Wenn man, um Wissenschaft treiben zu können, fortgesetzt „Drittmittel“ akquirieren muss, dann erforscht man nicht, was nach eigenem wissenschaftlichen Urteil interessant scheint, sondern bloß noch das, was zahlungskräftige Käufer zu finanzieren bereit sind. Mit dem Unwort „Drittmittel“ bezeichnet man Gelder, die nicht der Forscher selbst – wie könnte er das auch?! – und nicht der Staat als interesseloser Garant des öffentlichen Gutes Wissenschaft aufbringen, sondern **gewisse „Dritte“ aus irgendwelchen Gründen** beisteuern. Das reicht von vordergründig neutralen Förderorganisationen, in denen durch das Begutachtungswesen normalerweise die „herrschende Lehre“ dominiert, über politische Agenturen, die Partialinteressen verfolgen, bis hin zu Auftraggebern aus der Wirtschaft, denen altruistische Motive ohnehin nicht unbedingt zu unterstellen sind.

Die Betonung der „Drittmittel“ signalisiert, dass sich der Staat aus seiner Verantwortung für die Wissenschaft zurückgezogen hat. Inzwischen werden kaum noch Professorenstellen ausgeschrieben, in denen nicht verlangt würde, dass die Bewerber die erfolgreiche „Einwerbung von Drittmitteln“ nachweisen müssen. Nicht länger **qualifiziert** die ungewöhnliche Kreativität den Hochschullehrer, sondern seine **Beflissenheit in mentaler Prostitution**. Forschung ist mithin nicht länger selbstbestimmt wie weiland in der akademischen Wissenschaft, sondern weitgehend fremdbestimmt, gesteuert von fremden Interessen und fremden Mehrheitsmeinungen.

Wer, außer ein paar Fossilien aus der akademischen Wissenschaft, würde es schon noch wagen, die Irrelevanz des Cholesterinspiegels, die Unbedenklichkeit des „Passivrauchens“ oder die Folgenlosigkeit geringfügiger Klimaschwankungen beforschen zu wollen? Niemand würde das finanzieren, niemand würde ungewöhnliche Resultate veröffentlichen, und niemand würde solche Abweichler für eine Professur in Erwägung ziehen. Hier ist nachzutragen, dass die enorme Vermehrung des wissenschaftlichen Nachwuchses einen mörderischen Konkurrenzkampf um die knappen Karrierechancen ausgelöst hat, in dem natürlich diejenigen belohnt werden, die opportunistisch im breiten Strom der herrschenden Meinung mitschwimmen. Der mentalen Prostitution sich zu verweigern, kommt dem wissenschaftlichen Selbstmord gleich, und wer wollte schon ableben, bevor er gelebt hat?

Krise der Wissenschaft

In den Fehlentwicklungen, von denen ich nur einige skizzieren konnte, äußert sich eine dramatische Krise der Wissenschaft. Ich will nicht behaupten, allein die akademische Wissenschaft wäre der Königsweg. Selbstverständlich gibt es Forschungsprobleme, die nicht vom einsamen Gelehrten zu lösen sind, sondern fach- und institutionsübergreifende Zusammenarbeit erfordern. Gleichwohl müssten auch in der postakademischen Wissenschaft schöpferische und kritische Freiräume verankert werden, in denen die Forscher von ihrem geschäftigen Treiben gelegentlich Abstand nehmen und über die Grundlagen der Wissenschaft reflektieren könnten. Es müsste den Forschern schon in der Ausbildung und dann immer wieder in den Wissenschaftsorganisationen eingeschärft werden, dass sie nur mit kritischer Selbstreflexion ihrem Berufsethos gerecht werden.

Wissenschaft ist auf der Suche nach Wahrheit, gewiss, aber herausragende Wissenschaftsphilosophen – ich nenne Thomas S. Kuhn, Karl R. Popper, Hans Albert oder Paul Feyerabend – haben darüber aufgeklärt, dass „Wahrheit“ keine unfehlbare Errungenschaft ist, die der Forscher zum Dogma erheben dürfte, sondern ein regulatives Prinzip, dem man sich **mit immer neuen Versuchen lediglich annähern kann**. Alle Wissenschaft steht unter dem Vorbehalt der Fehlbarkeit, und darum bedarf sie fortgesetzt der kritischen Prüfung. Dazu gehört einerseits das mögliche Scheitern an der Erfahrung: Sobald ein empirischer Test bekannt wird, der eine ursprüngliche Vermutung nicht bestätigt, muss die Hypothese erneut zur Disposition gestellt werden. Und andererseits ist es die Auseinandersetzung mit konkurrierenden Theorien, die ein Forscher nicht einfach darum ignorieren darf, weil sie seinem eigenen Ansatz oder der „herrschenden Lehre“ widersprechen. **Die Wissenschaftsgeschichte ist gespickt mit Fällen, in denen sich die „abweichende“ Theorie auf lange Sicht als der wirkliche Erkenntnisfortschritt erwiesen hat**. Wissenschaftliche Tugend bedeutet, offen zu sein für empirische und theoretische Korrekturmöglichkeiten. Doch mentale Prostitution hat ihre Tugend ohnehin längst verloren.

Es ist an der Zeit, dass endlich auch die Medien und die Politik die grundsätzliche Fehlbarkeit der Wissenschaft zur Kenntnis nehmen und die Öffentlichkeit darüber aufklären. **Man darf nicht länger einem blinden Aktionismus verfallen, bloß weil eine zufällig einflussreiche Wissenschaftlerlobby**

irgendwelche Katastrophenszenarien an die Wand malt. Angesichts offenkundiger Meinungsverschiedenheiten in der Wissenschaft kann sich die Politik nicht auf die „Einschätzungsprärogative“ berufen, hier willkürlich Partei zu ergreifen. (7) Und das Bundesverfassungsgericht müsste, statt solcher Willkür freien Lauf zu lassen, feststellen, dass es grundgesetzwidrig ist, wenn die Politik mit einem derartigen Präjudiz in den wissenschaftlichen Meinungsstreit eingreift. (8) Es ist schlimm genug, wenn eilfertige Forschungsfunktionäre selber die Freiheit der Wissenschaft untergraben. Es ist unerträglich, wenn sich Politiker und selbst Verfassungsjuristen dazu hergeben, derartige Angriffe auf die Freiheit der Wissenschaft ihrerseits zu missbrauchen oder gar zu legitimieren.

Anmerkungen

(1)Vgl. Frank Furedi: „War Gott grün?“ in: NovoArgumente 104 (1–2 2010), S. 24–26.

(2)z.B. U. Ravnskov: Mythos Cholesterin, Stuttgart 2005; siehe auch den Wikipedia-Eintrag zu „Cholesterin“, de.wikipedia.org.

(3)Vgl. G. C. Kabat: Hying health risks, New York 2008, S. 147ff.

(4)Vgl. Günter Ropohl: „‘Passivrauchen‘ als statistisches Konstrukt“, in: NovoArgumente 95 (7–8 2008), S. 51–55; ferner die „Erklärung von Brüssel zur wissenschaftlichen Redlichkeit“, 2009, brusselsdeclaration.org.

(5)Vgl. Hans Labohm: „Klimakatastrophenzweifel – eine Einführung“ in: Novo86 (1–2 2007); ferner die „Erklärung von Manhattan zum Klimawandel“, 2008, climatescienceinternational.org.

(6)Vgl. M. Decker: Angewandte interdisziplinäre Forschung, Bad Neuenahr-Ahrweiler 2007.

(7)Die „Prärogative“, ein Fachwort aus dem überkommenen Staatsrecht, bezeichnet das Vorrecht einer staatlichen Instanz, Beschlüsse ohne Rücksicht auf andere Instanzen fassen zu können.

(8)So in seinem Urteil zu den Rauchverboten, mit dem es die strittige Behauptung über das „Passivrauchen“ sozusagen legitimiert; vgl. BverfG, 1 BvR 3262/07 v. 30.7.2008.

- Leerseite -

Vorläufiges Ergebnis und Schlussfolgerungen der COVID-19 Case-Cluster-Study (Gemeinde Gangelt)

Prof. Dr. Hendrik Streeck (Institut für Virologie)

Prof. Dr. Gunther Hartmann (Institut für Klinische Chemie und Klinische Pharmakologie, Sprecher Exzellenzcluster ImmunoSensation²)

Prof. Dr. Martin Exner (Institut für Hygiene und öffentliche Gesundheit)

Prof. Dr. Matthias Schmid (Institut für Medizinische Biometrie, Informatik und Epidemiologie)

Universitätsklinikum Bonn,

Bonn, den 9. April 2020

Hintergrund: Die Gemeinde Gangelt ist in Deutschland einer der am stärksten von COVID19 betroffenen Orte Deutschlands. Es wird angenommen, dass das Infektionsgeschehen auf eine Karnevalssitzung am 15. Februar 2020 zurückzuführen ist, da mehrere Personen im Nachgang zu dieser Sitzung SARSCoV2 positiv getestet wurden. Die Karnevalssitzung und das Ausbruchgeschehen der Sitzung wird derzeit noch genauer untersucht. Es wurde eine repräsentative Stichprobe aus der Gemeinde Gangelt (12.529 Einwohner) im Kreis Heinsberg gezogen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt ein Protokoll, bei dem je nach zu erwartender Prävalenz stichprobenartig 100 bis 300 Haushalte untersucht werden. Diese Stichprobe wurde auf ihre Repräsentativität abgestimmt mit Herrn Prof. Manfred Güllner (Forsa).

Ziel: Das Ziel der Studie ist es, den Stand der durchgemachten und noch immer stattfindenden SARS-CoV2 Infektionen (Prozentsatz aller Infizierten) in der Gemeinde Gangelt zu bestimmen. Zusätzlich soll damit der Stand der derzeitigen SARS-CoV2 Immunität ermittelt werden.

Vorgehen: Ein Serienbrief wurde an ca. 600 Haushalte verschickt. Insgesamt nahmen ca. 1000 Einwohner aus ca. 400 Haushalten an der Studie teil. Es wurden Fragebögen erhoben, Rachenabstriche genommen und Blut auf das Vorliegen von Antikörper (IgG, IgA) getestet. In diese erste Auswertung gehen die Zwischenergebnisse und Rückschlüsse von ca. 500 Personen ein.

Vorläufiges Ergebnis: Es wurde eine bestehende Immunität von ca. 14% (anti-SARS-CoV2 IgG positiv, Spezifität der Methode >,99 %) festgestellt. Etwa 2 % der Personen wiesen eine mittels PCR Methode festgestellte aktuelle SARS-CoV-2 Infektion auf. Die Infektionsrate (aktuelle Infektion oder bereits durchgemacht) betrug insgesamt ca. 15 %. Die Letalität (*case fatality rate*) bezogen auf die Gesamtzahl der Infizierten in der Gemeinde Gangelt beträgt mit den vorläufigen Daten aus dieser Studie ca. 0,37 %. Die in Deutschland derzeit von der Johns-Hopkins University berechnete Letalität beträgt 1,98 % und liegt damit um das 5-fache höher. Die Mortalität bezogen auf die Gesamtpopulation in Gangelt beträgt derzeit 0,15 %.

Vorläufige Schlussfolgerung: Die von der Johns-Hopkins University berechnete 5-fach höhere Letalität im Vergleich zu dieser Studie in Gangelt erklärt sich aus der unterschiedlichen Bezugsgröße der Infizierten. In Gangelt werden mit dieser Studie alle Infizierten in der Stichprobe erfasst, auch diejenigen mit asymptomatischen und milden Verläufen. In Gangelt ist der Anteil der Bevölkerung, der somit bereits Immunität gegen SARS-CoV-2 ausgebildet hat, etwa 15%. Dies bedeutet, dass sich 15 % der Bevölkerung in Gangelt nicht mehr mit SARS-CoV-2 infizieren können, und der Prozess bis zum Erreichen einer Herdenimmunität bereits eingeleitet ist. Dieser 15-prozentige Anteil der Bevölkerung vermindert die Geschwindigkeit (Netto-Reproduktionszahl R in epidemiologischen Modellen) einer weiteren Ausbreitung von SARS-CoV-2 entsprechend.

Durch Einhalten von stringenten Hygienemaßnahmen ist zu erwarten, dass die Viruskonzentration bei einem Infektionsereignis einer Person so weit reduziert werden kann, dass es zu einem geringeren Schweregrad der Erkrankung kommt, bei gleichzeitiger Ausbildung einer Immunität. **Diese günstigen Voraussetzungen sind bei einem außergewöhnlichen Ausbruchereignis (*superspreading event*, z.B. *Karnevals-Sitzung, Apres-Ski-Bar Ischgl*) nicht gegeben.** Mit Hygienemaßnahmen sind dadurch auch günstige Effekte hinsichtlich der Gesamtmortalität zu erwarten.

Wir empfehlen daher ausdrücklich, die vorgeschlagene Vierphasen Strategie der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) zu implementieren. Diese sieht folgendes Modell vor:

Phase 1: Gesellschaftliche Quarantänisierung mit dem Ziel der Eindämmung und Verlangsamung der Pandemie und Vermeidung einer Überlastung der kritischen Versorgungsstrukturen insbesondere des Gesundheitsversorgungssystems

Phase 2: Beginnende Rücknahme der Quarantänisierung bei gleichzeitiger Sicherung hygienischer Rahmenbedingungen und Verhaltensweisen.

Phase 3: Aufhebung der Quarantänisierung unter Beibehaltung der hygienischen Rahmenbedingungen

Phase 4: Zustand des öffentlichen Lebens wie vor der COVID-19 Pandemie (Status quo ante).

(Stellungnahme der DGKH ist hier zu finden:

https://www.krankenhaushygiene.de/ccUpload/upload/files/2020_03_31_DGKH_Einladung_Lageeinschaetzung.pdf)

Anmerkung: Diese Ergebnisse sind vorläufig. Die endgültigen Ergebnisse der Studie werden publiziert und der Öffentlichkeit vorgestellt, sobald diese vorliegen.

ARTICLE


<https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w>

OPEN

Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China

Shiyi Cao^{1,11}, Yong Gan^{1,11}, Chao Wang^{1,11}, Max Bachmann², Shanbo Wei³, Jie Gong⁴, Yuchai Huang¹, Tiantian Wang¹, Liqing Li⁵, Kai Lu⁶, Heng Jiang^{7,8}, Yanhong Gong¹, Hongbin Xu¹, Xin Shen¹, Qingfeng Tian⁹, Chuanzhu Lv¹⁰✉, Fujian Song¹✉, Xiaoxv Yin¹✉ & Zuxun Lu¹✉

Stringent COVID-19 control measures were imposed in Wuhan between January 23 and April 8, 2020. Estimates of the prevalence of infection following the release of restrictions could inform post-lockdown pandemic management. Here, we describe a city-wide SARS-CoV-2 nucleic acid screening programme between May 14 and June 1, 2020 in Wuhan. All city residents aged six years or older were eligible and 9,899,828 (92.9%) participated. No new symptomatic cases and 300 asymptomatic cases (detection rate 0.303/10,000, 95% CI 0.270–0.339/10,000) were identified. There were no positive tests amongst 1,174 close contacts of asymptomatic cases. 107 of 34,424 previously recovered COVID-19 patients tested positive again (re-positive rate 0.31%, 95% CI 0.423–0.574%). The prevalence of SARS-CoV-2 infection in Wuhan was therefore very low five to eight weeks after the end of lockdown.

Zwischen dem 23. Januar und dem 8. April 2020 wurden in Wuhan strenge COVID-19-Kontrollmaßnahmen verhängt.

Schätzungen der Infektionsprävalenz nach der Aufhebung der Beschränkungen könnten Auskunft zum Pandemiemanagement nach dem Lockdown geben.

Hier beschreiben wir ein stadtweites SARS-CoV-2-Nukleinsäure-Screening-Programm zwischen dem 14. Mai und dem 1. Juni 2020 in Wuhan.

Alle Stadtbewohner ab sechs Jahren waren teilnahmeberechtigt und 9.899.828 (92,9 %) nahmen teil.

Es wurden keine neuen symptomatischen Fälle und 300 asymptomatische Fälle (Erkennungsrate 0,303/10.000, 95% CI 0,270–0,339/10.000) identifiziert.

Bei 1.174 engen Kontakten asymptomatischer Fälle gab es keine positiven Tests.

107 von 34.424 zuvor genesenen COVID-19-Patienten wurden erneut positiv getestet (Repositivrate 0,31 %, 95 %-KI 0,423–0,574 %).

Die Prävalenz einer SARS-CoV-2-Infektion in Wuhan war demnach fünf bis acht Wochen nach Ende des Lockdowns sehr gering.

¹Department of Social Medicine and Health Management, School of Public Health, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei, China. ²Norwich Medical School, Faculty of Medicine and Health Science, University of East Anglia, Norwich, UK. ³Wuhan Municipal Health Commission, Wuhan, Hubei, China. ⁴Wuhan Centre for Clinical Laboratory, Wuhan, Hubei, China. ⁵Department of Management Science and Engineering, School of Economics and Management, Jiangxi Science and Technology Normal University, Nanchang, Jiangxi, China. ⁶Tongji Hospital, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, Hubei, China. ⁷Centre for Alcohol Policy Research, School of Psychology and Public Health, La Trobe University, Melbourne, VIC, Australia. ⁸Melbourne School of Population and Global Health, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia. ⁹School of Public Health, Zhengzhou University, Zhengzhou, Henan, China. ¹⁰Department of Emergency, Hainan Clinical Research Centre for Acute and Critical Diseases, The Second Affiliated Hospital of Hainan Medical University, Haikou, Hainan, China. ¹¹These authors contributed equally: Shiyi Cao, Yong Gan, Chao Wang. ✉email: lyuchuanzhu@hainmc.edu.cn; Fujian.song@uea.ac.uk; yxx@hust.edu.cn; zuxunlu@yahoo.com

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) was first reported in December 2019, and was classified as a pandemic by the World Health Organization on March 11, 2020¹. Following strict lockdown measures, the COVID-19 epidemic was generally under control in China, and the whole country has progressed into a post-lockdown phase. In this phase, countries face new problems and challenges, including how to accurately assess the post-lockdown risk of the COVID-19 epidemic, how to avoid new waves of COVID-19 outbreaks, and how to facilitate the resumption of economy and normal social life. As the city most severely affected by COVID-19 in China, Wuhan had been under lockdown measures from January 23 until April 8, 2020. During the first 2 months after city's reopening, there were only a few sporadic COVID-19 cases in Wuhan (six newly confirmed cases from April 8 to May 10, 2020²). However, there was still concern about the risk of COVID-19 in Wuhan, which seriously affected the resumption of industrial production and social services, and hampered the normal lives of residents. In order to ascertain the current status of the COVID-19 epidemic, the city government of Wuhan carried out a comprehensive citywide nucleic acid screening of SARS-CoV-2 infection from May 14, 2020 to June 1, 2020.

The citywide screening of SARS-CoV-2 infection in Wuhan is a mass screening programme in post-lockdown settings, and provided invaluable experiences or lessons with international relevance as more countries and cities around the world entering the post-lockdown phase. In this study, we report the organisation process, detailed technical methods used, and results of this citywide nucleic acid screening.

Results

There were 10,652,513 eligible people aged ≥ 6 years in Wuhan (94.1% of the total population). The nucleic acid screening was completed in 19 days (from May 14, 2020 to Jun 1, 2020), and tested a total of 9,899,828 persons from the 10,652,513 eligible people (participation rate, 92.9%). Of the 9,899,828 participants, 9,865,404 had no previous diagnosis of COVID-19, and 34,424 were recovered COVID-19 patients.

The screening of the 9,865,404 participants without a history of COVID-19 found no newly confirmed COVID-19 cases, and identified 300 asymptomatic positive cases with a detection rate of 0.303 (95% CI 0.270–0.339)/10,000. The median age-stratified Ct-values of the asymptomatic cases were shown in Supplementary Table 1. Of the 300 asymptomatic positive cases, two cases came from one family and another two were from another family. There were no previously confirmed COVID-19 patients in these two families. A total of 1174 close contacts of the asymptomatic positive cases were traced, and they all tested negative for the COVID-19. There were 34,424 previously recovered COVID-19 cases who participated in the screening. Of the 34,424 participants with a history of COVID-19, 107 tested positive again, giving a repositive rate of 0.310% (95% CI 0.423–0.574%).

Virus cultures were negative for all asymptomatic positive and repositive cases, indicating no “viable virus” in positive cases detected in this study.

All asymptomatic positive cases, repositive cases and their close contacts were isolated for at least 2 weeks until the results of nucleic acid testing were negative. None of detected positive cases or their close contacts became symptomatic or newly confirmed with COVID-19 during the isolation period. In this screening programme, single and mixed testing was performed, respectively, for 76.7% and 23.3% of the collected samples. The asymptomatic positive rates were 0.321 (95% CI 0.282–0.364)/10,000 and 0.243 (95% CI 0.183–0.315)/10,000, respectively.

The 300 asymptomatic positive persons aged from 10 to 89 years, included 132 males (0.256/10,000) and 168 females (0.355/10,000). The asymptomatic positive rate was the lowest in children or adolescents aged 17 and below (0.124/10,000), and the highest among the elderly aged 60 years and above (0.442/10,000) (Table 1). The asymptomatic positive rate in females (0.355/10,000) was higher than that in males (0.256/10,000).

The asymptomatic positive cases were mainly domestic and unemployed residents (24.3%), retired older adults (21.3%), and public service workers (11.7%) (Fig. 1).

The asymptomatic positive rate in urban districts was on average 0.456/10,000, ranging from 0.317/10,000 in Hongshan to 0.807/10,000 in Wuchang district. A lower rate of asymptomatic positive cases was found in suburban districts (0.132/10,000), ranging from 0.047/10,000 in Xinzhou to 0.237/10,000 in Jiangan district (Fig. 2).

Among the 7280 residential communities in Wuhan, asymptomatic positive cases were identified in 265 (3.6%) communities (only one case detected in 246 communities), while no asymptomatic positive cases were found in other 96.4% communities.

Testing of antibody against SARS-CoV-2 virus was positive IgG (+) in 190 of the 300 asymptomatic cases, indicating that 63.3% (95% CI 57.6–68.8%) of asymptomatic positive cases were actually infected. The proportion of asymptomatic positive cases with both IgM (–) and IgG (–) was 36.7% (95% CI: 31.2–42.4%; $n = 110$), indicating the possibility of infection window or false positive results of the nucleic acid testing (Table 2).

Higher detection rates of asymptomatic infected persons were in Wuchang, Qingshan and Qiaokou districts, and the prevalence of previously confirmed COVID-19 cases were 68.243/10,000, 53.767/10,000, and 100.047/10,000, respectively, in the three districts. Figure 3 shows that districts with a high detection rate of asymptomatic positive persons generally had a high prevalence of confirmed COVID-19 cases ($r_s = 0.729$, $P = 0.002$).

Discussion

The citywide nucleic acid screening of SARS-CoV-2 infection in Wuhan recruited nearly 10 million people, and found no newly confirmed cases with COVID-19. The detection rate of asymptomatic positive cases was very low, and there was no evidence of transmission from asymptomatic positive persons to traced close contacts. There were no asymptomatic positive cases in 96.4% of the residential communities.

Previous studies have shown that asymptomatic individuals infected with SARS-CoV-2 virus were infectious³, and might subsequently become symptomatic⁴. Compared with symptomatic patients, asymptomatic infected persons generally have low quantity of viral loads and a short duration of viral shedding, which decrease the transmission risk of SARS-CoV-2⁵. In the present study, virus culture was carried out on samples from asymptomatic positive cases, and found no viable SARS-CoV-2 virus. All close contacts of the asymptomatic positive cases tested negative, indicating that the asymptomatic positive cases detected in this study were unlikely to be infectious.

There was a low repositive rate in recovered COVID-19 patients in Wuhan. Results of virus culturing and contact tracing found no evidence that repositive cases in recovered COVID-19 patients were infectious, which is consistent with evidence from other sources. A study in Korea found no confirmed COVID-19 cases by monitoring 790 contacts of 285 repositive cases⁶. The official surveillance of recovered COVID-19 patients in China also revealed no evidence on the infectiousness of repositive cases⁷. Considering the strong force of infection of COVID-19^{8–10}, it is expected that the number of confirmed cases is associated with the risk of being infected in communities. We

Table 1 Characteristics of asymptomatic positive individuals.

	Total (%)	Asymptomatic positive persons (%)	Detection rate per 10,000 (95% CI)	P value
Total	9,899,828 (100.0)	300 (100.0)	0.303 (0.270–0.339)	
Sex				
Male	5,162,960 (52.2)	132 (44.0)	0.256 (0.214–0.303)	0.005
Female	4,736,868 (47.8)	168 (56.0)	0.355 (0.303–0.413)	
Age (years old)				
≤17	969,014 (9.8)	12 (4.0)	0.124 (0.064–0.216)	<0.001
18–44	4,448,230 (44.9)	104 (34.7)	0.234 (0.191–0.283)	
45–59	2,492,943 (25.2)	96 (32.0)	0.385 (0.312–0.470)	
≥60	1,989,641 (20.1)	88 (29.3)	0.442 (0.355–0.545)	
Administrative Districts in Wuhan				
Wuchang	904,636 (9.1)	73 (24.3)	0.807 (0.633–1.015)	<0.001
Qingshan	414,312 (4.2)	23 (7.7)	0.555 (0.352–0.833)	
Qiaokou	583,440 (5.9)	32 (10.7)	0.548 (0.375–0.774)	
Hanyang	717,429 (7.2)	29 (9.7)	0.404 (0.271–0.581)	
Jiangnan	524,224 (5.3)	19 (6.3)	0.362 (0.218–0.566)	
Hongshan	1,103,079 (11.1)	35 (11.7)	0.317 (0.221–0.441)	
East Lake High-tech Development Area	782,987 (7.9)	19 (6.3)	0.243 (0.146–0.379)	
Jiangan	800,440 (8.1)	19 (6.3)	0.237 (0.143–0.371)	
Caidian	503,595 (5.1)	11 (3.7)	0.218 (0.109–0.391)	
Jiangxia	671,248 (6.8)	14 (4.7)	0.209 (0.114–0.350)	
Huangpi	979,920 (9.9)	14 (4.7)	0.143 (0.078–0.240)	
Hannan	417,022 (4.2)	4 (1.3)	0.096 (0.026–0.246)	
Dongxihu	777,204 (7.9)	5 (1.7)	0.064 (0.021–0.150)	
Xinzhou	634,408 (6.4)	3 (1.0)	0.047 (0.010–0.138)	
East Lake Scenic Area of Wuhan	85,884 (0.9)	0 (0.0)	0.000 (0.000–0.430)	

χ^2 test was used to assess the association between the detection rate of asymptomatic cases increased and sex and age. Urban districts of Wuhan includes Wuchang, Qingshan, Qiaokou, Hanyang, Jiangan, Jiangnan, and Hongshan; Suburban districts of Wuhan includes Hannan, Caidian, Dongxihu, Xinzhou, Jiangxia, Huangpi, East Lake High-tech Development Area, and East Lake Scenic Area of Wuhan.

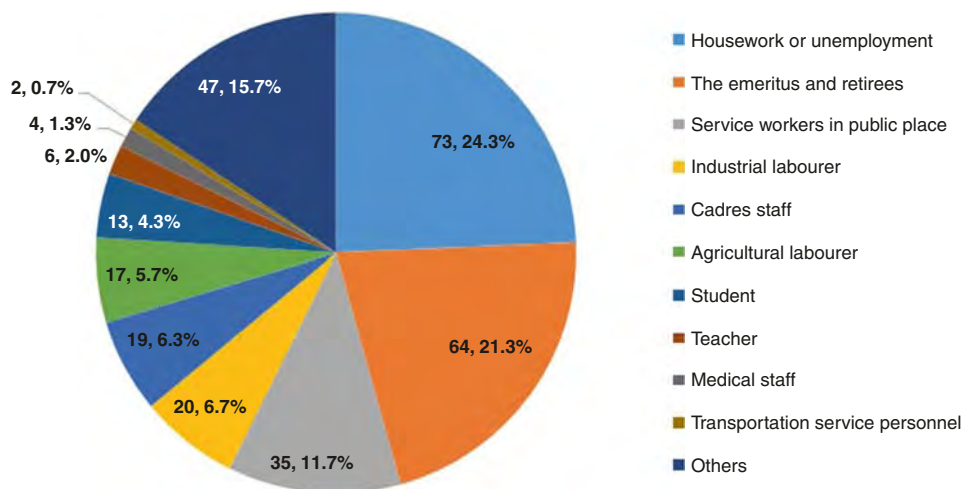


Fig. 1 The occupation distribution of asymptomatic positive cases (%). Note: Others included the self-employed, military personnel, and so on. (Source data are provided as s Source Data file.).

found that asymptomatic positive rates in different districts of Wuhan were correlated with the prevalence of previously confirmed cases. This is in line with the temporal and spatial evolution (especially the long-tailed characteristic) of infectious diseases¹¹.

Existing laboratory virus culture and genetic studies^{9,10} showed that the virulence of SARS-CoV-2 virus may be weakening over time, and the newly infected persons were more likely to be asymptomatic and with a lower viral load than earlier infected cases. With the centralized isolation and treatment of all COVID-19 cases during the lockdown period in Wuhan, the risk of residents being infected in the community has been greatly reduced. When susceptible residents are exposed to a low dose of virus, they may tend to be asymptomatic as a result of their own

immunity. Serological antibody testing in the current study found that at least 63% of asymptomatic positive cases were actually infected with SARS-CoV-2 virus. Nonetheless, it is too early to be complacent, because of the existence of asymptomatic positive cases and high level of susceptibility in residents in Wuhan. Public health measures for the prevention and control of COVID-19 epidemic, including wearing masks, keeping safe social distancing in Wuhan should be sustained. Especially, vulnerable populations with weakened immunity or co-morbidities, or both, should continue to be appropriately shielded.

Findings from this study show that COVID-19 was well controlled in Wuhan at the time of the screening programme. After two months since the screening programme (by August 9, 2020), there were no newly confirmed COVID-19 cases in Wuhan.

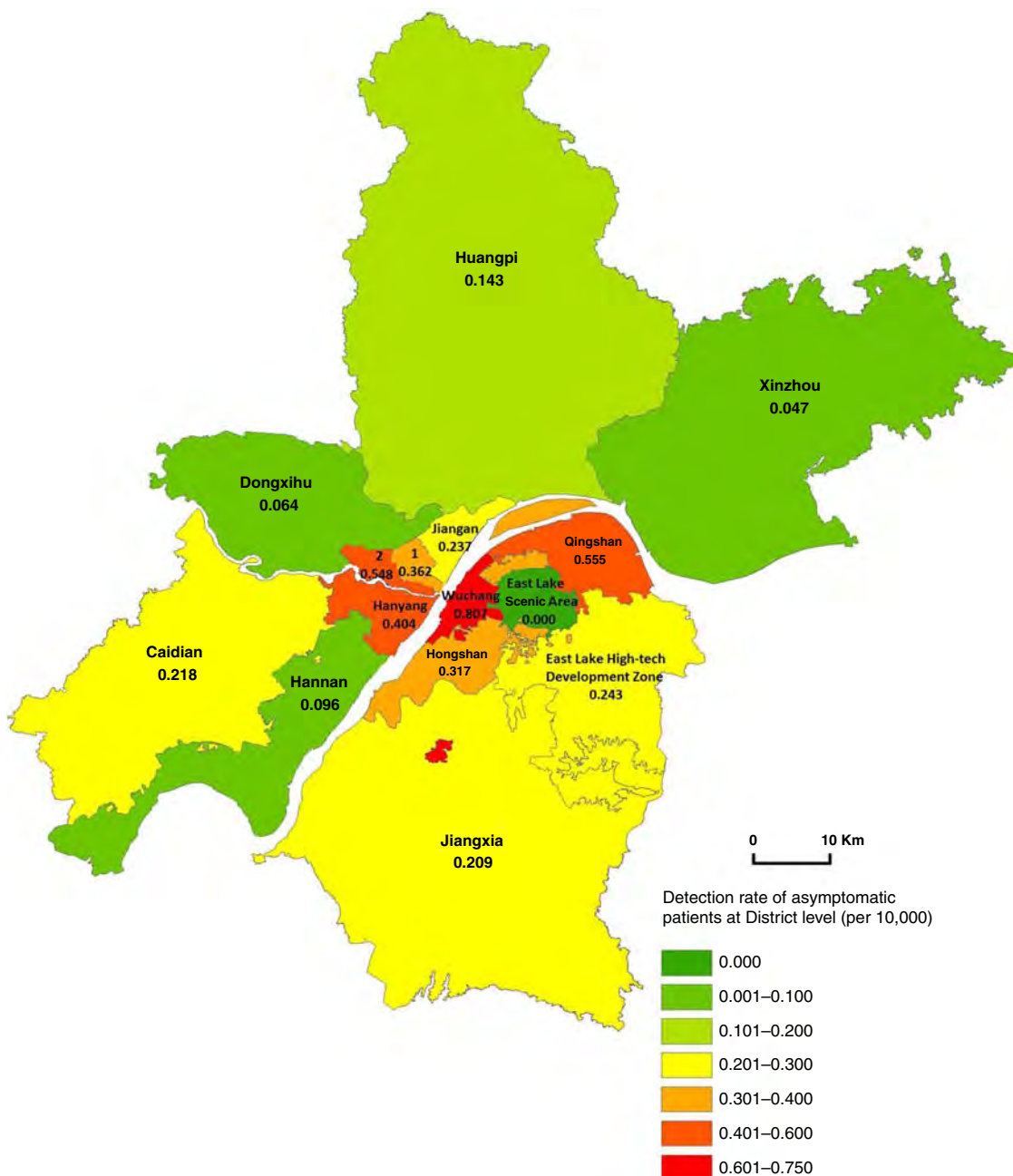


Fig. 2 The geographic distribution of the detection rate of asymptomatic positive cases. Note: 1 represents Jiangnan district; 2 represents Qiaokou district. (Source data are provided as a Source Data file.)

Table 2 Results of the detection of antibody in 300 asymptomatic positive persons.			
IgM	IgG	Asymptomatic positive persons	% (95% CI)
Results			
-	+	161	53.7 (47.8-59.4)
-	-	110	36.7 (31.2-42.4)
+	+	29	9.7 (6.6-13.6)
+	-	0	0.0 (0.0-1.2)

"-" indicates negative; "+" indicates positive.

Further testing of SARS-CoV-2 in samples collected from market environment settings in Wuhan were conducted, and found no positive results after checking a total of 52,312 samples from 1795 market setting during June 13 to July 2, 2020¹².

This study has several limitations that need to be discussed. First, this was a cross-sectional screening programme, and we are unable to assess the changes over time in asymptomatic positive and reoperative results. Second, although a positive result of nucleic acid testing reveals the existence of the viral RNAs, some false negative results were likely to have occurred, in particular due to the relatively low level of virus loads in asymptomatic infected individuals, inadequate collection of samples, and limited accuracy of the testing technology¹³. Although the screening programme provided no direct evidence on the sensitivity and specificity of the testing method used, a meta-analysis reported a

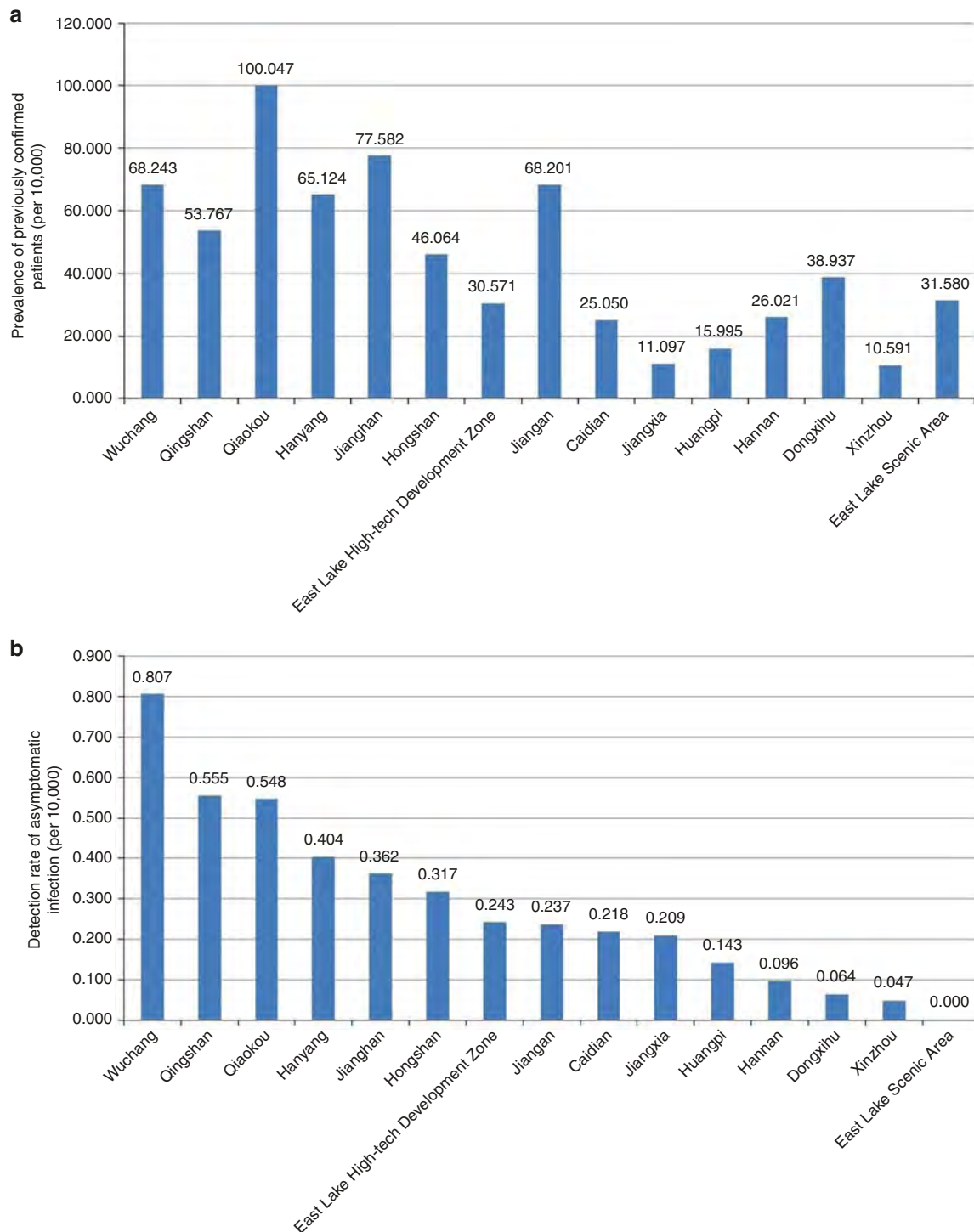


Fig. 3 The prevalence of previously confirmed patients and the detection rate of asymptomatic positive cases of COVID-19 in each district in Wuhan. **a** The prevalence of previously confirmed patients of COVID-19 in each district in Wuhan. **b** The detection rate of asymptomatic positive cases of COVID-19 in each district in Wuhan. (Source data are provided as s Source Data file.).

pooled sensitivity of 73% (95% CI 68–78%) for nasopharyngeal and throat swab testing of COVID-19¹⁴. Testing kits used in the screening programme were publicly purchased by the government and these kits have been widely used in China and other countries. Multiple measures were taken to possibly minimise false negative results in the screening programme. For example, standard training was provided to health workers for sample collection to ensure the sample quality. The experiment procedures, including specimen collection, extraction, PCR, were according to

official guidelines (Supplementary Note 1). For the real-time RT-PCR assay, two target genes were simultaneously tested. Even so, false negative results remained possible, particularly in any mass screening programmes. However, even if test sensitivity was as low as 50%, then the actual prevalence would be twice as high as reported in this study, but would still be very low. Around 7.1% of eligible residents did not participate in the citywide nucleic acid screening and the screening programme did not collect detailed data on reasons for nonparticipation, which is a limitation of this

study. Although there were no official statistics, a large number of migrant workers and university students left Wuhan before the lockdown, joining their families in other cities or provinces for traditional Chinese New Year. Therefore, it is likely that most nonparticipants were not in Wuhan at the time of the screening. The main objective of the screening programme was to assess the risk of COVID-19 epidemic in residents who were actually living in the post-lockdown Wuhan. Therefore, the estimated positive rates are unlikely to be materially influenced by nonparticipation of residents who were not in Wuhan or some residents who did not participate in the screening for other reasons. Moreover, people who left Wuhan were the target population for monitoring in other provinces and cities and were required to take nucleic acid testing. Although there was no official statistics showing the positive rate of nucleic acid testing in this population, there was no report that shown a higher positive rate of nucleic acid testing than our findings.

In summary, the detection rate of asymptomatic positive cases in the post-lockdown Wuhan was very low (0.303/10,000), and there was no evidence that the identified asymptomatic positive cases were infectious. These findings enabled decision makers to adjust prevention and control strategies in the post-lockdown period. Further studies are required to fully evaluate the impacts and cost-effectiveness of the citywide screening of SARS-CoV-2 infections on population's health, health behaviours, economy, and society.

Methods

Study population and ethical approvals. Wuhan has about 11 million residents in total, with seven urban and eight suburban districts. Residents are living in 7280 residential communities (or residential enclosures, “xiao-qu” in Chinese), and each residential community could be physically isolated from other communities for preventing transmission of COVID-19.

The screening programme recruited residents (including recovered COVID-19 patients) currently living in Wuhan who were aged ≥ 6 years (5,162,960 males, 52.2%). All participants provided written or verbal informed consent after reading a statement that explained the purpose of the testing. For participants who aged 6–17 years old, consent was obtained from their parents or guardians. The study protocol for an evaluation of the programme based on anonymized screening data was approved by the Ethics Committee of the Tongji Medical College Institutional Review Board, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, China (No. IROG0003571).

Organizational guarantee and community mobilization. A citywide nucleic acid screening group was formed, with specialized task teams contributing to comprehensive coordination, technical guidance, quality control, participation invitation, information management, communication, and supervision of the screening. The city government invested 900 million yuan (RMB) in the testing programme. From 14 May to 1 June 2020, in the peak time, up to 2907 sample collection sites were functioning at the same time in Wuhan. Each sample collection site had an assigned sample collection group, including several health professionals (staffed according to the number of communities' residents), 2–4 community managers, 1–2 police officers, and 1–2 inspectors. The sampling sites were set up based on the number and accessibility of local residents. Local community workers were responsible for a safe and orderly sampling process to minimise the waiting time. In addition, mobile sampling teams were formed by primary health care professionals and volunteers to conduct door-to-door sampling for residents who had physical difficulties or were unable to walk.

About 50,000 health professionals (mainly doctors and nurses from community health centers) and more than 280,000 person-times of community workers and volunteers contributed to sample collection, transport of equipment and samples collected, arrangement of participation process, and maintaining order of sampling sites. Public information communication and participant invitation were implemented through mass media, mobile messages, WeChat groups, and residential community broadcasts, so as to increase residents' awareness and the participation.

Acquisition, preservation, and transport of samples. All sampling personnel received standard training for the collection of oropharyngeal swab samples. To minimise the risk of cross-infection, the sampling process strictly followed a disinfection process and environmental ventilation were ensured. The collected samples were stored in a virus preservation solution or immersed in isotonic saline, tissue culture solution, or phosphate buffer (Supplementary note 1). Then, all samples were sent to testing institutions within 4 h using delivery boxes for

biological samples refrigerated with dry ice to guarantee the stability of nucleic acid samples.

Technical methods for laboratory testing of collected samples. A total of 63 nucleic acid testing laboratories, 1451 laboratory workers and 701 testing equipment were involved in the nucleic acid testing. Received samples were stored at 4 °C and tested within 24 h of collection. Any samples that could not be tested within 24 h were stored at -70 °C or below (Supplementary note 1). In addition to “single testing” (i.e., separate testing of a single sample), “mixed testing” was also performed for 23% of the collected samples to increase efficiency, in which five samples were mixed in equal amounts, and tested in the same test tube. If a mixed testing was positive for COVID-19, all individual samples were separately retested within 24 h¹⁵.

Details regarding technical methods for sequencing and virus culture were provided in Supplementary note 1. Real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (RT-PCR) assay method was used for the nucleic acid testing. We simultaneously amplified and tested the two target genes: open reading frame lab (ORF1ab) and nucleocapsid protein (N) (Supplementary Note 1). A cycle threshold value (Ct-value) less than 37 was defined as a positive result, and no Ct-value or a Ct-value of 40 or more was defined as a negative result. For Ct-values ranging from 37 to 40, the sample was retested. If the retest result remained less than 40 and the amplification curve had obvious peak, the sample was classified as positive; otherwise, it was reported as being negative. These diagnostic criteria were based on China's official recommendations¹⁶.

For asymptomatic positive cases, virus culture was carried out in biosafety level-3 laboratories. The colloidal gold antibody test was also performed for asymptomatic positive cases (Supplementary note 1). All testing results were double entered into a specifically designed database, and managed by the Big Data and Investigation Group of the COVID-19 Prevention and Control Centre in Wuhan, which was established to collect and manage data relevant to the COVID-19 epidemic.

Participant data collection and management. Before sample collection, residents electronically (using a specifically designed smartphone application) self-uploaded their personal information, including ID number, name, sex, age, and place of residence. Then, the electronic machine system generated a unique personal barcode and stuck it on the sample tube to ensure the match between the sample and the participant. Then trained staff interviewed each individual regarding the history of COVID-19 and previous nucleic acid testing. There was a database of confirmed COVID-19 cases in Wuhan, which can be used to validate the self-reported previous COVID-19 infection. All information was entered into a central database. The testing results were continually uploaded to the central database by testing institutions. Contact tracing investigations were conducted on participants who tested positive for SARS-CoV-2, to track and manage their close contacts. The pre-existing unique identification code for each resident was used as the programme's identification number, to ensure information accuracy during the whole process of screening, from sampling, nucleic acid testing, result reporting, the isolation of detected positive cases, and tracing of close contacts of positive cases. All screening information was kept strictly confidential and was not allowed to be disclosed or used for other purposes other than clinical and public health management. Personal information of asymptomatic positive cases was only disclosed to designated medical institutions and community health centres for the purpose of medical isolation and identification of close contacts. Researcher was blind to the study hypothesis during data collection.

Biological security guarantee. Nucleic acid testing was performed in biosafety level-2 (BSL-2) laboratories, and virus culture was conducted in biosafety level-3 laboratories. Sampling and testing personnel adopted the personal protective measures according to the standard of biosafety level-3 laboratories. Participating laboratories implemented control measures to guarantee biological safety in accordance with relevant regulations¹⁷.

Result query and feedback. Two to three days after sample collection, participants could inquire about their test results using WeChat or Alipay application by their unique ID numbers. The results included text descriptions of nucleic acid testing and coloured health codes. A green coloured health code refers to a negative result, and a red coloured health code indicates a positive result.

Definition and management of identified confirmed cases and close contacts. In this study, all confirmed COVID-19 cases were diagnosed by designated medical institutions according to National Guidelines for the Prevention and Control of COVID-19 (Supplementary Note 2). Asymptomatic positive cases referred to individuals who had a positive result during screening, and they had neither a history of COVID-19 diagnosis, nor any clinical symptoms at the time of the nucleic acid testing. Close contacts were individuals who closely contacted with an asymptomatic positive person since 2 days before the nucleic acid sampling¹⁶. Repositive cases refer to individuals who recovered from previously confirmed COVID-19 disease and had a positive testing again in the screening programme. All repositive cases, asymptomatic positive persons, and their close contacts were

isolated for at least 2 weeks in designated hotels managed by primary health care professionals, and they were released from isolation only if two consecutive nucleic acid tests were negative.

Statistical analysis. Detection rate of asymptomatic positive or repositive cases was calculated by dividing the number of individuals with a positive result of nucleic acid testing by the number of participants tested. Because of extremely low detection rates, we calculated 95% confidence intervals of estimated proportions using Pearson–Klopper exact method, implemented through R package “binom” version 1.1-1¹⁸. SPSS version 22.0 was used for other statistical analyses. We analyzed the distribution of asymptomatic positive cases and assessed the Spearman correlation between the asymptomatic positive rate and the prevalence of previously confirmed COVID-19 cases in different districts of Wuhan. Differences in asymptomatic positive rates by sex and age groups were assessed using the χ^2 test. ArcGIS 10.0 was used to draw a geographic distribution map of asymptomatic positive cases. A value of $P < 0.05$ (two-tailed) was considered statistically significant.

Reporting summary. Further information on research design is available in the Nature Research Reporting Summary linked to this article.

Data availability

Detailed data directly used to generate each figure or table of this study are available within the article, Supplementary Information and source data are provided with this paper.

Received: 18 August 2020; Accepted: 27 October 2020;

Published online: 20 November 2020

References

1. WHO. *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report—51. Data as reported by national authorities by 10 AM CET 11 March 2020* (WHO, 2020).
2. Prevention measures taken at Sanmin residential community in Wuhan—Xinhua | English.news.cn http://www.xinhuanet.com/english/2020-05/11/c_139048342.htm (2020).
3. Gandhi, M., Yokoe, D. S. & Havlir, D. V. Asymptomatic transmission, the Achilles’ heel of current strategies to control Covid-19. *N. Engl. J. Med.* **382**, 2158–2160 (2020).
4. He, D. et al. The relative transmissibility of asymptomatic COVID-19 infections among close contacts. *Int. J. Infect. Dis.* **94**, 145–147 (2020).
5. Arons, M. M. et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N. Engl. J. Med.* **382**, 2081–2090 (2020).
6. KCDC. *Findings from investigation and analysis of re-positive cases (notice). Division of Risk assessment and International cooperation 2020-05-19.* <https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a30402000000&bid=0030> (2020).
7. National Health Commission. *News conference on the prevention and control of COVID-19. Beijing, 21-04-2020.* <http://www.nhc.gov.cn/xcs/fkdt/202004/3e16b2976000411da737c70523e05522.shtml>. (2020).
8. Li, Y. et al. Positive result of Sars-Cov-2 in faeces and sputum from discharged patient with COVID-19 in Yiwu, China. *J. Med. Virol.* <https://doi.org/10.1002/jmv.25905> (2020).
9. Su, Y. C. F. et al. Discovery and Genomic Characterization of a 382-Nucleotide Deletion in ORF7b and ORF8 during the Early Evolution of SARS-CoV-2. *mBio* **11**, e01610-20 (2020).
10. Lin, Z. *Italian scientist: the virulence of SARS-Cov-2 is weakening, the newly infected person are almost asymptomatic* (Chinanews, 2020).
11. Ajelli, M. et al. Spatiotemporal dynamics of the Ebola epidemic in Guinea and implications for vaccination and disease elimination: a computational modeling analysis. *BMC Med.* **14**, 130 (2016).
12. Wuhan Municipal Health Commission. *All results were negative by checking 52312 samples from 1795 supermarket and other market environment setting for 20 days (news).* http://wjw.wuhan.gov.cn/ztlz_28/fk/tzgg/202007/20200702_1389323.shtml. (2020).
13. Woloshin, S., Patel, N. & Kesselheim, A. S. False negative tests for SARS-CoV-2 infection—challenges and implications. *N. Engl. J. Med.* **383**, e38 (2020).
14. Boger, B. et al. Systematic review with meta-analysis of the accuracy of diagnostic tests for COVID-19. *Am. J. Infect. Control* S0196-6553(20)30693-3. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.07.011> (2020).
15. Lohse, S. et al. Pooling of samples for testing for SARS-CoV-2 in asymptomatic people. *Lancet Infect. Dis.* **20**, 1231–1232. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30362-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30362-5) (2020).
16. National Health Commission of the People’s Republic of China. *The prevention and Control Plan of COVID-19 5th edition* (National Health Commission of the People’s Republic of China, 2020).
17. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Laboratory support for COVID-19 in the EU/EEA.* (ECDC, 2020).
18. Dorai-Raj, S. *Package ‘binom’—Binomial Confidence Intervals For Several Parameterizations. Version 1.1-1.* <https://cran.r-project.org/web/packages/binom/binom.pdf> (2014).

Acknowledgements

We would like to thank all institutions and all citizens in Wuhan for their support for citywide nucleic acid screening work. We also would like to thank the Wuhan city government for this citywide nucleic acid testing, sampling and management, and thank the big data and investigation group of COVID-19 prevention and control institution in Wuhan (the data and investigation group of Wuhan Municipal Health Commission) for their efforts in the data collection. In addition, we would like to thank the National Social Science Foundation of China (Grant No. 18ZDA085) for supporting the fund.

Author contributions

S.Y.C., C.W., X.X.Y., and Z.X.L. conceived the study. C.W., Y.C.H., T.T.W., K.L., H.B.X., and X.S. participated in the acquisition of data. S.B.W. and J.G. were responsible for the on-site specimen collection, laboratory testing quality evaluation, and control. Y.C.H., T.T.W., and L.Q.L. analyzed the data. H.J., Y.H.G., and F.J.S. gave advice on methodology. Q.F.T. and C.Z.L. investigated the responses to the citywide nucleic acid testing among residents lived in outside of Wuhan city. S.Y.C., Y.G., C.W., and X.X.Y. drafted the manuscript, Y.G., M.B., and F.J.S. revised the manuscript, and M.B., C.Z.L., and F.J.S. critically commented and edited the manuscript. All authors read and approved the final manuscript. Z.X.L. is the guarantor of this study.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Additional information

Supplementary information is available for this paper at <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19802-w>.

Correspondence and requests for materials should be addressed to C.L., F.S., X.Y. or Z.L.

Peer review information *Nature Communications* thanks Junxiong Vincent Pang and the other, anonymous reviewer(s) for their contribution to the peer review of this work. Peer review reports are available.

Reprints and permission information is available at <http://www.nature.com/reprints>

Publisher’s note Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article’s Creative Commons license, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article’s Creative Commons license and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

© The Author(s) 2020

- Leerseite -

Schock-Enthüllung bei Pfizer-Impfstoffstudien: Fast 100-prozentige Todesrate (!) unter ungeborenen Kindern bei Schwangeren!

20. 01. 2022



Vor kurzem berichtete UNSER MITTELEUROPA exklusiv über die gerichtlich erzwungene Herausgabe bisher in den USA unter Verschluss gehaltener und höchst brisanter Pfizer-Dokumente, die Studienergebnisse und Informationen zu den Corona-Impfstoffen enthalten (Pfizer beantragte eine Sperrung für die nächsten 55 Jahren und eine Ausnahme vom Freedom of Information Act (FOIA) durch die FDA). Nun werden nach und nach erste Details dieser Dokumente veröffentlicht und diese haben es in sich. Sie sind das Zeugnis unvorstellbarer Skrupellosigkeit und höchster Verschwörung.

Nahezu alle ungeborenen Kinder nach Impfung von Müttern verstorben

Dass es immer mehr Berichte aus aller Welt gibt, wonach gegen das Coronavirus geimpfte Schwangere ihre Kinder verlieren, oder diese „still“ auf die Welt kommen, ist bekannt. Der Zusammenhang mit der Impfung wurde bisher freilich negiert und nicht untersucht.

Unter anderem geht aus den bisher veröffentlichten Unterlagen hervor, dass der Pharmariese innerhalb von nur **drei Monaten nach der Markteinführung** der COVID-Spritze mehr als **150.000 (!) Berichte über „schwerwiegende unerwünschte Ereignisse“** erhalten hat. Noch brisanter sind

aber die in Tabelle 6 enthaltenen Daten über schwangere und stillende Frauen, die die Spritze in den ersten Monaten der Markteinführung, die am 11. Dezember 2020 begann, erhalten haben. Bei den meisten Frauen dürfte es sich um Beschäftigte im Gesundheitswesen gehandelt haben, da die ersten Impfungen an diese Personengruppe gingen. Da die klinischen Studien, die der Einführung vorausgingen, schwangere Frauen ausschlossen, wären dies die ersten schwangeren und stillenden Frauen gewesen, die die Impfstoffe erhalten haben.

Aus Tabelle 6 geht hervor, dass von 270 „einzigartigen Schwangerschaften“, die dem Impfstoff ausgesetzt waren, „für 238 Schwangerschaften kein Ergebnis angegeben wurde“ – dazu später mehr.

Damit verbleiben 32 Schwangerschaften mit bekannten Ergebnissen.

Im Bericht von Pfizer heißt es, dass es 23 Spontanaborte (Fehlgeburten), zwei Frühgeburten mit Neugeborenentod, zwei Spontanaborte mit intrauterinem Tod, ein Spontanaborte mit Neugeborenentod und eine Schwangerschaft mit „normalem Ausgang“ gab. Das bedeutet, dass von 32 Schwangerschaften mit bekanntem Ausgang 28 mit dem Tod des Fötus endeten.

In dem Bericht von Pfizer heißt es, dass es fünf Schwangerschaften mit „offenem Ausgang“ gab sowie 238 mit „kein Ausgang angegeben“. Aber 32 minus 28 ergibt vier, nicht fünf. [Lifesitenews, dass diese Zahlen exklusiv enthüllte](#), fragte bei Pfizer nach, erhielt allerdings keine Antwort.

[Hier kann das Dokument eingesehen werden.](#)

Letztendlich bedeuteten die Ergebnisse, dass in mindestens 87.5% der Fälle Schwangere ihre Kinder nach der Corona-Impfung verloren! [Global Research geht sogar von einer 100-prozentigen „Tötungsquote“](#) aus (denn wären die „nicht gemeldeten Schwangerschaften“ gut verlaufen, hätte man sie mit Sicherheit in die Studie gepackt):

„Wir wissen also nicht, was mit den 243 (5 + 238) Schwangerschaften dieser geimpften Frauen geschah; sie wurden einfach nicht in den Bericht aufgenommen. Was wir wissen, ist, dass von 27 gemeldeten Schwangerschaften (270 abzüglich 243) 28 tote Babys zu verzeichnen sind! Dies scheint zu bedeuten, dass eine Frau mit Zwillingen schwanger war und dass 100 % der ungeborenen Kinder starben.“

Todesfälle unter ungeborenen Kinder steigen rasant

Die schockierenden Enthüllungen würden jedenfalls bedeuten, dass zumindest in den USA die Gesundheitsbehörde FDA im vollen Wissen dieser erschreckenden Zahlen dennoch die Zulassung der Pfizer-Impfstoffe ermöglichte und zudem andere Staaten nicht vor den fatalen Nebenwirkungen und Folgen warnte. Möglicherweise wollte man auch deshalb die Akten bis zum Jahr 2097 (!) unter Verschluss halten.

Im Lichte dieser Enthüllungen verwundert es auch nicht, dass es weltweit zu einem enormen Anstieg an Fehlgeburten und anderen Todesursachen unter ungeborenen Kindern kommt. Daten und Berichte dazu kommen unter anderem aus Schottland und von Whistleblowern aus Kanada.

Ein pensionierter Arzt in British Columbia, Dr. Mel Bruchet, behauptete im November, dass es alleine im Lion's Gate Hospital in Vancouver innerhalb von nur 24 Stunden 13 Totgeburten gegeben habe.

Dr. Daniel Nagase, ein Arzt aus Alberta, der sein Krankenhaus in Alberta verlassen musste, weil er drei COVID-Patienten (die alle lebend aus dem Krankenhaus entlassen wurden) mit Ivermectin behandelt hatte, erzählte einem Reporter, dass er zwischen Januar und Juli über 86 Totgeburten in Waterloo, Ontario, informiert worden war.

„Normalerweise sind es nur fünf oder sechs Totgeburten pro Jahr. Das heißt, eine Totgeburt alle zwei Monate ist die übliche Rate. Dass es plötzlich 86 Totgeburten in sechs Monaten gibt, ist also höchst ungewöhnlich. Aber die wichtigste Bestätigung, die wir aus dem Bericht aus Waterloo, Ontario, haben, ist, dass alle Mütter der 86 Totgeburten vollständig geimpft waren.“

- Leerseite -

Impfung im Gesundheitswesen - Studienliste Impfnebenwirkungen Stand: 19.01.2022

Over 1010 scientific studies and/or reports on the dangers associated with COVID injections related to blood clotting, myocarditis, pericarditis, thrombosis, thrombocytopenia, anaphylaxis, Bell's palsy, Guillain-Barre, deaths, etc.

1. Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccination in the UK: a multicenter cohort study: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01608-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01608-1/fulltext)
2. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia with disseminated intravascular coagulation and death after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1052305721003414>
3. Fatal cerebral hemorrhage after COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928772/>
4. Myocarditis after mRNA vaccination against SARS-CoV-2, a case series: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666602221000409>
5. Three cases of acute venous thromboembolism in women after vaccination against COVID-19: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213333X21003929>
6. Acute thrombosis of the coronary tree after vaccination against COVID-19: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1936879821003988>
7. US case reports of cerebral venous sinus thrombosis with thrombocytopenia after vaccination with Ad26.COV2.S (against covid-19), March 2 to April 21, 2020: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929487/>
8. Portal vein thrombosis associated with ChAdOx1 nCov-19 vaccine: [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(21\)00197-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(21)00197-7/fulltext)
9. Management of cerebral and splanchnic vein thrombosis associated with thrombocytopenia in subjects previously vaccinated with Vaxzevria (AstraZeneca): position statement of the Italian Society for the Study of Hemostasis and Thrombosis (SISST): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33871350/>
10. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with COVID-19; a systematic review: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022510X21003014>
11. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 vaccines: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675721004381>
12. Covid-19 vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia: a commentary on an important and practical clinical dilemma: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033062021000505>
13. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 viral vector vaccines: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0953620521001904>
14. COVID-19 vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia: an emerging cause of splanchnic vein thrombosis: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665268121000557>
15. The roles of platelets in COVID-19-associated coagulopathy and vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (covid): <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1050173821000967>
16. Roots of autoimmunity of thrombotic events after COVID-19 vaccination: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568997221002160>

17. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination: the United Kingdom experience:
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01788-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01788-8/fulltext)
18. Thrombotic immune thrombocytopenia induced by SARS-CoV-2 vaccine:
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejme2106315>
19. Myocarditis after immunization with COVID-19 mRNA vaccines in members of the US military. This article reports that in “23 male patients, including 22 previously healthy military members, myocarditis was identified within 4 days after receipt of the vaccine”:
<https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781601>
20. Thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104882?query=recirc_curatedRelated_article
21. Association of myocarditis with the BNT162b2 messenger RNA COVID-19 vaccine in a case series of children: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34374740/>
22. Myocarditis and pericarditis after covid-19 vaccination:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782900?fbclid=IwAR06pFKNFMfx7N6RbPK6bYUZ1y8xPnnCK9K5iZYlcEzhX8t68syO5JBwp3w>
23. Thrombotic thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCov-19:
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104840?query=recirc_curatedRelated_article
24. Post-mortem findings in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (covid-19):
<https://haematologica.org/article/view/haematol.2021.279075>
25. Pathological antibodies against platelet factor 4 after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19. This article states: “In the absence of previous prothrombotic medical conditions, 22 patients had acute thrombocytopenia and thrombosis, mainly cerebral venous thrombosis, and 1 patient had isolated thrombocytopenia and a hemorrhagic phenotype”:
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2105385?query=TOC&fbclid=IwAR2ifm2TQjetAMb42YRRUIKEeqCQe-IDasIWvjMgzHHaItbuPbu6n7NIG3cic>
26. Thrombocytopenia, including immune thrombocytopenia after receiving COVID-19 mRNA vaccines reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS):
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21005247>
27. Acute symptomatic myocarditis in seven adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: <https://pediatrics.aappublications.org/content/early/2021/06/04/peds.2021-052478>
28. Aphasia seven days after the second dose of an mRNA-based SARS-CoV-2 vaccine. Brain MRI revealed an intracerebral hemorrhage (ICBH) in the left temporal lobe in a 52-year-old man. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589238X21000292#f0005>
29. Comparison of vaccine-induced thrombotic episodes between ChAdOx1 nCoV-19 and Ad26.COV.2.S vaccines:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0896841121000895>
30. Hypothesis behind the very rare cases of thrombosis with thrombocytopenia syndrome after SARS-CoV-2 vaccination:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0049384821003315>
31. Blood clots and bleeding episodes after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: analysis of European data:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841121000937>

32. Cerebral venous thrombosis after BNT162b2 mRNA SARS-CoV-2 vaccine:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1052305721003098>
33. Primary adrenal insufficiency associated with thrombotic immune thrombocytopenia induced by the Oxford-AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (VITT):
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521002363>
34. Myocarditis and pericarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: practical considerations for care providers:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0828282X21006243>
35. "Portal vein thrombosis occurring after the first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in a patient with antiphospholipid syndrome":
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666572721000389>
36. Early results of bivalirudin treatment for thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064421003425>
37. Myocarditis, pericarditis and cardiomyopathy after COVID-19 vaccination:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950621011562>
38. Mechanisms of immunothrombosis in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) compared to natural SARS-CoV-2 infection:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0896841121000706>
39. Prothrombotic immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006497121009411>
40. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: the dark chapter of a success story:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589936821000256>
41. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in a non-comorbid elderly Indian male treated with conventional heparin-warfarin based anticoagulation:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002046>
42. Thrombosis after COVID-19 vaccination: possible link to ACE pathways:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0049384821004369>
43. Cerebral venous sinus thrombosis in the U.S. population after SARS-CoV-2 vaccination with adenovirus and after COVID-19:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109721051949>
44. A rare case of a middle-aged Asian male with cerebral venous thrombosis after AstraZeneca COVID-19 vaccination:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721005714>
45. Cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: report of two cases in the United Kingdom:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S088915912100163X>
46. Immune thrombocytopenic purpura after vaccination with COVID-19 vaccine (ChAdOx1 nCov-19):
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0006497121013963>.
47. Antiphospholipid antibodies and risk of thrombophilia after COVID-19 vaccination: the straw that breaks the camel's back?:
<https://docs.google.com/document/d/1XzajasO8VMMn3CdxSBKks1o7kiOLXFQ>

48. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia, a rare but severe case of friendly fire in the battle against the COVID-19 pandemic: What pathogenesis?:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0953620521002314>
49. Diagnostic-therapeutic recommendations of the ad-hoc FACME expert working group on the management of cerebral venous thrombosis related to COVID-19 vaccination:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485321000839>
50. Thrombocytopenia and intracranial venous sinus thrombosis after exposure to the “AstraZeneca COVID-19 vaccine”: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33918932/>
51. Thrombocytopenia following Pfizer and Moderna SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33606296/>
52. Severe and refractory immune thrombocytopenia occurring after SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33854395/>
53. Purpuric rash and thrombocytopenia after mRNA-1273 (Modern) COVID-19 vaccine:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7996471/>
54. COVID-19 vaccination: information on the occurrence of arterial and venous thrombosis using data from VigiBase: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33863748/>
55. Cerebral venous thrombosis associated with the covid-19 vaccine in Germany:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.26172>
56. Cerebral venous thrombosis following BNT162b2 mRNA vaccination of BNT162b2 against SARS-CoV-2: a black swan event: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133027/>
57. The importance of recognizing cerebral venous thrombosis following anti-COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34001390/>
58. Thrombosis with thrombocytopenia after messenger RNA vaccine -1273:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181446/>
59. Blood clots and bleeding after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: an analysis of European data: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34174723/>
60. First dose of ChAdOx1 and BNT162b2 COVID-19 vaccines and thrombocytopenic, thromboembolic, and hemorrhagic events in Scotland:
<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01408-4>
61. Exacerbation of immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34075578/>
62. First report of a de novo iTTP episode associated with a COVID-19 mRNA-based anti-COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105244/>
63. PF4 immunoassays in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia:
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2106383>
64. Antibody epitopes in vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia:
<https://www.nature.com/articles/s41586-021-03744-4>
65. Frequency of positive anti-PF4 antibody/polyanion antibody tests after COVID-19 vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2:
<https://ashpublications.org/blood/article-abstract/138/4/299/475972/Frequency-of-positive-anti-PF4-polyanion-antibody?redirectedFrom=fulltext>
66. Myocarditis with COVID-19 mRNA vaccines:
<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135>

67. Myocarditis and pericarditis after COVID-19 vaccination:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2782900>
68. Myocarditis temporally associated with COVID-19 vaccination:
<https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055891>.
69. COVID-19 Vaccination Associated with Myocarditis in Adolescents:
<https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2021/08/12/peds.2021-053427.full.pdf>
70. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine against COVID-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33994339/>
71. Temporal association between COVID-19 vaccine Ad26.COV2.S and acute myocarditis: case report and review of the literature:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1553838921005789>
72. COVID-19 vaccine-induced myocarditis: a case report with review of the literature:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002253>
73. Potential association between COVID-19 vaccine and myocarditis: clinical and CMR findings: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X2100485X>
74. Recurrence of acute myocarditis temporally associated with receipt of coronavirus mRNA disease vaccine 2019 (COVID-19) in a male adolescent:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234762100617X>
75. Fulminant myocarditis and systemic hyperinflammation temporally associated with BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in two patients:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167527321012286>.
76. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921001530>
77. Lymphohistocytic myocarditis after vaccination with COVID-19 Ad26.COV2.S viral vector: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721001573>
78. Myocarditis following vaccination with BNT162b2 in a healthy male:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675721005362>
79. Acute myocarditis after Comirnaty (Pfizer) vaccination in a healthy male with previous SARS-CoV-2 infection:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1930043321005549>
80. Myopericarditis after Pfizer mRNA COVID-19 vaccination in adolescents:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002234762100665X>
81. Pericarditis after administration of BNT162b2 mRNA COVID-19 mRNA vaccine:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1885585721002218>
82. Acute myocarditis after vaccination with SARS-CoV-2 mRNA-1273 mRNA:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589790X21001931>
83. Temporal relationship between the second dose of BNT162b2 mRNA Covid-19 vaccine and cardiac involvement in a patient with previous SARS-COV-2 infection:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721000622>
84. Myopericarditis after vaccination with COVID-19 mRNA in adolescents 12 to 18 years of age: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347621007368>
85. Acute myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination in a 24-year-old man:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870255121003243>
86. Important information on myopericarditis after vaccination with Pfizer COVID-19 mRNA in adolescents: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347621007496>
 87. A series of patients with myocarditis after vaccination against SARS-CoV-2 with mRNA-1279 and BNT162b2: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1936878X21004861>
 88. Takotsubo cardiomyopathy after vaccination with mRNA COVID-19: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1443950621011331>
 89. COVID-19 mRNA vaccination and myocarditis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34268277/>
 90. COVID-19 vaccine and myocarditis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34399967/>
 91. Epidemiology and clinical features of myocarditis/pericarditis before the introduction of COVID-19 mRNA vaccine in Korean children: a multicenter study <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-1360706>.
 92. COVID-19 vaccines and myocarditis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246566/>
 93. Myocarditis and other cardiovascular complications of COVID-19 mRNA-based COVID-19 vaccines <https://www.cureus.com/articles/61030-myocarditis-and-other-cardiovascular-complications-of-the-mrna-based-covid-19-vaccines>
<https://www.cureus.com/articles/61030-myocarditis-and-other-cardiovascular-complications-of-the-mrna-based-covid-19-vaccines>
 94. Myocarditis, pericarditis, and cardiomyopathy after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34340927/>
 95. Myocarditis with covid-19 mRNA vaccines: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135>
 96. Association of myocarditis with COVID-19 mRNA vaccine in children: <https://media.jamanetwork.com/news-item/association-of-myocarditis-with-mrna-covid-19-vaccine-in-children/>
 97. Association of myocarditis with COVID-19 messenger RNA vaccine BNT162b2 in a case series of children: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2783052>
 98. Myocarditis after immunization with COVID-19 mRNA vaccines in members of the U.S. military: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781601%5C>
 99. Myocarditis occurring after immunization with COVID-19 mRNA-based COVID-19 vaccines: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781600>
 100. Myocarditis following immunization with Covid-19 mRNA: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2109975>
 101. Patients with acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781602>
 102. Myocarditis associated with vaccination with COVID-19 mRNA: <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2021211430>
 103. Symptomatic Acute Myocarditis in 7 Adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccination: <https://pediatrics.aappublications.org/content/148/3/e2021052478>
 104. Cardiovascular magnetic resonance imaging findings in young adult patients with

- acute myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: a case series: <https://jcmr-online.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12968-021-00795-4>
105. Clinical Guidance for Young People with Myocarditis and Pericarditis after Vaccination with COVID-19 mRNA: <https://www.cps.ca/en/documents/position/clinical-guidance-for-youth-with-myocarditis-and-pericarditis>
106. Cardiac imaging of acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402228/>
107. Case report: acute myocarditis after second dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 mRNA vaccine: <https://academic.oup.com/ehjcr/article/5/8/ytab319/6339567>
108. Myocarditis / pericarditis associated with COVID-19 vaccine: https://science.gc.ca/eic/site/063.nsf/eng/h_98291.html
109. Transient cardiac injury in adolescents receiving the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine: https://journals.lww.com/pidj/Abstract/9000/Transient_Cardiac_Injury_in_Adolescents_Receiving.95800.aspx
110. Perimyocarditis in adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: <https://academic.oup.com/jpids/advance-article/doi/10.1093/jpids/piab060/6329543>
111. The new COVID-19 mRNA vaccine platform and myocarditis: clues to the possible underlying mechanism: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312010/>
112. Acute myocardial injury after COVID-19 vaccination: a case report and review of current evidence from the Vaccine Adverse Event Reporting System database: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219532/>
113. Be alert to the risk of adverse cardiovascular events after COVID-19 vaccination: <https://www.xiahepublishing.com/m/2472-0712/ERHM-2021-00033>
114. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination: echocardiographic, cardiac tomography, and magnetic resonance imaging findings: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCIMAGING.121.013236>
115. In-depth evaluation of a case of presumed myocarditis after the second dose of COVID-19 mRNA vaccine: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056038>
116. Occurrence of acute infarct-like myocarditis after COVID-19 vaccination: just an accidental coincidence or rather a vaccination-associated autoimmune myocarditis?: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333695/>
117. Recurrence of acute myocarditis temporally associated with receipt of coronavirus mRNA disease vaccine 2019 (COVID-19) in a male adolescent: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8216855/>
118. Myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination: a vaccine-induced reaction?: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34118375/>
119. Self-limited myocarditis presenting with chest pain and ST-segment elevation in adolescents after vaccination with the BNT162b2 mRNA vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34180390/>
120. Myopericarditis in a previously healthy adolescent male after COVID-19 vaccination: Case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133825/>
121. Biopsy-proven lymphocytic myocarditis after first COVID-19 mRNA vaccination in a 40-year-old man: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487236/>

122. Insights from a murine model of COVID-19 mRNA vaccine-induced myopericarditis: could accidental intravenous injection of a vaccine induce myopericarditis?
a. <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab741/6359059>
123. Unusual presentation of acute perimyocarditis after modern SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447639/>
124. Perimyocarditis after the first dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 (Modern) mRNA-1273 vaccine in a young healthy male: case report:
<https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-021-02183>
125. Acute myocarditis after the second dose of SARS-CoV-2 vaccine: serendipity or causal relationship: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236331/>
126. Rhabdomyolysis and fasciitis induced by the COVID-19 mRNA vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435250/>
127. COVID-19 vaccine-induced rhabdomyolysis: case report with literature review:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34186348/>.
128. GM1 ganglioside antibody and COVID-19-related Guillain Barre syndrome: case report, systemic review, and implications for vaccine development:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666354621000065>
129. Guillain-Barré syndrome after AstraZeneca COVID-19 vaccination: causal or casual association: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0303846721004169>
130. Sensory Guillain-Barré syndrome after ChAdOx1 nCov-19 vaccine: report of two cases and review of the literature:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165572821002186>
131. Guillain-Barré syndrome after the first dose of SARS-CoV-2 vaccine: a temporary occurrence, not a causal association:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921000998>.
132. Guillain-Barré syndrome presenting as facial diplegia after vaccination with COVID-19: a case report:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0736467921006442>
133. Guillain-Barré syndrome after the first injection of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: first report: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0035378721005853>.
134. SARS-CoV-2 vaccines are not safe for those with Guillain-Barre syndrome following vaccination: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080121005343>
135. Acute hyperactive encephalopathy following COVID-19 vaccination with dramatic response to methylprednisolone: a case report:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080121007536>
136. Facial nerve palsy following administration of COVID-19 mRNA vaccines: analysis of self-report database: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221007049>
137. Neurological symptoms and neuroimaging alterations related to COVID-19 vaccine: cause or coincidence: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899707121003557>.
138. New-onset refractory status epilepticus after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165572821001569>
139. Acute myelitis and ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: coincidental or causal association:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165572821002137>
140. Bell's palsy and SARS-CoV-2 vaccines: an unfolding story:

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309921002735>
141. Bell's palsy after the second dose of the Pfizer COVID-19 vaccine in a patient with a history of recurrent Bell's palsy:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266635462100020X>
 142. Acute-onset central serous retinopathy after immunization with COVID-19 mRNA vaccine.: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2451993621001456>.
 143. Bell's palsy after COVID-19 vaccination: case report:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S217358082100122X>.
 144. An academic hospital experience assessing the risk of COVID-19 mRNA vaccine using patient's allergy history:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219821007972>
 145. COVID-19 vaccine-induced axillary and pectoral lymphadenopathy in PET:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1930043321002612>
 146. ANCA-associated vasculitis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272638621007423>
 147. Late cutaneous reactions after administration of COVID-19 mRNA vaccines:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219821007996>
 148. COVID-19 vaccine-induced rhabdomyolysis: case report with review of the literature:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121001880>
 149. Clinical and pathologic correlates of skin reactions to COVID-19 vaccine, including V-REPP: a registry-based study:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962221024427>
 150. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 vaccines.:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675721004381>.
 151. COVID-19 vaccine-associated anaphylaxis: a statement from the Anaphylaxis Committee of the World Allergy Organization.:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1939455121000119>.
 152. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in an elderly, non-comorbid Indian male treated with conventional heparin-warfarin-based anticoagulation.:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402121002046>.
 153. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine against COVID-19.:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S188558572100133X>
 154. Blood clots and bleeding after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: an analysis of European data.: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896841121000937>.
 155. Immune thrombocytopenia associated with Pfizer-BioNTech's COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccine.: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921002018>.
 156. Bullous drug eruption after the second dose of COVID-19 mRNA-1273 (Moderna) vaccine: Case report:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876034121001878>.
 157. COVID-19 RNA-based vaccines and the risk of prion disease:
<https://scivisionpub.com/pdfs/covid19-rna-based-vaccines-and-the-risk-of-prion-disease-1503.pdf>

158. This study notes that 115 pregnant women lost their babies, out of 827 who participated in a study on the safety of covid-19 vaccines:
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104983>.
159. Process-related impurities in the ChAdOx1 nCov-19 vaccine:
<https://www.researchsquare.com/article/rs-477964/v1>
160. COVID-19 mRNA vaccine causing CNS inflammation: a case series:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-021-10780-7>
161. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33475702/>
162. Allergic reactions to the first COVID-19 vaccine: a potential role of polyethylene glycol:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33320974/>
163. Pfizer Vaccine Raises Allergy Concerns: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33384356/>
164. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine – United States, December 14-23, 2020:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33444297/>
165. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving first dose of Modern COVID-19 vaccine – United States, December 21, 2020-January 10, 2021:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33507892/>
166. Reports of anaphylaxis after coronavirus disease vaccination 2019, South Korea, February 26-April 30, 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34414880/>
167. reports of anaphylaxis after receiving COVID-19 mRNA vaccines in the U.S.-Dec 14, 2020-Jan 18, 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33576785/>
168. Immunization practices and risk of anaphylaxis: a current, comprehensive update of COVID-19 vaccination data: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34269740/>
169. Relationship between pre-existing allergies and anaphylactic reactions following administration of COVID-19 mRNA vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34215453/>
170. Anaphylaxis Associated with COVID-19 mRNA Vaccines: Approach to Allergy Research:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33932618/>
171. Severe Allergic Reactions after COVID-19 Vaccination with the Pfizer / BioNTech Vaccine in Great Britain and the USA: Position Statement of the German Allergy Societies: German Medical Association of Allergologists (AeDA), German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) and Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33643776/>
172. Allergic reactions and anaphylaxis to LNP-based COVID-19 vaccines:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33571463/>
173. Reported orofacial adverse effects from COVID-19 vaccines: the known and the unknown:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33527524/>
174. Cutaneous adverse effects of available COVID-19 vaccines:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34518015/>
175. Cumulative adverse event report of anaphylaxis following injections of COVID-19 mRNA vaccine (Pfizer-BioNTech) in Japan: the first month report:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34347278/>
176. COVID-19 vaccines increase the risk of anaphylaxis:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685103/>
177. Biphasic anaphylaxis after exposure to the first dose of the Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34050949/>
 178. Allergenic components of the mRNA-1273 vaccine for COVID-19: possible involvement of polyethylene glycol and IgG-mediated complement activation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33657648/>
 179. Polyethylene glycol (PEG) is a cause of anaphylaxis to Pfizer / BioNTech mRNA COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33825239/>
 180. Acute allergic reactions to COVID-19 mRNA vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33683290/>
 181. Polyethylene glycol allergy of the SARS CoV2 vaccine recipient: case report of a young adult recipient and management of future exposure to SARS-CoV2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33919151/>
 182. Elevated rates of anaphylaxis after vaccination with Pfizer BNT162b2 mRNA vaccine against COVID-19 in Japanese healthcare workers; a secondary analysis of initial post-approval safety data: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34128049/>
 183. Allergic reactions and adverse events associated with administration of mRNA-based vaccines. A health system experience: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34474708/>
 184. Allergic reactions to COVID-19 vaccines: statement of the Belgian Society of Allergy and Clinical Immunology (BelSACI): <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17843286.2021.1909447?journalCode=yacb20>.
 185. IgE-mediated allergy to polyethylene glycol (PEG) as a cause of anaphylaxis to COVID-19 mRNA vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34318537/>
 186. Allergic reactions after COVID-19 vaccination: putting the risk in perspective: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463751/>
 187. Anaphylactic reactions to COVID-19 mRNA vaccines: a call for further studies: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33846043/>
 188. Risk of severe allergic reactions to COVID-19 vaccines among patients with allergic skin disease: practical recommendations. An ETFAD position statement with external experts: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33752263/>
 189. COVID-19 vaccine and death: causality algorithm according to the WHO eligibility diagnosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34073536/>
 190. Fatal brain hemorrhage after COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928772/>
 191. A case series of skin reactions to COVID-19 vaccine in the Department of Dermatology at Loma Linda University: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34423106/>
 192. Skin reactions reported after Moderna and Pfizer's COVID-19 vaccination: a study based on a registry of 414 cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33838206/>
 193. Clinical and pathologic correlates of skin reactions to COVID-19 vaccine, including V-REPP: a registry-based study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34517079/>
 194. Skin reactions after vaccination against SARS-COV-2: a nationwide Spanish cross-sectional study of 405 cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34254291/>

195. Varicella zoster virus and herpes simplex virus reactivation after vaccination with COVID-19: review of 40 cases in an international dermatologic registry: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487581/>
196. Immune thrombosis and thrombocytopenia (VITT) associated with the COVID-19 vaccine: diagnostic and therapeutic recommendations for a new syndrome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33987882/>
197. Laboratory testing for suspicion of COVID-19 vaccine-induced thrombotic (immune) thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34138513/>
198. Intracerebral hemorrhage due to thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination: the first fatal case in Korea: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402235/>
199. Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and positive SARS-CoV-2 tests: self-controlled case series study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446426/>
200. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after covid-19 vaccination; a systematic review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34365148/>
201. Nerve and muscle adverse events after vaccination with COVID-19: a systematic review and meta-analysis of clinical trials: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34452064/>
202. A rare case of cerebral venous thrombosis and disseminated intravascular coagulation temporally associated with administration of COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33917902/>
203. Primary adrenal insufficiency associated with thrombotic immune thrombocytopenia induced by Oxford-AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (VITT): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256983/>
204. Acute cerebral venous thrombosis and pulmonary artery embolism associated with the COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247246/>
205. Thromboaspiration infusion and fibrinolysis for portomesenteric thrombosis after administration of AstraZeneca COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34132839/>
206. 59-year-old woman with extensive deep venous thrombosis and pulmonary thromboembolism 7 days after a first dose of Pfizer-BioNTech BNT162b2 mRNA vaccine COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34117206/>
207. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine-induced cerebral venous thrombosis and thrombocytopenia: A missed opportunity for a rapid return of experience. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033927/>
208. Myocarditis and other cardiovascular complications of mRNA-based COVID-19 vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34277198/>
209. Pericarditis after administration of COVID-19 mRNA BNT162b2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34364831/>
210. Unusual presentation of acute pericarditis after vaccination against SARS-COV-2 mRNA-1273 Moderna: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447639/>
211. Case report: acute myocarditis after second dose of SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccine mRNA-1273: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34514306/>

212. Immune-mediated disease outbreaks or recent-onset disease in 27 subjects after mRNA/DNA vaccination against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33946748/>
213. Insights from a murine model of myopericarditis induced by COVID-19 mRNA vaccine: could accidental intravenous injection of a vaccine induce myopericarditis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453510/>
214. Immune thrombocytopenia in a 22-year-old post Covid-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33476455/>
215. propylthiouracil-induced neutrophil anti-cytoplasmic antibody-associated vasculitis after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34451967/>
216. Secondary immune thrombocytopenia (ITP) associated with ChAdOx1 Covid-19 vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34377889/>
217. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS) following AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) COVID-19 vaccination: risk-benefit analysis for persons <60 years in Australia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272095/>
218. COVID-19 vaccination association and facial nerve palsy: A case-control study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34165512/>
219. The association between COVID-19 vaccination and Bell's palsy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34411533/>
220. Bell's palsy after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33611630/>
221. Acute transverse myelitis (ATM): clinical review of 43 patients with COVID-19-associated ATM and 3 serious adverse events of post-vaccination ATM with ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33981305/>
222. Bell's palsy after 24 hours of mRNA-1273 SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34336436/>
223. Sequential contralateral facial nerve palsy after first and second doses of COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34281950/>.
224. Transverse myelitis induced by SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34458035/>
225. Peripheral facial nerve palsy after vaccination with BNT162b2 (COVID-19): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33734623/>
226. Acute abducens nerve palsy after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34044114/>.
227. Facial nerve palsy after administration of COVID-19 mRNA vaccines: analysis of self-report database: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34492394/>
228. Transient oculomotor paralysis after administration of RNA-1273 messenger vaccine for SARS-CoV-2 diplopia after COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34369471/>
229. Bell's palsy after Ad26.COV2.S COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34014316/>
230. Bell's palsy after COVID-19 vaccination: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34330676/>
231. A case of acute demyelinating polyradiculoneuropathy with bilateral facial palsy following ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272622/>

232. Guillain Barré syndrome after vaccination with mRNA-1273 against COVID-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34477091/>
233. Acute facial paralysis as a possible complication of SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33975372/>.
234. Bell's palsy after COVID-19 vaccination with high antibody response in CSF:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34322761/>.
235. Parsonage-Turner syndrome associated with SARS-CoV-2 or SARS-CoV-2 vaccination. Comment on: "Neuralgic amyotrophy and COVID-19 infection: 2 cases of accessory spinal nerve palsy" by Coll et al. *Articular Spine* 2021; 88: 10519:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34139321/>.
236. Bell's palsy after a single dose of vaccine mRNA. SARS-CoV-2: case report:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34032902/>.
237. Autoimmune hepatitis developing after coronavirus disease vaccine 2019 (COVID-19): causality or victim?: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33862041/>
238. Autoimmune hepatitis triggered by vaccination against SARS-CoV-2:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332438/>
239. Acute autoimmune-like hepatitis with atypical antimitochondrial antibody after vaccination with COVID-19 mRNA: a new clinical entity:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293683/>.
240. Autoimmune hepatitis after COVID vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34225251/>
241. A novel case of bifacial diplegia variant of Guillain-Barré syndrome after vaccination with Janssen COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34449715/>
242. Comparison of vaccine-induced thrombotic events between ChAdOx1 nCoV-19 and Ad26.COV.2.S vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34139631/>.
243. Bilateral superior ophthalmic vein thrombosis, ischemic stroke and immune thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33864750/>
244. Diagnosis and treatment of cerebral venous sinus thrombosis with vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33914590/>
245. Venous sinus thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34420802/>
246. Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination against SARS-CoV-2: an analysis of cases reported to the European Medicines Agency:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293217/>
247. Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and positive SARS-CoV-2 tests: self-controlled case series study:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34446426/>
248. Blood clots and bleeding after BNT162b2 and ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: an analysis of European data: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34174723/>
249. Arterial events, venous thromboembolism, thrombocytopenia and bleeding after vaccination with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S in Denmark and Norway: population-based cohort study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33952445/>
250. First dose of ChAdOx1 and BNT162b2 COVID-19 vaccines and thrombocytopenic,

- thromboembolic and hemorrhagic events in Scotland:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34108714/>
251. Cerebral venous thrombosis associated with COVID-19 vaccine in Germany:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34288044/>
252. Malignant cerebral infarction after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: a catastrophic variant of vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34341358/>
253. celiac artery and splenic artery thrombosis complicated by splenic infarction 7 days after the first dose of Oxford vaccine, causal relationship or coincidence:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261633/>
254. Primary adrenal insufficiency associated with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (VITT) vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34256983/>
255. Thrombocytopenia after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332437/>
256. Cerebral venous sinus thrombosis associated with thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33845870/>.
257. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 immunization:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236343/>
258. Acute myocardial infarction within 24 hours after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34364657/>.
259. Bilateral acute macular neuroretinopathy after SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34287612/>
260. central venous sinus thrombosis with subarachnoid hemorrhage after COVID-19 mRNA vaccination: are these reports merely coincidental:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34478433/>
261. Intracerebral hemorrhage due to thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination: the first fatal case in Korea:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402235/>
262. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in a non-comorbid elderly Indian male treated with conventional heparin-warfarin-based anticoagulation:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34186376/> 263.
263. Cerebral venous sinus thrombosis 2 weeks after first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101024/>
264. A case of multiple thrombocytopenia and thrombosis following vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34137813/>
265. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: the elusive link between thrombosis and adenovirus-based SARS-CoV-2 vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34191218/>
266.
266. Acute ischemic stroke revealing immune thrombotic thrombocytopenia induced by ChAdOx1 nCov-19 vaccine: impact on recanalization strategy:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175640/>
267. New-onset refractory status epilepticus after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34153802/>
268. Thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with COVID-19 viral vector vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092488/>
269. Pulmonary embolism, transient ischemic attack, and thrombocytopenia after Johnson & Johnson COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261635/>
270. Thromboaspiration infusion and fibrinolysis for portomesenteric thrombosis after administration of the AstraZeneca COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34132839/>.
271. Spontaneous HIT syndrome: knee replacement, infection, and parallels with vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34144250/>
272. Deep venous thrombosis (DVT) occurring shortly after second dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33687691/>
273. Procoagulant antibody-mediated procoagulant platelets in immune thrombotic thrombocytopenia associated with SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011137/>.
274. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia causing a severe form of cerebral venous thrombosis with high mortality rate: a case series: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393988/>.
275. Procoagulant microparticles: a possible link between vaccine-induced immune thrombocytopenia (VITT) and cerebral sinus venous thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129181/>.
276. Atypical thrombosis associated with the vaccine VaxZevria® (AstraZeneca): data from the French network of regional pharmacovigilance centers: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34083026/>.
277. Acute cerebral venous thrombosis and pulmonary artery embolism associated with the COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247246/>.
278. Vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia with bilateral adrenal hemorrhage: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34235757/>.
279. Palmar digital vein thrombosis after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34473841/>.
280. Cutaneous thrombosis associated with cutaneous necrosis following Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189756/>
281. Cerebral venous thrombosis following COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34045111/>.
282. Lipschütz ulcers after AstraZeneca COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34366434/>.
283. Amyotrophic Neuralgia secondary to Vaxzevri vaccine (AstraZeneca) COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34330677/>
284. Thrombosis with thrombocytopenia after Messenger vaccine RNA-1273: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34181446/>
285. Intracerebral hemorrhage twelve days after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34477089/>
286. Thrombotic thrombocytopenia after vaccination with COVID-19: in search of the

- underlying mechanism: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34071883/>
287. Coronavirus (COVID-19) Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033367/>
288. Comparison of adverse drug reactions among four COVID-19 vaccines in Europe using the EudraVigilance database: Thrombosis in unusual sites: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34375510/>
289. Immunoglobulin adjuvant for vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34107198/>
290. Severe vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia following vaccination with COVID-19: an autopsy case report and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34355379/>.
291. A case of acute pulmonary embolism after immunization with SARS-CoV-2 mRNA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34452028/>
292. Neurosurgical considerations regarding decompressive craniectomy for intracerebral hemorrhage after SARS-CoV-2 vaccination in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia-VITT: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34202817/>
293. Thrombosis and SARS-CoV-2 vaccines: vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237213/>.
294. Acquired thrombotic thrombocytopenic thrombocytopenic purpura: a rare disease associated with the BNT162b2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34105247/>.
295. Immune complexes, innate immunity and NETosis in ChAdOx1 vaccine-induced thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34405870/>.
296. Sensory Guillain-Barré syndrome following ChAdOx1 nCov-19 vaccine: report of two cases and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416410/>.
297. Vogt-Koyanagi-Harada syndrome after COVID-19 and ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462013/>.
298. Reactivation of Vogt-Koyanagi-Harada disease under control for more than 6 years, after anti-SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34224024/>.
299. Post-vaccinal encephalitis after ChAdOx1 nCov-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34324214/>
300. Neurological symptoms and neuroimaging alterations related to COVID-19 vaccine: cause or coincidence?: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507266/>
301. Fatal systemic capillary leak syndrome after SARS-COV-2 vaccination in a patient with multiple myeloma: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34459725/>
302. Polyarthralgia and myalgia syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCOV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463066/>
303. Three cases of subacute thyroiditis after SARS-CoV-2 vaccination: post-vaccination ASIA syndrome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34043800/>.
304. Facial diplegia: a rare and atypical variant of Guillain-Barré syndrome and the Ad26.COV2.S vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447646/>
305. Association between ChAdOx1 nCoV-19 vaccination and bleeding episodes: large population-based cohort study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479760/>.

306. fulminant myocarditis and systemic hyperinflammation temporally associated with BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in two patients:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416319/>.
307. Adverse effects reported after COVID-19 vaccination in a tertiary care hospital, centered on cerebral venous sinus thrombosis (CVST): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092166/>
308. Induction and exacerbation of subacute cutaneous lupus erythematosus after mRNA- or adenoviral vector-based SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34291477/>
309. Petechiae and peeling of fingers after immunization with BNT162b2 messenger RNA (mRNA)-based COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513435/>
310. Hepatitis C virus reactivation after COVID-19 vaccination: a case report:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34512037/>
311. Bilateral immune-mediated keratolysis after immunization with SARS-CoV-2 recombinant viral vector vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34483273/>.
312. Immune-mediated thrombocytopenic purpura after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine in an elderly woman: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513446/>
313. Platelet activation and modulation in thrombosis with thrombocytopenia syndrome associated with the ChAdO × 1 nCov-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34474550/>
314. Reactive arthritis after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033732/>.
315. Two cases of Graves' disease after SARS-CoV-2 vaccination: an autoimmune / inflammatory syndrome induced by adjuvants: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33858208/>
316. Acute relapse and impaired immunization after COVID-19 vaccination in a patient with multiple sclerosis treated with rituximab: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34015240/>
317. Widespread fixed bullous drug eruption after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34482558/>
318. COVID-19 mRNA vaccine causing CNS inflammation: a case series:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34480607/>
319. Thymic hyperplasia after Covid-19 mRNA-based vaccination with Covid-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462647/>
320. Acute disseminated encephalomyelitis following vaccination against SARS-CoV-2:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325334/>
321. Tolosa-Hunt syndrome occurring after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34513398/>
322. Systemic capillary extravasation syndrome following vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (Oxford-AstraZeneca): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362727/>
323. Immune-mediated thrombocytopenia associated with Ad26.COV2.S vaccine (Janssen; Johnson & Johnson): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34469919/>.
324. Transient thrombocytopenia with glycoprotein-specific platelet autoantibodies after vaccination with Ad26.COV2.S: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34516272/>.
325. Acute hyperactive encephalopathy following COVID-19 vaccination with dramatic

- response to methylprednisolone: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34512961/>
326. Transient cardiac injury in adolescents receiving the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077949/>
327. Autoimmune hepatitis developing after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34171435/>
328. Severe relapse of multiple sclerosis after COVID-19 vaccination: a case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34447349/>
329. Lymphohistocytic myocarditis after vaccination with the COVID-19 viral vector Ad26.COV2.S: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34514078/>
330. Hemophagocytic lymphohistiocytosis after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34406660/>.
331. IgA vasculitis in adult patient after vaccination with ChadOx1 nCoV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34509658/>
332. A case of leukocytoclastic vasculitis after vaccination with a SARS-CoV2 vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34196469/>.
333. Onset / outbreak of psoriasis after Corona virus ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca / Covishield): report of two cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34350668/>
334. Hailey-Hailey disease exacerbation after SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34436620/>
335. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination in Korea: serial follow-up by ultrasonography: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116295/>.
336. COVID-19 vaccine, immune thrombotic thrombocytopenia, jaundice, hyperviscosity: concern in cases with underlying hepatic problems: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34509271/>.
337. Report of the International Cerebral Venous Thrombosis Consortium on cerebral venous thrombosis after SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34462996/>
338. Immune thrombocytopenia after vaccination during the COVID-19 pandemic: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435486/>
339. COVID-19: lessons from the Norwegian tragedy should be taken into account in planning for vaccine launch in less developed/developing countries: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435142/>
340. Rituximab-induced acute lympholysis and pancytopenia following vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34429981/>
341. Exacerbation of plaque psoriasis after COVID-19 inactivated mRNA and BNT162b2 vaccines: report of two cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34427024/>
342. Vaccine-induced interstitial lung disease: a rare reaction to COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34510014/>.
343. Vesiculobullous cutaneous reactions induced by COVID-19 mRNA vaccine: report of four cases and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236711/>
344. Vaccine-induced thrombocytopenia with severe headache: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525282/>
345. Acute perimyocarditis after the first dose of COVID-19 mRNA vaccine:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34515024/>
346. Rhabdomyolysis and fasciitis induced by COVID-19 mRNA vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34435250/>.
347. Rare cutaneous adverse effects of COVID-19 vaccines: a case series and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34363637/>
348. Immune thrombocytopenia associated with the Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine BNT162b2: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214250921002018>
349. Secondary immune thrombocytopenia putatively attributable to COVID-19 vaccination: <https://casereports.bmj.com/content/14/5/e242220.abstract>.
350. Immune thrombocytopenia following Pfizer-BioNTech BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34155844/>
351. Newly diagnosed idiopathic thrombocytopenia after COVID-19 vaccine administration: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8176657/>.
352. Idiopathic thrombocytopenic purpura and the Modern Covid-19 vaccine: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(21\)00122-0/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(21)00122-0/fulltext).
353. Thrombocytopenia after Pfizer and Moderna SARS vaccination – CoV -2: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8014568/>.
354. Immune thrombocytopenic purpura and acute liver injury after COVID-19 vaccination: https://casereports.bmj.com/content/14/7/e242678.full?int_source=trendmd&int_medium=cpc&int_campaign=usage-042019
355. Collection of complement-mediated and autoimmune-mediated hematologic conditions after SARS-CoV-2 vaccination: https://ashpublications.org/bloodadvances/article/5/13/2794/476324/Autoimmune-and-complement-mediated-hematologic?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=Blood_Advances_TrendMD_1.
356. Petechial rash associated with CoronaVac vaccination: first report of cutaneous side effects before phase 3 results: https://ejhp.bmj.com/content/early/2021/05/23/ejhp-2021-002794?int_source=trendmd&int_medium=cpc&int_campaign=usage-042019
357. COVID-19 vaccines induce severe hemolysis in paroxysmal nocturnal hemoglobinuria: <https://ashpublications.org/blood/article/137/26/3670/475905/COVID-19-vaccines-induce-severe-hemolysis-in>
358. Cerebral venous thrombosis associated with COVID-19 vaccine in Germany: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34288044/>.
359. Cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination : Neurological and radiological management: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327553/>.
360. Cerebral venous thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33878469/>.
361. Cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: report of two cases in the United Kingdom: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33857630/>.
362. Cerebral venous thrombosis induced by SARS-CoV-2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090750/>.
363. Carotid artery immune thrombosis induced by adenovirus-vectored COVID-19 vaccine:

- case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34312301/>.
364. Cerebral venous thrombosis associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333995/>
365. The roles of platelets in COVID-19-associated coagulopathy and vaccine-induced immune-immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34455073/>
366. Cerebral venous thrombosis after the BNT162b2 mRNA SARS-CoV-2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34111775/>.
367. Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34045111/>
368. Lethal cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983464/>
369. Cerebral venous sinus thrombosis in the U.S. population, After SARS-CoV-2 vaccination with adenovirus and after COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116145/>
370. Cerebral venous thrombosis after COVID-19 vaccination: is the risk of thrombosis increased by intravascular administration of the vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34286453/>.
371. Central venous sinus thrombosis with subarachnoid hemorrhage after COVID-19 mRNA vaccination: are these reports merely coincidental: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34478433/>
372. Cerebral venous sinus thrombosis after ChAdOx1 nCov-19 vaccination with a misleading first brain MRI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34244448/>
373. Early results of bivalirudin treatment for thrombotic thrombocytopenia and cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34226070/>
374. Cerebral venous sinus thrombosis associated with post-vaccination thrombocytopenia by COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33845870/>.
375. Cerebral venous sinus thrombosis 2 weeks after the first dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34101024/>.
376. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia causing a severe form of cerebral venous thrombosis with a high mortality rate: a case series: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34393988/>.
377. Adenovirus interactions with platelets and coagulation and vaccine-associated autoimmune thrombocytopenia thrombosis syndrome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407607/>.
378. Headache attributed to COVID-19 (SARS-CoV-2 coronavirus) vaccination with the ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: a multicenter observational cohort study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34313952/>
379. Adverse effects reported after COVID-19 vaccination in a tertiary care hospital, focus on cerebral venous sinus thrombosis (CVST): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092166/>
380. Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination against SARS-CoV-2: an analysis of cases reported to the European Medicines Agency: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34293217/>
381. A rare case of a middle-age Asian male with cerebral venous thrombosis after COVID-19 AstraZeneca vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34274191/>

382. Cerebral venous sinus thrombosis negative for anti-PF4 antibody without thrombocytopenia after immunization with COVID-19 vaccine in a non-comorbid elderly Indian male treated with conventional heparin-warfarin-based anticoagulation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34186376/>
383. Arterial events, venous thromboembolism, thrombocytopenia and bleeding after vaccination with Oxford-AstraZeneca ChAdOx1-S in Denmark and Norway: population-based cohort study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33952445/>
384. Procoagulant microparticles: a possible link between vaccine-induced immune thrombocytopenia (VITT) and cerebral sinus venous thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34129181/>
385. U.S. case reports of cerebral venous sinus thrombosis with thrombocytopenia after vaccination with Ad26.COV2.S, March 2-April 21, 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33929487/>
386. Malignant cerebral infarction after vaccination with ChAdOx1 nCov-19: a catastrophic variant of vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34341358/>
387. Acute ischemic stroke revealing immune thrombotic thrombocytopenia induced by ChAdOx1 nCov-19 vaccine: impact on recanalization strategy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175640/>
388. Vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): a new clinicopathologic entity with heterogeneous clinical presentations: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159588/>
389. Imaging and hematologic findings in thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402666/>
390. Autoimmunity roots of thrombotic events after vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34508917/>
391. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination: the UK experience: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370974/>
392. Massive cerebral venous thrombosis and venous basin infarction as late complications of COVID-19: a case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34373991/>
393. Australian and New Zealand approach to the diagnosis and treatment of vaccine-induced immune thrombosis and immune thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34490632/>
394. An observational study to identify the prevalence of thrombocytopenia and anti-PF4 / polyanion antibodies in Norwegian health care workers after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909350/>
395. Acute transverse myelitis (ATM): clinical review of 43 patients with COVID-19-associated ATM and 3 serious adverse events of post-vaccination ATM with ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33981305/>
396. A case of acute demyelinating polyradiculoneuropathy with bilateral facial palsy after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272622/>
397. Thrombocytopenia with acute ischemic stroke and hemorrhage in a patient recently vaccinated with an adenoviral vector-based COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33877737/>

398. Predicted and observed incidence of thromboembolic events among Koreans vaccinated with the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34254476/>
399. First dose of ChAdOx1 and BNT162b2 COVID-19 vaccines and thrombocytopenic, thromboembolic, and hemorrhagic events in Scotland: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34108714/>
400. ChAdOx1 nCoV-19 vaccine-associated thrombocytopenia: three cases of immune thrombocytopenia after 107,720 doses of ChAdOx1 vaccination in Thailand: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34483267/>.
401. Pulmonary embolism, transient ischemic attack, and thrombocytopenia after Johnson & Johnson COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261635/>
402. Neurosurgical considerations with respect to decompressive craniectomy for intracerebral hemorrhage after SARS-CoV-2 vaccination in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia-VITT: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34202817/>
403. Large hemorrhagic stroke after vaccination against ChAdOx1 nCoV-19: a case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34273119/>
404. Polyarthralgia and myalgia syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34463066/>
405. A rare case of thrombosis and thrombocytopenia of the superior ophthalmic vein after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34276917/>
406. Thrombosis and severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 vaccines: vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237213/>.
407. Renal vein thrombosis and pulmonary embolism secondary to vaccine-induced thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34268278/>.
408. Limb ischemia and pulmonary artery thrombosis after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (Oxford-AstraZeneca): a case of vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33990339/>.
409. Association between ChAdOx1 nCoV-19 vaccination and bleeding episodes: large population-based cohort study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479760/>.
410. Secondary thrombocytopenia after SARS-CoV-2 vaccination: case report of hemorrhage and hematoma after minor oral surgery: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314875/>.
411. Venous thromboembolism and mild thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384129/>
412. Fatal exacerbation of ChAdOx1-nCoV-19-induced thrombotic thrombocytopenia syndrome after successful initial therapy with intravenous immunoglobulins: a rationale for monitoring immunoglobulin G levels: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34382387/>
413. A case of ANCA-associated vasculitis after AZD1222 (Oxford-AstraZeneca) SARS-CoV-2 vaccination: victim or causality?: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416184/>.
414. Intracerebral hemorrhage associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination in a pregnant woman: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261297/>
415. Massive cerebral venous thrombosis due to vaccine-induced immune thrombotic

- thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261296/>
416. Nephrotic syndrome after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34250318/>.
417. A case of vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia with massive arteriovenous thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34059191/>
418. Cutaneous thrombosis associated with cutaneous necrosis following Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189756/>
419. Thrombocytopenia in an adolescent with sickle cell anemia after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34331506/>
420. Vaccine-induced thrombocytopenia with severe headache: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525282/>
421. Myocarditis associated with SARS-CoV-2 mRNA vaccination in children aged 12 to 17 years: stratified analysis of a national database: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1>
422. COVID-19 mRNA vaccination and development of CMR-confirmed myopericarditis: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.13.21262182v1.full?s=09>.
423. Severe autoimmune hemolytic anemia after receipt of SARS-CoV-2 mRNA vaccine: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/trf.16672>
424. Intravenous injection of coronavirus disease 2019 (COVID-19) mRNA vaccine can induce acute myopericarditis in a mouse model: <https://t.co/j0IEM8cMXI>
425. A report of myocarditis adverse events in the U.S. Vaccine Adverse Event Reporting System. (VAERS) in association with COVID-19 injectable biologics: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601006/>
426. This study concludes that: “The vaccine was associated with an excess risk of myocarditis (1 to 5 events per 100,000 persons). The risk of this potentially serious adverse event and of many other serious adverse events increased substantially after SARS-CoV-2 infection”: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2110475?query=featured_home
427. Bilateral uveitis after inoculation with COVID-19 vaccine: a case report: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221007797>
428. Myocarditis associated with SARS-CoV-2 mRNA vaccination in children aged 12 to 17 years: stratified analysis of a national database: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.30.21262866v1>.
429. Immune-mediated hepatitis with the Moderna vaccine is no longer a coincidence but confirmed: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827821020936>
430. Extensive investigations revealed consistent pathophysiological alterations after vaccination with COVID-19 vaccines: <https://www.nature.com/articles/s41421-021-00329-3>
431. Lobar hemorrhage with ventricular rupture shortly after the first dose of an mRNA-based SARS-CoV-2 vaccine: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8553377/>
432. mRNA COVID vaccines dramatically increase endothelial inflammatory markers and risk of Acute Coronary Syndrome as measured by PULS cardiac testing: a caution: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circ.144.suppl_1.10712
433. ChAdOx1 interacts with CAR and PF4 with implications for thrombosis with thrombocytopenia syndrome: <https://www.science.org/doi/10.1126/sciadv.abl8213>

434. Lethal vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT) following announcement 26.COVS.2: first documented case outside the U.S.:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34626338/>
435. A prothrombotic thrombocytopenic disorder resembling heparin-induced thrombocytopenia after coronavirus-19 vaccination:
<https://europepmc.org/article/PPR/PPR304469> 435.
436. VITT (vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia) after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34731555/>
437. Vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT): a new clinicopathologic entity with heterogeneous clinical presentations: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34159588/>
438. Treatment of acute ischemic stroke associated with ChAdOx1 nCoV-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34461442/>
439. Spectrum of neurological complications after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719776/>.
440. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination: the UK experience:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370974/>
441. Cerebral venous vein/venous sinus thrombosis with thrombocytopenia syndrome after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34373413/>
442. Portal vein thrombosis due to vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT) after Covid vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34598301/>
443. Hematuria, a generalized petechial rash and headaches after Oxford AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34620638/>
444. Myocardial infarction and azygos vein thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 in a hemodialysis patient: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34650896/>
445. Takotsubo (stress) cardiomyopathy after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34625447/>
446. Humoral response induced by Prime-Boost vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 and BNT162b2 mRNA vaccines in a patient with multiple sclerosis treated with teriflunomide:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696248/>
447. Guillain-Barré syndrome after ChAdOx1 nCoV-19 COVID-19 vaccination: a case series:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34548920/>
448. Refractory vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia (VITT) treated with delayed therapeutic plasma exchange (TPE): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34672380/>.
449. Rare case of COVID-19 vaccine-associated intracranial hemorrhage with venous sinus thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34556531/>.
450. Delayed headache after COVID-19 vaccination: a warning sign for vaccine-induced cerebral venous thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535076/>.
451. Clinical features of vaccine-induced thrombocytopenia and immune thrombosis:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34379914/>.
452. Predictors of mortality in thrombotic thrombocytopenia after adenoviral COVID-19 vaccination: the FAPIC score: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34545400/>

453. Ischemic stroke as a presenting feature of immune thrombotic thrombocytopenia induced by ChAdOx1-nCoV-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34035134/>
454. In-hospital observational study of neurological disorders in patients recently vaccinated with COVID-19 mRNA vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34688190/>
455. Endovascular treatment for vaccine-induced cerebral venous sinus thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: report of three cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34782400/>
456. Cardiovascular, neurological, and pulmonary events after vaccination with BNT162b2, ChAdOx1 nCoV-19, and Ad26.COV2.S vaccines: an analysis of European data: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34710832/>
457. Cerebral venous thrombosis developing after COVID-19 vaccination: COVID-19: VITT, VATT, TTS and more: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34695859/>
458. Cerebral venous thrombosis and myeloproliferative neoplasms: a three-center study of 74 consecutive cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453762/>.
459. Possible triggers of thrombocytopenia and/or hemorrhage by BNT162b2 vaccine, Pfizer-BioNTech: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660652/>.
460. Multiple sites of arterial thrombosis in a 35-year-old patient after vaccination with ChAdOx1 (AstraZeneca), which required emergency femoral and carotid surgical thrombectomy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34644642/>
461. Case series of vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia in a London teaching hospital: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34694650/>
462. Neuro-ophthalmic complications with thrombocytopenia and thrombosis induced by ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34726934/>
463. Thrombotic events after COVID-19 vaccination in over 50 years of age: results of a population-based study in Italy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835237/>
464. Intracerebral hemorrhage associated with vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after ChAdOx1 nCOVID-19 vaccination in a pregnant woman: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261297/>
465. Age- and sex-specific incidence of cerebral venous sinus thrombosis associated with Ad26.COV2.S COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34724036/>.
466. Genital necrosis with cutaneous thrombosis following vaccination with COVID-19 mRNA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839563/>
467. Cerebral venous sinus thrombosis after mRNA-based COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34783932/>.
468. COVID-19 vaccine-induced immune thrombosis with thrombocytopenia thrombosis (VITT) and shades of gray in thrombus formation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34624910/>
469. Inflammatory myositis after vaccination with ChAdOx1: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34585145/>
470. Acute ST-segment elevation myocardial infarction secondary to vaccine-induced immune thrombosis with thrombocytopenia (VITT): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34580132/>.
471. A rare case of COVID-19 vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia (VITT) affecting the venosplanchnic and pulmonary arterial circulation from a UK district general

- hospital: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535492/>
- 472.COVID-19 vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia: a case series:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34527501/>
473. Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome (TTS) following AstraZeneca ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) COVID-19 vaccination - A risk-benefit analysis for people < 60 years in Australia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34272095/>
474. Immune thrombocytopenia after immunization with Vaxzevria ChadOx1-S vaccine (AstraZeneca), Victoria, Australia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756770/>
- 475.Characteristics and outcomes of patients with cerebral venous sinus thrombosis in thrombotic immune thrombocytopenia induced by SARS-CoV-2 vaccine:
<https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2784622>
- 476.Case study of thrombosis and thrombocytopenia syndrome after administration of the AstraZeneca COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781321/>
- 477.Thrombosis with Thrombocytopenia Syndrome Associated with COVID-19 Vaccines:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062319/>
- 478.Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination with ChAdOx1: the first case of definite thrombosis with thrombocytopenia syndrome in India:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34706921/>
- 479.COVID-19 vaccine-associated thrombosis with thrombocytopenia syndrome (TTS): systematic review and post hoc analysis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34698582/>.
- 480.Case report of immune thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34751013/>.
- 481.Acute transverse myelitis after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34684047/>.
- 482.Concerns for adverse effects of thrombocytopenia and thrombosis after adenovirus-vectored COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34541935/>
- 483.Major hemorrhagic stroke after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: a case report:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34273119/>
- 484.Cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination: neurologic and radiologic management: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327553/>.
- 485.Thrombocytopenia with acute ischemic stroke and hemorrhage in a patient recently vaccinated with an adenoviral vector-based COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33877737/>
- 486.Intracerebral hemorrhage and thrombocytopenia after AstraZeneca COVID-19 vaccine: clinical and diagnostic challenges of vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34646685/>
- 487.Minimal change disease with severe acute kidney injury after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34242687/>.
- 488.Case report: cerebral sinus vein thrombosis in two patients with AstraZeneca SARS-CoV-2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34609603/>
- 489.Case report: Pityriasis rosea-like rash after vaccination with COVID-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557507/>
- 490.Extensive longitudinal transverse myelitis after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: case report:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34641797/>.
491. Acute eosinophilic pneumonia associated with anti-COVID-19 vaccine AZD1222: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34812326/>.
492. Thrombocytopenia, including immune thrombocytopenia after receiving COVID-19 mRNA vaccines reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34006408/>
493. A case of ANCA-associated vasculitis after AZD1222 (Oxford-AstraZeneca) SARS-CoV-2 vaccination: victim or causality?: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34416184/>
494. Vaccine-induced immune thrombosis and thrombocytopenia syndrome after adenovirus-vectored severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination: a new hypothesis on mechanisms and implications for future vaccine development: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664303/>.
495. Thrombosis in peripheral artery disease and thrombotic thrombocytopenia following adenoviral COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649281/>.
496. Newly diagnosed immune thrombocytopenia in a pregnant patient after coronavirus disease 2019 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34420249/>
497. Cerebral venous sinus thrombosis and thrombotic events after vector-based COVID-19 vaccines: systematic review and meta-analysis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34610990/>.
498. Sweet's syndrome after Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine (AZD1222) in an elderly woman: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34590397/>
499. Sudden sensorineural hearing loss after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34670143/>.
500. Prevalence of serious adverse events among health care professionals after receiving the first dose of ChAdOx1 nCoV-19 coronavirus vaccine (Covishield) in Togo, March 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34819146/>.
501. Acute hemichorea-hemiballismus after COVID-19 (AZD1222) vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34581453/>
502. Recurrence of alopecia areata after covid-19 vaccination: a report of three cases in Italy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34741583/>
503. Shingles-like skin lesion after vaccination with AstraZeneca for COVID-19: a case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34631069/>
504. Thrombosis after COVID-19 vaccination: possible link to ACE pathways: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34479129/>
505. Thrombocytopenia in an adolescent with sickle cell anemia after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34331506/>
506. Leukocytoclastic vasculitis as a cutaneous manifestation of ChAdOx1 corona virus vaccine nCoV-19 (recombinant): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546608/>
507. Abdominal pain and bilateral adrenal hemorrhage from immune thrombotic thrombocytopenia induced by COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546343/>
508. Longitudinally extensive cervical myelitis after vaccination with inactivated virus based COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849183/>

509. Induction of cutaneous leukocytoclastic vasculitis after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34853744/>.
510. A case of toxic epidermal necrolysis after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34751429/>.
511. Ocular adverse events following COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34559576/>
512. Depression after ChAdOx1-S / nCoV-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34608345/>.
513. Venous thromboembolism and mild thrombocytopenia after ChAdOx1 nCoV-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384129/>.
514. Recurrent ANCA-associated vasculitis after Oxford AstraZeneca ChAdOx1-S COVID-19 vaccination: a case series of two patients: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34755433/>
515. Major artery thrombosis and vaccination against ChAdOx1 nCoV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839830/>
516. Rare case of contralateral supraclavicular lymphadenopathy after vaccination with COVID-19: computed tomography and ultrasound findings: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34667486/>
517. Cutaneous lymphocytic vasculitis after administration of the second dose of AZD1222 (Oxford-AstraZeneca) Severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 vaccine: chance or causality: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34726187/>.
518. Pancreas allograft rejection after ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34781027/>
519. Understanding the risk of thrombosis with thrombocytopenia syndrome following Ad26.COV2.S vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34595694/>
520. Cutaneous adverse reactions of 35,229 doses of COVID-19 Sinovac and AstraZeneca vaccine COVID-19: a prospective cohort study in health care workers: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34661934/>
521. Comments on thrombosis after vaccination: spike protein leader sequence could be responsible for thrombosis and antibody-mediated thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34788138/>
522. Eosinophilic dermatosis after AstraZeneca COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34753210/>.
523. Severe immune thrombocytopenia following COVID-19 vaccination: report of four cases and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34653943/>.
524. Relapse of immune thrombocytopenia after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34591991/>
525. Thrombosis in pre- and post-vaccination phase of COVID-19; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34650382/>
526. A look at the role of postmortem immunohistochemistry in understanding the inflammatory pathophysiology of COVID-19 disease and vaccine-related thrombotic adverse events: a narrative review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34769454/>
527. COVID-19 vaccine in patients with hypercoagulability disorders: a clinical perspective: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34786893/>

528. Vaccine-associated thrombocytopenia and thrombosis: venous endotheliopathy leading to combined venous micro-macrothrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34833382/>
529. Thrombosis and thrombocytopenia syndrome causing isolated symptomatic carotid occlusion after COVID-19 Ad26.COV2.S vaccine (Janssen): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34670287/>
530. An unusual presentation of acute deep vein thrombosis after Modern COVID-19 vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34790811/>
531. Immediate high-dose intravenous immunoglobulins followed by direct thrombin-inhibitor treatment is crucial for survival in Sars-Covid-19-adenoviral vector vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia VITT with cerebral sinus venous and portal vein thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34023956/>.
532. Thrombosis formation after COVID-19 vaccination immunologic aspects: review article: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34629931/>
533. Imaging and hematologic findings in thrombosis and thrombocytopenia after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (AstraZeneca): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402666/>
534. Spectrum of neuroimaging findings in post-CoVID-19 vaccination: a case series and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34842783/>
535. Cerebral venous sinus thrombosis, pulmonary embolism, and thrombocytopenia after COVID-19 vaccination in a Taiwanese man: a case report and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34630307/>
536. Fatal cerebral venous sinus thrombosis after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33983464/>
537. Autoimmune roots of thrombotic events after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34508917/>.
538. New portal vein thrombosis in cirrhosis: is thrombophilia exacerbated by vaccine or COVID-19: [https://www.jcehepatology.com/article/S0973-6883\(21\)00545-4/fulltext](https://www.jcehepatology.com/article/S0973-6883(21)00545-4/fulltext).
539. Images of immune thrombotic thrombocytopenia induced by Oxford / AstraZeneca® COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33962903/>.
540. Cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with COVID-19 mRNA of BNT162b2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34796065/>.
541. Increased risk of urticaria/angioedema after BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination in health care workers taking ACE inhibitors: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579248/>
542. A case of unusual mild clinical presentation of COVID-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia with splanchnic vein thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34843991/>
543. Cerebral venous sinus thrombosis following vaccination with Pfizer-BioNTech COVID-19 (BNT162b2): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34595867/>
544. A case of idiopathic thrombocytopenic purpura after a booster dose of COVID-19 BNT162b2 vaccine (Pfizer-Biontech): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34820240/>
545. Vaccine-induced immune thrombotic immune thrombocytopenia (VITT): targeting pathologic mechanisms with Bruton's tyrosine kinase inhibitors: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851389/>
546. Thrombotic thrombocytopenic purpura after vaccination with Ad26.COV2-S:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33980419/>
547. Thromboembolic events in younger females exposed to Pfizer-BioNTech or Moderna COVID-19 vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264151/>
548. Potential risk of thrombotic events after COVID-19 vaccination with Oxford-AstraZeneca in women receiving estrogen: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734086/>
549. Thrombosis after adenovirus-vectored COVID-19 vaccination: a concern for underlying disease: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34755555/>
550. Adenovirus interactions with platelets and coagulation and vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia syndrome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407607/>
551. Thrombotic thrombocytopenic purpura: a new threat after COVID bnt162b2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34264514/>.
552. Unusual site of deep vein thrombosis after vaccination against coronavirus mRNA-2019 coronavirus disease (COVID-19): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840204/>
553. Neurological side effects of SARS-CoV-2 vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34750810/>
554. Coagulopathies after SARS-CoV-2 vaccination may derive from a combined effect of SARS-CoV-2 spike protein and adenovirus vector-activated signaling pathways: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34639132/>
555. Isolated pulmonary embolism after COVID vaccination: 2 case reports and a review of acute pulmonary embolism complications and follow-up: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804412/>
556. Central retinal vein occlusion after vaccination with SARS-CoV-2 mRNA: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34571653/>.
557. Complicated case report of long-term vaccine-induced thrombotic immune thrombocytopenia A: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835275/>.
558. Deep venous thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S in adult males: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34659839/>.
559. Neurological autoimmune diseases after SARS-CoV-2 vaccination: a case series: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34668274/>.
560. Severe autoimmune hemolytic autoimmune anemia after receiving SARS-CoV-2 mRNA vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34549821/>
561. Occurrence of COVID-19 variants among recipients of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (recombinant): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34528522/>
562. Prevalence of thrombocytopenia, anti-platelet factor 4 antibodies, and elevated D-dimer in Thais after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34568726/>
563. Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents after co-vaccination: <https://academic.oup.com/cid/advance-article-abstract/doi/10.1093/cid/ciab989/644> 5179.
564. Myocarditis after 2019 coronavirus disease mRNA vaccine: a case series and determination of incidence rate: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab926/6420408>
565. Myocarditis and pericarditis after COVID-19 vaccination: inequalities in age and vaccine

- types: <https://www.mdpi.com/2075-4426/11/11/1106>
566. Epidemiology and clinical features of myocarditis/pericarditis before the introduction of COVID-19 mRNA vaccine in Korean children: a multicenter study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402230/>
567. Shedding light on post-vaccination myocarditis and pericarditis in COVID-19 and non-COVID-19 vaccine recipients: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696294/>
568. Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccine: https://journals.lww.com/pec-online/Abstract/2021/11000/Myocarditis_Following_mRNA_COVID_19_Vaccine.9.aspx.
569. Myocarditis following BNT162b2 mRNA Covid-19 mRNA vaccine in Israel: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614328/>.
570. Myocarditis, pericarditis, and cardiomyopathy following COVID-19 vaccination: [https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506\(21\)01156-2/fulltext](https://www.heartlungcirc.org/article/S1443-9506(21)01156-2/fulltext)
571. Myocarditis and other cardiovascular complications of COVID-19 mRNA-based COVID-19 vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34277198/>
572. Possible Association Between COVID-19 Vaccine and Myocarditis: Clinical and CMR Findings: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246586/>
573. Hypersensitivity Myocarditis and COVID-19 Vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34856634/>.
574. Severe myocarditis associated with COVID-19 vaccine: zebra or unicorn?: [https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(21\)01477-7/fulltext](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(21)01477-7/fulltext).
575. Acute myocardial infarction and myocarditis after COVID-19 vaccination: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8522388/#ffn_sectitle.
576. Myocarditis after Covid-19 vaccination in a large healthcare organization: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2110737?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
577. Association of myocarditis with COVID-19 messenger RNA BNT162b2 vaccine in a case series of children: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2783052>
578. Clinical suspicion of myocarditis temporally related to COVID-19 vaccination in adolescents and young adults: https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056583?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
579. STEMI mimicry: focal myocarditis in an adolescent patient after COVID-19 mRNA vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34756746/>
580. Myocarditis and pericarditis in association with COVID-19 mRNA vaccination: cases from a regional pharmacovigilance center: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8587334/#ffn_sectitle.
581. Myocarditis after COVID-19 mRNA vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34546329/>.
582. Patients with acute myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2781602>.
583. Myocarditis after COVID-19 vaccination: a case series: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X21011725?via%3Dihub>.
584. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination in adolescents:

- <https://publications.aap.org/pediatrics/article/148/5/e2021053427/181357/COVID-19-Vaccination-Associated-Myocarditis-in>.
585. Myocarditis findings on cardiac magnetic resonance imaging after vaccination with COVID-19 mRNA in adolescents: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34704459/>
586. myocarditis after COVID-19 vaccination: magnetic resonance imaging study: <https://academic.oup.com/ehjcmimaging/advance-article/doi/10.1093/ehjci/jeab230/6421640>.
587. Acute myocarditis after administration of the second dose of BNT162b2 COVID-19 vaccine: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8599115/#ffn_sectitle.
588. Myocarditis after COVID-19 vaccination: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352906721001603?via%3Dihub>.
589. Case report: probable myocarditis after Covid-19 mRNA vaccine in a patient with arrhythmogenic left ventricular cardiomyopathy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34712717/>.
590. Acute myocarditis after administration of BNT162b2 vaccine against COVID-19: <https://www.revespcardiol.org/en-linkresolver-acute-myocarditis-after-administratio-n-bnt162b2-S188558572100133X>.
591. Myocarditis associated with COVID-19 mRNA vaccination: https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2021211430?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori.rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed.
592. Acute myocarditis after COVID-19 vaccination: a case report: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866321007098?via%3Dihub> b.
593. Acute myopericarditis after COVID-19 vaccination in adolescents: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34589238/>.
594. Perimyocarditis in adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: <https://academic.oup.com/jpids/article/10/10/962/6329543>.
595. Acute myocarditis associated with anti-COVID-19 vaccination: <https://ecevr.org/DOIx.php?id=10.7774/cevr.2021.10.2.196>.
596. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination: echocardiographic, cardiac CT, and MRI findings: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34428917/>.
597. Acute symptomatic myocarditis in 7 adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34088762/>.
598. Myocarditis and pericarditis in adolescents after first and second doses of COVID-19 mRNA vaccines: <https://academic.oup.com/ehjqcco/advance-article/doi/10.1093/ehjqcco/qcab090/6442104>.
599. COVID 19 vaccine for adolescents. Concern for myocarditis and pericarditis: <https://www.mdpi.com/2036-7503/13/3/61>.
600. Cardiac imaging of acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402228/> 600.
601. Myocarditis temporally associated with COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133885/>
602. Acute myocardial injury after COVID-19 vaccination: a case report and review of current evidence from the vaccine adverse event reporting system database: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34219532/>

603. Acute myocarditis associated with COVID-19 vaccination: report of a case:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pmc/articles/PMC8639400/#_ffn_sectitle
604. Myocarditis following vaccination with COVID-19 messenger RNA: a Japanese case series: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34840235/>.
605. Myocarditis in the setting of a recent COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34712497/>.
606. Acute myocarditis after a second dose of COVID-19 mRNA vaccine: report of two cases:
[https://www.clinicalimaging.org/article/S0899-7071\(21\)00265-5/fulltext](https://www.clinicalimaging.org/article/S0899-7071(21)00265-5/fulltext).
607. Prevalence of thrombocytopenia, antiplatelet factor 4 antibodies, and elevated D-dimer in Thais after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34568726/>
608. Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents after co-vaccination: <https://academic.oup.com/cid/advance-article-abstract/doi/10.1093/cid/ciab989/6445179>
609. Myocarditis after 2019 coronavirus disease mRNA vaccine: a case series and incidence rate determination: <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab926/6420408>.
610. Myocarditis and pericarditis after COVID-19 vaccination: inequalities in age and vaccine types: <https://www.mdpi.com/2075-4426/11/11/1106>
611. Epidemiology and clinical features of myocarditis/pericarditis before the introduction of COVID-19 mRNA vaccine in Korean children: a multicenter study:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34402230/>
612. Shedding light on post-vaccination myocarditis and pericarditis in COVID-19 and non-COVID-19 vaccine recipients: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696294/>
613. Diffuse prothrombotic syndrome after administration of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34615534/>
614. Three cases of acute venous thromboembolism in women after coronavirus 2019 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352418/>
615. Clinical and biological features of cerebral venous sinus thrombosis after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19; <https://jnnp.bmj.com/content/early/2021/09/29/jnnp-2021-327340.long>
616. CAD26. COV2-S vaccination may reveal hereditary thrombophilia: massive cerebral venous sinus thrombosis in a young man with normal platelet count:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34632750/>
617. Post-mortem findings in vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia:
<https://haematologica.org/article/view/haematol.2021.279075>
618. COVID-19 vaccine-induced thrombosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34802488/>.
619. Inflammation and platelet activation after COVID-19 vaccines: possible mechanisms behind vaccine-induced immune thrombocytopenia and thrombosis:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34887867/>.
620. Anaphylactoid reaction and coronary thrombosis related to COVID-19 mRNA vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34863404/>.
621. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccine-induced cerebral venous thrombosis and thrombocytopenia: A missed opportunity for a rapid return of experience:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235255682100093X?via%3DiHub> b

622. Occurrence of splenic infarction due to arterial thrombosis after vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34876440/>
623. Deep venous thrombosis more than two weeks after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928773/>
624. Case report: Take a second look: Cerebral venous thrombosis related to Covid-19 vaccination and thrombotic thrombocytopenia syndrome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34880826/>
625. Information on ChAdOx1 nCoV-19 vaccine-induced immune-mediated thrombotic thrombocytopenia: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34587242/>
626. Change in blood viscosity after COVID-19 vaccination: estimation for persons with underlying metabolic syndrome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34868465/>
627. Management of a patient with a rare congenital limb malformation syndrome after SARS-CoV-2 vaccine-induced thrombosis and thrombocytopenia (VITT): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34097311/>
628. Bilateral thalamic stroke: a case of COVID-19 (VITT) vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia or a coincidence due to underlying risk factors: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34820232/>.
629. Thrombocytopenia and splanchnic thrombosis after vaccination with Ad26.COV2.S successfully treated with transjugular intrahepatic portosystemic shunt and thrombectomy: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.26258>
630. Incidence of acute ischemic stroke after coronavirus vaccination in Indonesia: case series: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579636/>
631. Successful treatment of vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia in a 26-year-old female patient: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614491/>
632. Case report: vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia in a patient with pancreatic cancer after vaccination with messenger RNA-1273: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34790684/>
633. Idiopathic external jugular vein thrombophlebitis after coronavirus disease vaccination (COVID-19): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624509/>.
634. Squamous cell carcinoma of the lung with hemoptysis following vaccination with tozinameran (BNT162b2, Pfizer-BioNTech): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34612003/>
635. Vaccine-induced thrombotic thrombocytopenia after Ad26.COV2.S vaccination in a man presenting as acute venous thromboembolism: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096082/>
636. Myocarditis associated with COVID-19 vaccination in three adolescent boys: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34851078/>.
637. Cardiovascular magnetic resonance findings in young adult patients with acute myocarditis after COVID-19 mRNA vaccination: a case series: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34496880/>
638. Perimyocarditis after vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866957/>
639. Epidemiology of acute myocarditis/pericarditis in Hong Kong adolescents after co-vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849657/>.

640. Myocarditis-induced sudden death after BNT162b2 COVID-19 mRNA vaccination in Korea: case report focusing on histopathological findings:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34664804/>
641. Acute myocarditis after vaccination with COVID-19 mRNA in adults aged 18 years or older: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34605853/>
642. Recurrence of acute myocarditis temporally associated with receipt of the 2019 coronavirus mRNA disease vaccine (COVID-19) in an adolescent male:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34166671/>
643. Young male with myocarditis after mRNA-1273 coronavirus disease-2019 (COVID-19) mRNA vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34744118/>
644. Acute myocarditis after SARS-CoV-2 vaccination in a 24-year-old male:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334935/>.
645. 68 Ga-DOTATOC digital PET images of inflammatory cell infiltrates in myocarditis after vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34746968/>
646. Occurrence of acute infarct-like myocarditis after vaccination with COVID-19: just an accidental coincidence or rather a vaccination-associated autoimmune myocarditis?":
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333695/>.
647. Self-limited myocarditis presenting with chest pain and ST-segment elevation in adolescents after vaccination with BNT162b2 mRNA vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34180390/>
648. Myocarditis Following Immunization with COVID-19 mRNA Vaccines in Members of the U.S. Military: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34185045/>
649. Myocarditis after BNT162b2 vaccination in a healthy male:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34229940/>
650. Myopericarditis in a previously healthy adolescent male after COVID-19 vaccination: Case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34133825/>
651. Acute myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA-1273 mRNA vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34308326/>.
652. Chest pain with abnormal electrocardiogram redevelopment after injection of COVID-19 vaccine manufactured by Moderna: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866106/>
653. Biopsy-proven lymphocytic myocarditis after first vaccination with COVID-19 mRNA in a 40-year-old man: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34487236/>
654. Multimodality imaging and histopathology in a young man presenting with fulminant lymphocytic myocarditis and cardiogenic shock after vaccination with mRNA-1273:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34848416/>
655. Report of a case of myopericarditis after vaccination with BNT162b2 COVID-19 mRNA in a young Korean male: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34636504/>
656. Acute myocarditis after Comirnaty vaccination in a healthy male with previous SARS-CoV-2 infection: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367386/>
657. Acute myocarditis in a young adult two days after vaccination with Pfizer:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709227/>
658. Case report: acute fulminant myocarditis and cardiogenic shock after messenger RNA coronavirus vaccination in 2019 requiring extracorporeal cardiopulmonary resuscitation:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34778411/>

659. Acute myocarditis after 2019 coronavirus disease vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734821/>
660. A series of patients with myocarditis after vaccination against SARS-CoV-2 with mRNA-1279 and BNT162b2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246585/>
661. Myopericarditis after Pfizer messenger ribonucleic acid coronavirus disease vaccine in adolescents: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34228985/>
662. Post-vaccination multisystem inflammatory syndrome in adults without evidence of prior SARS-CoV-2 infection: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34852213/>
663. Acute myocarditis defined after vaccination with 2019 mRNA of coronavirus disease:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34866122/>
664. Biventricular systolic dysfunction in acute myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA-1273 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601566/>
665. Myocarditis following COVID-19 vaccination: MRI study:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34739045/>.
666. Acute myocarditis after COVID-19 vaccination: case report:
https://docs.google.com/document/d/1Hc4bh_qNbZ7UVm5BLxkRdMPnnI9zcCsl/e dit#.
667. Association of myocarditis with COVID-19 messenger RNA BNT162b2 vaccine COVID-19 in a case series of children: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34374740/>
668. Clinical suspicion of myocarditis temporally related to COVID-19 vaccination in adolescents and young adults: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34865500/>
669. Myocarditis following vaccination with Covid-19 in a large healthcare organization:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34614329/>
670. AstraZeneca COVID-19 vaccine and Guillain-Barré syndrome in Tasmania: a causal link:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34560365/>
671. COVID-19, Guillain-Barré and vaccineA dangerous mix:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34108736/>.
672. Guillain-Barré syndrome after the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: case report and review of reported cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34796417/>.
673. Guillain-Barre syndrome after BNT162b2 COVID-19 vaccine:
<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10072-021-05523-5>.
674. COVID-19 adenovirus vaccines and Guillain-Barré syndrome with facial palsy:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.26258>.
675. Association of receipt association of Ad26.COV2.S COVID-19 vaccine with presumed Guillain-Barre syndrome, February-July 2021:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2785009>
676. A case of Guillain-Barré syndrome after Pfizer COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34567447/>
677. Guillain-Barré syndrome associated with COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34648420/>.
678. Rate of recurrent Guillain-Barré syndrome after COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccine: <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2783708>
679. Guillain-Barre syndrome after COVID-19 vaccination in an adolescent:

- [https://www.pedneur.com/article/S0887-8994\(21\)00221-6/fulltext](https://www.pedneur.com/article/S0887-8994(21)00221-6/fulltext).
680. Guillain-Barre syndrome after ChAdOx1-S / nCoV-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34114256/>.
681. Guillain-Barre syndrome after COVID-19 mRNA-1273 vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34767184/>.
682. Guillain-Barre syndrome following SARS-CoV-2 vaccination in 19 patients: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34644738/>.
683. Guillain-Barre syndrome presenting with facial diplegia following vaccination with COVID-19 in two patients: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34649856/>
684. A rare case of Guillain-Barré syndrome after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34671572/>
685. Neurological complications of COVID-19: Guillain-Barre syndrome after Pfizer COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33758714/>
686. COVID-19 vaccine causing Guillain-Barre syndrome, an uncommon potential side effect: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34484780/>
687. Guillain-Barre syndrome after the first dose of COVID-19 vaccination: case report; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34779385/>.
688. Miller Fisher syndrome after Pfizer COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34817727/>.
689. Miller Fisher syndrome after 2019 BNT162b2 mRNA coronavirus vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34789193/>.
690. Bilateral facial weakness with a variant of paresthesia of Guillain-Barre syndrome after Vaxzevria COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34261746/>
691. Guillain-Barre syndrome after the first injection of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine: first report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34217513/>.
692. A case of sensory ataxic Guillain-Barre syndrome with immunoglobulin G anti-GM1 antibodies after first dose of COVID-19 BNT162b2 mRNA vaccine (Pfizer): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34871447/>
693. Reporting of acute inflammatory neuropathies with COVID-19 vaccines: subgroup disproportionality analysis in Vigibase: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579259/>
694. A variant of Guillain-Barré syndrome after SARS-CoV-2 vaccination: AMSAN: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370408/>.
695. A rare variant of Guillain-Barré syndrome after vaccination with Ad26.COV2.S: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34703690/>.
696. Guillain-Barré syndrome after SARS-CoV-2 vaccination in a patient with previous vaccine-associated Guillain-Barré syndrome: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34810163/>
698. Guillain-Barré syndrome in an Australian state using mRNA and adenovirus-vector SARS-CoV-2 vaccines: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ana.26218>.
699. Acute transverse myelitis after SARS-CoV-2 vaccination: case report and review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34482455/>.
700. Variant Guillain-Barré syndrome occurring after SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34114269/>.

701. Guillain-Barre syndrome with axonal variant temporally associated with Modern SARS-CoV-2 mRNA-based vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34722067/>
702. Guillain-Barre syndrome after the first dose of SARS-CoV-2 vaccine: a temporary occurrence, not a causal association: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33968610/>
703. SARS-CoV-2 vaccines can be complicated not only by Guillain-Barré syndrome but also by distal small fiber neuropathy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34525410/>
704. Clinical variant of Guillain-Barré syndrome with prominent facial diplegia after AstraZeneca 2019 coronavirus disease vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34808658/>
705. Adverse event reporting and risk of Bell's palsy after COVID-19 vaccination: [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00646-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00646-0/fulltext)
706. Bilateral facial nerve palsy and COVID-19 vaccination: causality or coincidence?: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34522557/>
707. Left Bell's palsy after the first dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34763263/>.
708. Bell's palsy after inactivated vaccination with COVID-19 in a patient with a history of recurrent Bell's palsy: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34621891/>
709. Neurological complications after the first dose of COVID-19 vaccines and SARS-CoV-2 infection: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34697502/>
710. Type I interferons as a potential mechanism linking COVID-19 mRNA vaccines with Bell's palsy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33858693/>
711. Acute transverse myelitis following inactivated COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34370410/>
712. Acute transverse myelitis after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579245/>.
713. A case of longitudinally extensive transverse myelitis following Covid-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34182207/>
714. Post COVID-19 transverse myelitis; a case report with review of the literature: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34457267/>.
715. Beware of neuromyelitis optica spectrum disorder after vaccination with inactivated virus for COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34189662/>
716. Neuromyelitis optica in a healthy woman after vaccination against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 mRNA-1273: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660149/>
717. Acute bilateral optic neuritis/chiasm with longitudinal extensive transverse myelitis in long-standing stable multiple sclerosis after vector-based vaccination against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34131771/>
718. A case series of acute pericarditis after vaccination with COVID-19 in the context of recent reports from Europe and the United States: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34635376/>
719. Acute pericarditis and cardiac tamponade after vaccination with Covid-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34749492/>
720. Myocarditis and pericarditis in adolescents after the first and second doses of COVID-19 mRNA vaccines: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849667/>

721. Perimyocarditis in adolescents after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34319393/>
722. Acute myopericarditis after COVID-19 vaccine in adolescents:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34589238/>
723. Pericarditis after administration of the BNT162b2 mRNA vaccine COVID-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34149145/>
724. Case report: symptomatic pericarditis post COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693198/>.
725. An outbreak of Still's disease after COVID-19 vaccination in a 34-year-old patient:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34797392/>
726. Lessons of the month 3: Hemophagocytic lymphohistiocytosis following COVID-19 vaccination (ChAdOx1 nCoV-19): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34862234/>
727. Myocarditis after SARS-CoV-2 mRNA vaccination, a case series:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34396358/>.
728. Miller-Fisher syndrome and Guillain-Barré syndrome overlap syndrome in a patient after Oxford-AstraZeneca SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34848426/>.
729. Immune-mediated disease outbreaks or new-onset disease in 27 subjects after mRNA/DNA vaccination against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33946748/>
730. Post-mortem investigation of deaths after vaccination with COVID-19 vaccines:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34591186/>
731. Acute kidney injury with macroscopic hematuria and IgA nephropathy after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34352309/>
732. Relapse of immune thrombocytopenia after covid-19 vaccination in young male patient:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34804803/>.
733. Immune thrombocytopenic purpura associated with COVID-19 mRNA vaccine Pfizer-BioNTech BNT16B2b2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34077572/>
734. Retinal hemorrhage after SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34884407/>.
735. Case report: anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis with acute renal failure and pulmonary hemorrhage can occur after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34859017/>
736. Intracerebral hemorrhage due to vasculitis following COVID-19 vaccination: case report:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34783899/>
737. Peduncular, symptomatic cavernous bleeding after immune thrombocytopenia-induced SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34549178/>.
738. Brain death in a vaccinated patient with COVID-19 infection:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34656887/>
739. Generalized purpura annularis telangiectodes after SARS-CoV-2 mRNA vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34236717/>.
740. Lobar hemorrhage with ventricular rupture shortly after the first dose of a SARS-CoV-2 mRNA-based SARS-CoV-2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34729467/>.

741. A case of outbreak of macroscopic hematuria and IgA nephropathy after SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33932458/>
742. Acral hemorrhage after administration of the second dose of SARS-CoV-2 vaccine. A post-vaccination reaction: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34092400/> 742.
743. Severe immune thrombocytopenic purpura after SARS-CoV-2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34754937/>
744. Gross hematuria after severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccination in 2 patients with IgA nephropathy: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33771584/>
745. Autoimmune encephalitis after ChAdOx1-S SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34846583/>
746. COVID-19 vaccine and death: causality algorithm according to the WHO eligibility diagnosis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34073536/>
747. Bell's palsy after vaccination with mRNA (BNT162b2) and inactivated (CoronaVac) SARS-CoV-2 vaccines: a case series and a nested case-control study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34411532/>
748. Epidemiology of myocarditis and pericarditis following mRNA vaccines in Ontario, Canada: by vaccine product, schedule, and interval: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.02.21267156v1>
749. Anaphylaxis following Covid-19 vaccine in a patient with cholinergic urticaria: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33851711/>
750. Anaphylaxis induced by CoronaVac COVID-19 vaccine: clinical features and results of revaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34675550/>.
751. Anaphylaxis after Modern COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34734159/>.
752. Association of self-reported history of high-risk allergy with allergy symptoms after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34698847/>
753. Sex differences in the incidence of anaphylaxis to LNP-mRNA vaccines COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34020815/>
754. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine – United States, December 14 to 23, 2020: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33641264/>
755. Allergic reactions, including anaphylaxis, after receiving the first dose of Modern COVID-19 vaccine – United States, December 21, 2020 to January 10, 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33641268/>
756. Prolonged anaphylaxis to Pfizer 2019 coronavirus disease vaccine: a case report and mechanism of action: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33834172/>
757. Pseudo-anaphylaxis reactions to Pfizer BNT162b2 vaccine: report of 3 cases of anaphylaxis following vaccination with Pfizer BNT162b2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34579211/>
758. Biphasic anaphylaxis after first dose of 2019 messenger RNA coronavirus disease vaccine with positive polysorbate 80 skin test result: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34343674/>
759. Acute myocardial infarction and myocarditis after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34586408/>

760. Takotsubo syndrome after COVID-19 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34539938/>.
761. Takotsubo cardiomyopathy after coronavirus 2019 vaccination in patient on maintenance hemodialysis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34731486/>.
762. Premature myocardial infarction or side effect of COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33824804/>
763. Myocardial infarction, stroke, and pulmonary embolism after BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in persons aged 75 years or older: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34807248/>
764. Kounis syndrome type 1 induced by inactivated SARS-CoV-2 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34148772/>
765. Acute myocardial infarction within 24 hours after COVID-19 vaccination: is Kounis syndrome the culprit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34702550/>
766. Deaths associated with the recently launched SARS-CoV-2 vaccination (Comirnaty®):
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33895650/>
767. Deaths associated with recently launched SARS-CoV-2 vaccination:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34425384/>
768. A case of acute encephalopathy and non-ST-segment elevation myocardial infarction after vaccination with mRNA-1273: possible adverse effect:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34703815/> 767.
769. COVID-19 vaccine-induced urticarial vasculitis:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34369046/>.
770. ANCA-associated vasculitis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34280507/>.
771. New-onset leukocytoclastic vasculitis after COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34241833/>
772. Cutaneous small vessel vasculitis after COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34529877/>.
773. Outbreak of leukocytoclastic vasculitis after COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928638/>
774. Leukocytoclastic vasculitis after exposure to COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34836739/>
775. Vasculitis and bursitis in [18 F] FDG-PET/CT after COVID-19 mRNA vaccine: post hoc ergo propter hoc?; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34495381/>.
776. Cutaneous lymphocytic vasculitis after administration of COVID-19 mRNA vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34327795/>
777. Cutaneous leukocytoclastic vasculitis induced by Sinovac COVID-19 vaccine:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34660867/>.
778. Case report: ANCA-associated vasculitis presenting with rhabdomyolysis and crescentic Pauci-Immune glomerulonephritis after vaccination with Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34659268/>
779. Reactivation of IgA vasculitis after vaccination with COVID-19:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34848431/>

780. Varicella-zoster virus-related small-vessel vasculitis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34310759/>.
781. Imaging in vascular medicine: leukocytoclastic vasculitis after COVID-19 vaccine booster: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34720009/>
782. A rare case of Henoch-Schönlein purpura after a case report of COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34518812/>
783. Cutaneous vasculitis following COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34611627/>.
784. Possible case of COVID-19 mRNA vaccine-induced small-vessel vasculitis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34705320/>.
785. IgA vasculitis following COVID-19 vaccination in an adult: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34779011/>
786. Propylthiouracil-induced anti-neutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis following vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34451967/>
787. Coronavirus disease vaccine 2019 (COVID-19) in systemic lupus erythematosus and neutrophil anti-cytoplasmic antibody-associated vasculitis: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33928459/>
788. Reactivation of IgA vasculitis after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34250509/>
789. Clinical and histopathologic spectrum of delayed adverse skin reactions after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292611/>.
790. First description of immune complex vasculitis after COVID-19 vaccination with BNT162b2: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34530771/>.
791. Nephrotic syndrome and vasculitis after SARS-CoV-2 vaccine: true association or circumstantial: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34245294/>.
792. Occurrence of de novo cutaneous vasculitis after vaccination against coronavirus disease (COVID-19): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34599716/>.
793. Asymmetric cutaneous vasculitis after COVID-19 vaccination with unusual preponderance of eosinophils: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34115904/>.
794. Henoch-Schönlein purpura occurring after vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247902/>.
795. Henoch-Schönlein purpura following the first dose of COVID-19 viral vector vaccine: case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34696186/>.
796. Granulomatous vasculitis after AstraZeneca anti-SARS-CoV-2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34237323/>.
797. Acute retinal necrosis due to varicella zoster virus reactivation after vaccination with BNT162b2 COVID-19 mRNA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34851795/>.
798. A case of generalized Sweet's syndrome with vasculitis triggered by recent vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34849386/>
799. Small-vessel vasculitis following Oxford-AstraZeneca vaccination against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34310763/>
800. Relapse of microscopic polyangiitis after COVID-19 vaccination: case report:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34251683/>.

801. Cutaneous vasculitis after severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557622/>.
802. Recurrent herpes zoster after COVID-19 vaccination in patients with chronic urticaria on cyclosporine treatment – A report of 3 cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34510694/>
803. Leukocytoclastic vasculitis after coronavirus disease vaccination 2019: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34713472/> 803.
804. Outbreaks of mixed cryoglobulinemia vasculitis after vaccination against SARS-CoV-2: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34819272/>
805. Cutaneous small-vessel vasculitis after vaccination with a single dose of Janssen Ad26.COV2.S: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34337124/>
806. Case of immunoglobulin A vasculitis after vaccination against coronavirus disease 2019: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34535924/>
807. Rapid progression of angioimmunoblastic T-cell lymphoma after BNT162b2 mRNA booster vaccination: case report: https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.798095/full?fbclid=IwAR3c_kIK1OuR4unrknRvUSuj1LWiTJvvvg-BF4JZZC xv_wQMKZpvIznABN2dE.
808. COVID-19 mRNA vaccination-induced lymphadenopathy mimics lymphoma progression on FDG PET / CT: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33591026/>
809. Lymphadenopathy in COVID-19 vaccine recipients: diagnostic dilemma in oncology patients: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625300/>
810. Hypermetabolic lymphadenopathy after administration of BNT162b2 mRNA vaccine Covid-19: incidence assessed by [18 F] FDG PET-CT and relevance for study interpretation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33774684/>
811. Lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: review of imaging findings: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33985872/>
812. Evolution of bilateral hypermetabolic axillary hypermetabolic lymphadenopathy on FDG PET/CT after 2-dose COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34735411/>
813. Lymphadenopathy associated with COVID-19 vaccination on FDG PET/CT: distinguishing features in adenovirus-vectored vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34115709/>.
814. COVID-19 vaccination-induced lymphadenopathy in a specialized breast imaging clinic in Israel: analysis of 163 cases: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34257025/>.
815. COVID-19 vaccine-related axillary lymphadenopathy in breast cancer patients: case series with literature review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34836672/>.
816. Coronavirus disease vaccine 2019 mimics lymph node metastases in patients undergoing skin cancer follow-up: a single-center study: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34280870/>
817. COVID-19 post-vaccination lymphadenopathy: report of fine-needle aspiration biopsy cytologic findings: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34432391/>
818. Regional lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: review of the literature and considerations for patient management in breast cancer care: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34731748/>
819. Subclinical axillary lymphadenopathy associated with COVID-19 vaccination on

screening mammography: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34906409/>

820. Do you want even more proof? Listed here are 140 references to adverse events of COVID injection that may occur in children. Acute-onset supraclavicular lymphadenopathy coincident with intramuscular mRNA vaccination against COVID-19 may be related to the injection technique of the vaccine, Spain, January and February 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33706861/>
821. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination in Korea: serial follow-up by ultrasonography: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116295/>
822. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination induced lymphadenopathy on [18F] choline PET / CT, not just an FDG finding: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33661328/>
823. Biphasic anaphylaxis after exposure to the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34050949/>
824. Axillary adenopathy associated with COVID-19 vaccination: imaging findings and follow-up recommendations in 23 women: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624520/>
825. A case of cervical lymphadenopathy following COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34141500/>
826. Unique imaging findings of neurologic phantasmia after Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccination: a case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096896/>
827. Thrombotic adverse events reported for Moderna, Pfizer, and Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccines: comparison of occurrence and clinical outcomes in the EudraVigilance database: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835256/>
828. Unilateral lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: a practical management plan for radiologists of all specialties: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33713605/>
829. Unilateral axillary adenopathy in the setting of COVID-19 vaccination: follow-up: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34298342/>
830. A systematic review of cases of CNS demyelination following COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839149/>
831. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: an increasing presentation in the two-week wait neck lump clinic: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685772/>
832. COVID-19 vaccine-related axillary and cervical lymphadenopathy in patients with current or previous breast cancer and other malignancies: cross-sectional imaging findings on MRI, CT and PET-CT: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719892/>
833. Adenopathy after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625299/>.
834. Incidence of axillary adenopathy on breast imaging after vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292295/>.
835. COVID-19 vaccination and lower cervical lymphadenopathy in two-week neck lump clinic: a follow-up audit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33947605/>.
836. Cervical lymphadenopathy after coronavirus disease vaccination 2019: clinical features and implications for head and neck cancer services: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34526175/>
837. Lymphadenopathy associated with the COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33786231/>
838. Evolution of lymphadenopathy on PET/MRI after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625301/>.

839. Autoimmune hepatitis triggered by SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332438/>.
840. New-onset nephrotic syndrome after Janssen COVID-19 vaccination: case report and literature review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34342187/>.
841. Massive cervical lymphadenopathy following vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601889/>
842. ANCA glomerulonephritis following Modern COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34081948/>
843. Month 1 lessons: extensive longitudinal transverse myelitis following AstraZeneca COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507942/>.
844. Systemic capillary extravasation syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (Oxford-AstraZeneca): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362727/>
845. Unilateral axillary lymphadenopathy related to COVID-19 vaccine: pattern on screening breast MRI allowing benign evaluation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325221/>
846. Axillary lymphadenopathy in patients with recent Covid-19 vaccination: a new diagnostic dilemma: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34825530/>.
847. Minimal change disease and acute kidney injury after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000278/>
848. COVID-19 vaccine-induced unilateral axillary adenopathy: follow-up evaluation in the USA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34655312/>.
849. Gastroparesis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34187985/>.
850. Acute-onset supraclavicular lymphadenopathy coincident with intramuscular mRNA vaccination against COVID-19 may be related to the injection technique of the vaccine, Spain, January and February 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33706861/>
851. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination in Korea: serial follow-up by ultrasonography: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34116295/>
852. Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccination induced lymphadenopathy on [18F] choline PET / CT, not just an FDG finding: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33661328/>
853. Biphase anaphylaxis after exposure to the first dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 mRNA vaccine COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34050949/>
854. Axillary adenopathy associated with COVID-19 vaccination: imaging findings and follow-up recommendations in 23 women: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33624520/>
855. A case of cervical lymphadenopathy following COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34141500/>
856. Unique imaging findings of neurologic phantasmia after Pfizer-BioNtech COVID-19 vaccination: a case report: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34096896/>
857. Thrombotic adverse events reported for Moderna, Pfizer, and Oxford-AstraZeneca COVID-19 vaccines: comparison of occurrence and clinical outcomes in the EudraVigilance database: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34835256/>
858. Unilateral lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: a practical management plan for radiologists of all specialties: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33713605/>

859. Unilateral axillary adenopathy in the setting of COVID-19 vaccination: follow-up: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34298342/>
860. A systematic review of cases of CNS demyelination following COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34839149/>
861. Supraclavicular lymphadenopathy after COVID-19 vaccination: an increasing presentation in the two-week wait neck lump clinic: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33685772/>
862. COVID-19 vaccine-related axillary and cervical lymphadenopathy in patients with current or previous breast cancer and other malignancies: cross-sectional imaging findings on MRI, CT and PET-CT: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719892/>
863. Adenopathy after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625299/>.
864. Incidence of axillary adenopathy on breast imaging after vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292295/>.
865. COVID-19 vaccination and lower cervical lymphadenopathy in two-week neck lump clinic: a follow-up audit: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33947605/>.
866. Cervical lymphadenopathy after coronavirus disease vaccination 2019: clinical features and implications for head and neck cancer services: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34526175/>
867. Lymphadenopathy associated with the COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33786231/>
868. Evolution of lymphadenopathy on PET/MRI after COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33625301/>.
869. Autoimmune hepatitis triggered by SARS-CoV-2 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332438/>.
870. New-onset nephrotic syndrome after Janssen COVID-19 vaccination: case report and literature review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34342187/>.
871. Massive cervical lymphadenopathy following vaccination with COVID-19: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34601889/>
872. ANCA glomerulonephritis following Modern COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34081948/>
873. Month 1 lessons: extensive longitudinal transverse myelitis following AstraZeneca COVID-19 vaccination: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507942/>.
874. Systemic capillary extravasation syndrome after vaccination with ChAdOx1 nCoV-19 (Oxford-AstraZeneca): <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34362727/>
875. Unilateral axillary lymphadenopathy related to COVID-19 vaccine: pattern on screening breast MRI allowing benign evaluation: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325221/>
876. Axillary lymphadenopathy in patients with recent Covid-19 vaccination: a new diagnostic dilemma: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34825530/>.
877. Minimal change disease and acute kidney injury after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34000278/>
878. COVID-19 vaccine-induced unilateral axillary adenopathy: follow-up evaluation in the USA: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34655312/>.
879. Gastroparesis after Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination:

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34187985/>.
880. Abbate, A., Gavin, J., Madanchi, N., Kim, C., Shah, P. R., Klein, K., . . . Danielides, S. (2021). Fulminant myocarditis and systemic hyperinflammation temporally associated with BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccination in two patients. *Int J Cardiol*, *340*, 119-121. doi:10.1016/j.ijcard.2021.08.018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34416319>
881. Abu Mouch, S., Roguin, A., Hellou, E., Ishai, A., Shoshan, U., Mahamid, L., . . . Berar Yanay, N. (2021). Myocarditis following COVID-19 mRNA vaccination. *Vaccine*, *39*(29), 3790-3793. doi:10.1016/j.vaccine.2021.05.087. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34092429>
882. Albert, E., Aurigemma, G., Saucedo, J., & Gerson, D. S. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination. *Radiol Case Rep*, *16*(8), 2142-2145. doi:10.1016/j.radcr.2021.05.033. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34025885>
883. Aye, Y. N., Mai, A. S., Zhang, A., Lim, O. Z. H., Lin, N., Ng, C. H., . . . Chew, N. W. S. (2021). Acute Myocardial Infarction and Myocarditis following COVID-19 Vaccination. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab252. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34586408>
884. Azir, M., Inman, B., Webb, J., & Tannenbaum, L. (2021). STEMI Mimic: Focal Myocarditis in an Adolescent Patient After mRNA COVID-19 Vaccine. *J Emerg Med*, *61*(6), e129-e132. doi:10.1016/j.jemermed.2021.09.017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34756746>
885. Barda, N., Dagan, N., Ben-Shlomo, Y., Kepten, E., Waxman, J., Ohana, R., . . . Balicer, R. D. (2021). Safety of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Setting. *N Engl J Med*, *385*(12), 1078-1090. doi:10.1056/NEJMoa2110475. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34432976>
886. Bhandari, M., Pradhan, A., Vishwakarma, P., & Sethi, R. (2021). Coronavirus and cardiovascular manifestations- getting to the heart of the matter. *World J Cardiol*, *13*(10), 556-565. doi:10.4330/wjc.v13.i10.556. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34754400>
887. Bozkurt, B., Kamat, I., & Hotez, P. J. (2021). Myocarditis With COVID-19 mRNA Vaccines. *Circulation*, *144*(6), 471-484. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34281357>
888. Buchhorn, R., Meyer, C., Schulze-Forster, K., Junker, J., & Heidecke, H. (2021). Autoantibody Release in Children after Corona Virus mRNA Vaccination: A Risk Factor of Multisystem Inflammatory Syndrome? *Vaccines (Basel)*, *9*(11). doi:10.3390/vaccines9111353. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34835284>
889. Calcaterra, G., Bassareo, P. P., Barilla, F., Romeo, F., & Mehta, J. L. (2022). Concerning the unexpected prothrombotic state following some coronavirus disease 2019 vaccines. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*, *23*(2), 71-74. doi:10.2459/JCM.0000000000001232. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34366403>
890. Calcaterra, G., Mehta, J. L., de Gregorio, C., Butera, G., Neroni, P., Fanos, V., & Bassareo, P. P. (2021). COVID 19 Vaccine for Adolescents. Concern about Myocarditis and Pericarditis. *Pediatr Rep*, *13*(3), 530-533. doi:10.3390/pediatric13030061. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34564344>
891. Chai, Q., Nygaard, U., Schmidt, R. C., Zaremba, T., Moller, A. M., & Thorvig, C. M. (2022). Multisystem inflammatory syndrome in a male adolescent after his second Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccine. *Acta Paediatr*, *111*(1), 125-127.

- doi:10.1111/apa.16141. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34617315>
892. Chamling, B., Vehof, V., Drakos, S., Weil, M., Stalling, P., Vahlhaus, C., . . . Yilmaz, A. (2021). Occurrence of acute infarct-like myocarditis following COVID-19 vaccination: just an accidental co-incident or rather vaccination-associated autoimmune myocarditis? *Clin Res Cardiol*, *110*(11), 1850-1854. doi:10.1007/s00392-021-01916-w. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34333695>
893. Chang, J. C., & Hawley, H. B. (2021). Vaccine-Associated Thrombocytopenia and Thrombosis: Venous Endotheliopathy Leading to Venous Combined Micro-Macrothrombosis. *Medicina (Kaunas)*, *57*(11). doi:10.3390/medicina57111163. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34833382>
894. Chelala, L., Jeudy, J., Hossain, R., Rosenthal, G., Pietris, N., & White, C. (2021). Cardiac MRI Findings of Myocarditis After COVID-19 mRNA Vaccination in Adolescents. *AJR Am J Roentgenol*. doi:10.2214/AJR.21.26853. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34704459>
895. Choi, S., Lee, S., Seo, J. W., Kim, M. J., Jeon, Y. H., Park, J. H., . . . Yeo, N. S. (2021). Myocarditis-induced Sudden Death after BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccination in Korea: Case Report Focusing on Histopathological Findings. *J Korean Med Sci*, *36*(40), e286. doi:10.3346/jkms.2021.36.e286. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34664804>
896. Chouchana, L., Blet, A., Al-Khalaf, M., Kafil, T. S., Nair, G., Robblee, J., . . . Liu, P. P. (2021). Features of Inflammatory Heart Reactions Following mRNA COVID-19 Vaccination at a Global Level. *Clin Pharmacol Ther*. doi:10.1002/cpt.2499. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34860360>
897. Chua, G. T., Kwan, M. Y. W., Chui, C. S. L., Smith, R. D., Cheung, E. C., Tian, T., . . . Ip, P. (2021). Epidemiology of Acute Myocarditis/Pericarditis in Hong Kong Adolescents Following Comirnaty Vaccination. *Clin Infect Dis*. doi:10.1093/cid/ciab989. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34849657>
898. Clarke, R., & Ioannou, A. (2021). Should T2 mapping be used in cases of recurrent myocarditis to differentiate between the acute inflammation and chronic scar? *J Pediatr*. doi:10.1016/j.jpeds.2021.12.026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34933012>
899. Colaneri, M., De Filippo, M., Licari, A., Marseglia, A., Maiocchi, L., Ricciardi, A., . . . Bruno, R. (2021). COVID vaccination and asthma exacerbation: might there be a link? *Int J Infect Dis*, *112*, 243-246. doi:10.1016/j.ijid.2021.09.026. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34547487>
900. Das, B. B., Kohli, U., Ramachandran, P., Nguyen, H. H., Greil, G., Hussain, T., . . . Khan, D. (2021). Myopericarditis after messenger RNA Coronavirus Disease 2019 Vaccination in Adolescents 12 to 18 Years of Age. *J Pediatr*, *238*, 26-32 e21. doi:10.1016/j.jpeds.2021.07.044. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34339728>
901. Das, B. B., Moskowitz, W. B., Taylor, M. B., & Palmer, A. (2021). Myocarditis and Pericarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination: What Do We Know So Far? *Children (Basel)*, *8*(7). doi:10.3390/children8070607. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34356586>
902. Deb, A., Abdelmalek, J., Iwuji, K., & Nugent, K. (2021). Acute Myocardial Injury Following COVID-19 Vaccination: A Case Report and Review of Current Evidence from Vaccine Adverse Events Reporting System Database. *J Prim Care Community Health*, *12*, 21501327211029230. doi:10.1177/21501327211029230. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34219532>
903. Dickey, J. B., Albert, E., Badr, M., Laraja, K. M., Sena, L. M., Gerson, D. S., . . .

- Aurigemina, G. P. (2021). A Series of Patients With Myocarditis Following SARS-CoV-2 Vaccination With mRNA-1279 and BNT162b2. *JACC Cardiovasc Imaging*, 14(9), 1862-1863. doi:10.1016/j.jcmg.2021.06.003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34246585>
904. Dimopoulou, D., Spyridis, N., Vartzelis, G., Tsolia, M. N., & Maritsi, D. N. (2021). Safety and tolerability of the COVID-19 mRNA-vaccine in adolescents with juvenile idiopathic arthritis on treatment with TNF-inhibitors. *Arthritis Rheumatol*. doi:10.1002/art.41977. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34492161>
905. Dimopoulou, D., Vartzelis, G., Dasoula, F., Tsolia, M., & Maritsi, D. (2021). Immunogenicity of the COVID-19 mRNA vaccine in adolescents with juvenile idiopathic arthritis on treatment with TNF inhibitors. *Ann Rheum Dis*. doi:10.1136/annrheumdis-2021221607. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34844930>
906. Ehrlich, P., Klingel, K., Ohlmann-Knafo, S., Huttinger, S., Sood, N., Pickuth, D., & Kindermann, M. (2021). Biopsy-proven lymphocytic myocarditis following first mRNA COVID-19 vaccination in a 40-year-old male: case report. *Clin Res Cardiol*, 110(11), 1855-1859. doi:10.1007/s00392-021-01936-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34487236>
907. El Sahly, H. M., Baden, L. R., Essink, B., Doblecki-Lewis, S., Martin, J. M., Anderson, E. J., . . . Group, C. S. (2021). Efficacy of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine at Completion of Blinded Phase. *N Engl J Med*, 385(19), 1774-1785. doi:10.1056/NEJMoa2113017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34551225>
908. Facetti, S., Giraldi, M., Vecchi, A. L., Rogiani, S., & Nassiacos, D. (2021). [Acute myocarditis in a young adult two days after Pfizer vaccination]. *G Ital Cardiol (Rome)*, 22(11), 891-893. doi:10.1714/3689.36746. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34709227>
909. Fazlollahi, A., Zahmatyar, M., Noori, M., Nejadghaderi, S. A., Sullman, M. J. M., Shekarriz-Foumani, R., . . . Safiri, S. (2021). Cardiac complications following mRNA COVID-19 vaccines: A systematic review of case reports and case series. *Rev Med Virol*, e2318. doi:10.1002/rmv.2318. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34921468>
910. Fazolo, T., Lima, K., Fontoura, J. C., de Souza, P. O., Hilario, G., Zorzetto, R., . . . Bonorino, C. (2021). Pediatric COVID-19 patients in South Brazil show abundant viral mRNA and strong specific anti-viral responses. *Nat Commun*, 12(1), 6844. doi:10.1038/s41467-021-27120-y. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34824230>
911. Fikenzer, S., & Laufs, U. (2021). Correction to: Response to Letter to the editors referring to Fikenzer, S., Uhe, T., Lavall, D., Rudolph, U., Falz, R., Busse, M., Hepp, P., & Laufs, U. (2020). Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. *Clinical research in cardiology: official journal of the German Cardiac Society*, 1-9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01704-y>. *Clin Res Cardiol*, 110(8), 1352. doi:10.1007/s00392-021-01896-x. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34170372>
912. Foltran, D., Delmas, C., Flumian, C., De Paoli, P., Salvo, F., Gautier, S., . . . Montastruc, F. (2021). Myocarditis and Pericarditis in Adolescents after First and Second doses of mRNA COVID-19 Vaccines. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*. doi:10.1093/ehjqcco/qcab090. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34849667>
913. Forgacs, D., Jang, H., Abreu, R. B., Hanley, H. B., Gattiker, J. L., Jefferson, A. M., & Ross, T. M. (2021). SARS-CoV-2 mRNA Vaccines Elicit Different Responses in Immunologically Naive and Pre-Immune Humans. *Front Immunol*, 12, 728021. doi:10.3389/fimmu.2021.728021. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34646267>
914. Furer, V., Eviatar, T., Zisman, D., Peleg, H., Paran, D., Levartovsky, D., . . . Elkayam, O. (2021). Immunogenicity and safety of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases and in the general population: a

- multicentre study. *Ann Rheum Dis*, 80(10), 1330-1338. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220647. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34127481>
915. Galindo, R., Chow, H., & Rongkavilit, C. (2021). COVID-19 in Children: Clinical Manifestations and Pharmacologic Interventions Including Vaccine Trials. *Pediatr Clin North Am*, 68(5), 961-976. doi:10.1016/j.pcl.2021.05.004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34538306>
916. Gargano, J. W., Wallace, M., Hadler, S. C., Langley, G., Su, J. R., Oster, M. E., . . . Oliver, S. E. (2021). Use of mRNA COVID-19 Vaccine After Reports of Myocarditis Among Vaccine Recipients: Update from the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, June 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 70(27), 977-982. doi:10.15585/mmwr.mm7027e2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34237049>
917. Gatti, M., Raschi, E., Moretti, U., Ardizzoni, A., Poluzzi, E., & Diemberger, I. (2021). Influenza Vaccination and Myo-Pericarditis in Patients Receiving Immune Checkpoint Inhibitors: Investigating the Likelihood of Interaction through the Vaccine Adverse Event Reporting System and VigiBase. *Vaccines (Basel)*, 9(1). doi:10.3390/vaccines9010019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33406694>
918. Gautam, N., Saluja, P., Fudim, M., Jambhekar, K., Pandey, T., & Al'Aref, S. (2021). A Late Presentation of COVID-19 Vaccine-Induced Myocarditis. *Cureus*, 13(9), e17890. doi:10.7759/cureus.17890. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34660088>
919. Gellad, W. F. (2021). Myocarditis after vaccination against covid-19. *BMJ*, 375, n3090. doi:10.1136/bmj.n3090. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34916217>
920. Greenhawt, M., Abrams, E. M., Shaker, M., Chu, D. K., Khan, D., Akin, C., . . . Golden, D. B. K. (2021). The Risk of Allergic Reaction to SARS-CoV-2 Vaccines and Recommended Evaluation and Management: A Systematic Review, Meta-Analysis, GRADE Assessment, and International Consensus Approach. *J Allergy Clin Immunol Pract*, 9(10), 3546-3567. doi:10.1016/j.jaip.2021.06.006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34153517>
921. Haaf, P., Kuster, G. M., Mueller, C., Berger, C. T., Monney, P., Burger, P., . . . Tanner, F. C. (2021). The very low risk of myocarditis and pericarditis after mRNA COVID-19 vaccination should not discourage vaccination. *Swiss Med Wkly*, 151, w30087. doi:10.4414/smw.2021.w30087. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34668687>
922. Hasnie, A. A., Hasnie, U. A., Patel, N., Aziz, M. U., Xie, M., Lloyd, S. G., & Prabhu, S. D. (2021). Perimyocarditis following first dose of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 (Moderna) vaccine in a healthy young male: a case report. *BMC Cardiovasc Disord*, 21(1), 375. doi:10.1186/s12872-021-02183-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34348657>
923. Hause, A. M., Gee, J., Baggs, J., Abara, W. E., Marquez, P., Thompson, D., . . . Shay, D. K. (2021). COVID-19 Vaccine Safety in Adolescents Aged 12-17 Years – United States, December 14, 2020-July 16, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 70(31), 1053-1058. doi:10.15585/mmwr.mm7031e1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34351881>
924. Helms, J. M., Ansteatt, K. T., Roberts, J. C., Kamatam, S., Foong, K. S., Labayog, J. S., & Tarantino, M. D. (2021). Severe, Refractory Immune Thrombocytopenia Occurring After SARS-CoV-2 Vaccine. *J Blood Med*, 12, 221-224. doi:10.2147/JBM.S307047. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33854395>
925. Hippisley-Cox, J., Patone, M., Mei, X. W., Saatci, D., Dixon, S., Khunti, K., . . . Coupland, C. A. C. (2021). Risk of thrombocytopenia and thromboembolism after covid-19 vaccination and SARS-CoV-2 positive testing: self-controlled case series study. *BMJ*, 374, n1931. doi:10.1136/bmj.n1931. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34446426>

926. Ho, J. S., Sia, C. H., Ngiam, J. N., Loh, P. H., Chew, N. W., Kong, W. K., & Poh, K. K. (2021). A review of COVID-19 vaccination and the reported cardiac manifestations. *Singapore Med J*. doi:10.11622/smedj.2021210. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34808708>
927. Iguchi, T., Umeda, H., Kojima, M., Kanno, Y., Tanaka, Y., Kinoshita, N., & Sato, D. (2021). Cumulative Adverse Event Reporting of Anaphylaxis After mRNA COVID-19 Vaccine (Pfizer-BioNTech) Injections in Japan: The First-Month Report. *Drug Saf*, 44(11), 1209-1214. doi:10.1007/s40264-021-01104-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34347278>
928. In brief: Myocarditis with the Pfizer/BioNTech and Moderna COVID-19 vaccines. (2021). *Med Lett Drugs Ther*, 63(1629), e9. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34544112><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34544112>
929. Ioannou, A. (2021a). Myocarditis should be considered in those with a troponin rise and unobstructed coronary arteries following Pfizer-BioNTech COVID-19 vaccination. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab231. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34463755>
930. Ioannou, A. (2021b). T2 mapping should be utilised in cases of suspected myocarditis to confirm an acute inflammatory process. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab326. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34931681>
931. Isaak, A., Feisst, A., & Luetkens, J. A. (2021). Myocarditis Following COVID-19 Vaccination. *Radiology*, 301(1), E378-E379. doi:10.1148/radiol.2021211766. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34342500>
932. Istampoulouoglou, I., Dimitriou, G., Spani, S., Christ, A., Zimmermanns, B., Koechlin, S., . . . Leuppi-Taegtmeyer, A. B. (2021). Myocarditis and pericarditis in association with COVID-19 mRNA-vaccination: cases from a regional pharmacovigilance centre. *Glob Cardiol Sci Pract*, 2021(3), e202118. doi:10.21542/gcsp.2021.18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34805376>
933. Jaafar, R., Boschi, C., Aherfi, S., Bancod, A., Le Bideau, M., Edouard, S., . . . La Scola, B. (2021). High Individual Heterogeneity of Neutralizing Activities against the Original Strain and Nine Different Variants of SARS-CoV-2. *Viruses*, 13(11). doi:10.3390/v13112177. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34834983>
934. Jain, S. S., Steele, J. M., Fonseca, B., Huang, S., Shah, S., Maskatia, S. A., . . . Grosse-Wortmann, L. (2021). COVID-19 Vaccination-Associated Myocarditis in Adolescents. *Pediatrics*, 148(5). doi:10.1542/peds.2021-053427. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34389692>
935. Jhaveri, R., Adler-Shohet, F. C., Blyth, C. C., Chiotos, K., Gerber, J. S., Green, M., . . . Zaoutis, T. (2021). Weighing the Risks of Perimyocarditis With the Benefits of SARS-CoV-2 mRNA Vaccination in Adolescents. *J Pediatric Infect Dis Soc*, 10(10), 937-939. doi:10.1093/jpids/piab061. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34270752>
936. Kaneta, K., Yokoi, K., Jojima, K., Kotooka, N., & Node, K. (2021). Young Male With Myocarditis Following mRNA-1273 Vaccination Against Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Circ J*. doi:10.1253/circj.CJ-21-0818. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34744118>
937. Kaul, R., Sreenivasan, J., Goel, A., Malik, A., Bandyopadhyay, D., Jin, C., . . . Panza, J. A. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination. *Int J Cardiol Heart Vasc*, 36,

100872. doi:10.1016/j.ijcha.2021.100872. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34568540>
938. Khogali, F., & Abdelrahman, R. (2021). Unusual Presentation of Acute Perimyocarditis Following SARS-COV-2 mRNA-1237 Moderna Vaccination. *Cureus*, *13*(7), e16590. doi:10.7759/cureus.16590. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34447639>
939. Kim, H. W., Jenista, E. R., Wendell, D. C., Azevedo, C. F., Campbell, M. J., Darty, S. N., . . . Kim, R. J. (2021). Patients With Acute Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccination. *JAMA Cardiol*, *6*(10), 1196-1201. doi:10.1001/jamacardio.2021.2828. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34185046>
940. Kim, I. C., Kim, H., Lee, H. J., Kim, J. Y., & Kim, J. Y. (2021). Cardiac Imaging of Acute Myocarditis Following COVID-19 mRNA Vaccination. *J Korean Med Sci*, *36*(32), e229. doi:10.3346/jkms.2021.36.e229. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34402228>
941. King, W. W., Petersen, M. R., Matar, R. M., Budweg, J. B., Cuervo Pardo, L., & Petersen, J. W. (2021). Myocarditis following mRNA vaccination against SARS-CoV-2, a case series. *Am Heart J Plus*, *8*, 100042. doi:10.1016/j.ahjo.2021.100042. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34396358>
- Klein, N. P., Lewis, N., Goddard, K., Fireman, B., Zerbo, O., Hanson, K. E., . . . Weintraub, E. S. (2021). Surveillance for Adverse Events After COVID-19 mRNA Vaccination. *JAMA*, *326*(14), 1390-1399. doi:10.1001/jama.2021.15072. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34477808>
942. Klimek, L., Bergmann, K. C., Brehler, R., Pfutzner, W., Zuberbier, T., Hartmann, K., . . . Worm, M. (2021). Practical handling of allergic reactions to COVID-19 vaccines: A position paper from German and Austrian Allergy Societies AeDA, DGAKI, GPA and OGAI. *Allergo J Int*, 1-17. doi:10.1007/s40629-021-00165-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33898162>
943. Klimek, L., Novak, N., Hamelmann, E., Werfel, T., Wagenmann, M., Taube, C., . . . Worm, M. (2021). Severe allergic reactions after COVID-19 vaccination with the Pfizer/BioNTech vaccine in Great Britain and USA: Position statement of the German Allergy Societies: Medical Association of German Allergologists (AeDA), German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI) and Society for Pediatric Allergology and Environmental Medicine (GPA). *Allergo J Int*, *30*(2), 51-55. doi:10.1007/s40629-020-00160-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33643776>
944. Kohli, U., Desai, L., Chowdhury, D., Harahsheh, A. S., Yonts, A. B., Ansong, A., . . . Ang, J. Y. (2021). mRNA Coronavirus-19 Vaccine-Associated Myopericarditis in Adolescents: A Survey Study. *J Pediatr*. doi:10.1016/j.jpeds.2021.12.025. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34952008>
945. Kostoff, R. N., Calina, D., Kanduc, D., Briggs, M. B., Vlachoyiannopoulos, P., Svistunov, A. A., & Tsatsakis, A. (2021a). Erratum to “Why are we vaccinating children against COVID-19?” [Toxicol. Rep. 8C (2021) 1665-1684 / 1193]. *Toxicol Rep*, *8*, 1981. doi:10.1016/j.toxrep.2021.10.003. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34642628>
946. Kostoff, R. N., Calina, D., Kanduc, D., Briggs, M. B., Vlachoyiannopoulos, P., Svistunov, A. A., & Tsatsakis, A. (2021b). Why are we vaccinating children against COVID-19? *Toxicol Rep*, *8*, 1665-1684. doi:10.1016/j.toxrep.2021.08.010. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34540594>
947. Kremsner, P. G., Mann, P., Kroidl, A., Leroux-Roels, I., Schindler, C., Gabor, J. J., . . . Group, C.-N.-S. (2021). Safety and immunogenicity of an mRNA-lipid nanoparticle vaccine candidate against SARS-CoV-2 : A phase 1 randomized clinical trial. *Wien Klin Wochenschr*, *133*(17-18), 931-941. doi:10.1007/s00508-021-01922-

- y. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34378087>
- 948.Kustin, T., Harel, N., Finkel, U., Perchik, S., Harari, S., Tahor, M., . . . Stern, A. (2021). Evidence for increased breakthrough rates of SARS-CoV-2 variants of concern in BNT162b2-mRNA-vaccinated individuals. *Nat Med*, 27(8), 1379-1384. doi:10.1038/s41591-021-01413-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34127854>
- 949.Kwan, M. Y. W., Chua, G. T., Chow, C. B., Tsao, S. S. L., To, K. K. W., Yuen, K. Y., . . . Ip, P. (2021). mRNA COVID vaccine and myocarditis in adolescents. *Hong Kong Med J*, 27(5), 326-327. doi:10.12809/hkmj215120. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34393110>
- 950.Lee, E., Chew, N. W. S., Ng, P., & Yeo, T. J. (2021). Reply to “Letter to the editor: Myocarditis should be considered in those with a troponin rise and unobstructed coronary arteries following PfizerBioNTech COVID-19 vaccination”. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hcab232. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34463770>
- 951.Lee, E. J., Cines, D. B., Gernsheimer, T., Kessler, C., Michel, M., Tarantino, M. D., . . . Bussel, J. B. (2021). Thrombocytopenia following Pfizer and Moderna SARS-CoV-2 vaccination. *Am J Hematol*, 96(5), 534-537. doi:10.1002/ajh.26132. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33606296>
- 952.Levin, D., Shimon, G., Fadlon-Derai, M., Gershovitz, L., Shovali, A., Sebbag, A., . . . Gordon, B. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination – A case series. *Vaccine*, 39(42), 6195-6200. doi:10.1016/j.vaccine.2021.09.004. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34535317>
- 953.Li, J., Hui, A., Zhang, X., Yang, Y., Tang, R., Ye, H., . . . Zhu, F. (2021). Safety and immunogenicity of the SARS-CoV-2 BNT162b1 mRNA vaccine in younger and older Chinese adults: a randomized, placebo-controlled, double-blind phase 1 study. *Nat Med*, 27(6), 1062-1070. doi:10.1038/s41591-021-01330-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33888900>
- 954.Li, M., Yuan, J., Lv, G., Brown, J., Jiang, X., & Lu, Z. K. (2021). Myocarditis and Pericarditis following COVID-19 Vaccination: Inequalities in Age and Vaccine Types. *J Pers Med*, 11(11). doi:10.3390/jpm11111106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34834458>
- 955.Lim, Y., Kim, M. C., Kim, K. H., Jeong, I. S., Cho, Y. S., Choi, Y. D., & Lee, J. E. (2021). Case Report: Acute Fulminant Myocarditis and Cardiogenic Shock After Messenger RNA Coronavirus Disease 2019 Vaccination Requiring Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation. *Front Cardiovasc Med*, 8, 758996. doi:10.3389/fcvm.2021.758996. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34778411>
- 956.Long, S. S. (2021). Important Insights into Myopericarditis after the Pfizer mRNA COVID-19 Vaccination in Adolescents. *J Pediatr*, 238, 5. doi:10.1016/j.jpeds.2021.07.057. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34332972>
- 957.Luk, A., Clarke, B., Dahdah, N., Ducharme, A., Krahn, A., McCrindle, B., . . . McDonald, M. (2021). Myocarditis and Pericarditis After COVID-19 mRNA Vaccination: Practical Considerations for Care Providers. *Can J Cardiol*, 37(10), 1629-1634. doi:10.1016/j.cjca.2021.08.001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34375696>
- 958.Madelon, N., Lauper, K., Breville, G., Sabater Royo, I., Goldstein, R., Andrey, D. O., . . . Eberhardt, C. S. (2021). Robust T cell responses in anti-CD20 treated patients following COVID-19 vaccination: a prospective cohort study. *Clin Infect Dis*. doi:10.1093/cid/ciab954. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34791081>
- 959.Mangat, C., & Milosavljevic, N. (2021). BNT162b2 Vaccination during Pregnancy

- Protects Both the Mother and Infant: Anti-SARS-CoV-2 S Antibodies Persistently Positive in an Infant at 6 Months of Age. *Case Rep Pediatr*, 2021, 6901131.
doi:10.1155/2021/6901131. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34676123>
960. Mark, C., Gupta, S., Punnett, A., Upton, J., Orkin, J., Atkinson, A., . . . Alexander, S. (2021). Safety of administration of BNT162b2 mRNA (Pfizer-BioNTech) COVID-19 vaccine in youths and young adults with a history of acute lymphoblastic leukemia and allergy to PEG-asparaginase. *Pediatr Blood Cancer*, 68(11), e29295.
doi:10.1002/pbc.29295. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34398511>
961. Martins-Filho, P. R., Quintans-Junior, L. J., de Souza Araujo, A. A., Sposato, K. B., Souza Tavares, C. S., Gurgel, R. Q., . . . Santos, V. S. (2021). Socio-economic inequalities and COVID-19 incidence and mortality in Brazilian children: a nationwide register-based study. *Public Health*, 190, 4-6.
doi:10.1016/j.puhe.2020.11.005. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33316478>
962. McLean, K., & Johnson, T. J. (2021). Myopericarditis in a previously healthy adolescent male following COVID-19 vaccination: A case report. *Acad Emerg Med*, 28(8), 918-921.
doi:10.1111/acem.14322. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34133825>
963. Mevorach, D., Anis, E., Cedar, N., Bromberg, M., Haas, E. J., Nadir, E., . . . Alroy-Preis, S. (2021). Myocarditis after BNT162b2 mRNA Vaccine against Covid-19 in Israel. *N Engl J Med*, 385(23), 2140-2149.
doi:10.1056/NEJMoa2109730. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34614328>
964. Minocha, P. K., Better, D., Singh, R. K., & Hoque, T. (2021). Recurrence of Acute Myocarditis Temporally Associated with Receipt of the mRNA Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccine in a Male Adolescent. *J Pediatr*, 238, 321-323.
doi:10.1016/j.jpeds.2021.06.035. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34166671>
965. Mizrahi, B., Lotan, R., Kalkstein, N., Peretz, A., Perez, G., Ben-Tov, A., . . . Patalon, T. (2021). Correlation of SARS-CoV-2-breakthrough infections to time-from-vaccine. *Nat Commun*, 12(1), 6379. doi:10.1038/s41467-021-26672-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34737312>
966. Moffitt, K., Cheung, E., Yeung, T., Stamoulis, C., & Malley, R. (2021). Analysis of Staphylococcus aureus Transcriptome in Pediatric Soft Tissue Abscesses and Comparison to Murine Infections. *Infect Immun*, 89(4). doi:10.1128/IAI.00715-20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33526560>
967. Mohamed, L., Madsen, A. M. R., Schaltz-Buchholzer, F., Ostfeld, A., Netea, M. G., Benn, C. S., & Kofoed, P. E. (2021). Reactivation of BCG vaccination scars after vaccination with mRNA-Covid-vaccines: two case reports. *BMC Infect Dis*, 21(1), 1264.
doi:10.1186/s12879-021-06949-0. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34930152>
968. Montgomery, J., Ryan, M., Engler, R., Hoffman, D., McClenathan, B., Collins, L., . . . Cooper, L. T., Jr. (2021). Myocarditis Following Immunization With mRNA COVID-19 Vaccines in Members of the US Military. *JAMA Cardiol*, 6(10), 1202-1206.
doi:10.1001/jamacardio.2021.2833. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34185045>
969. Murakami, Y., Shinohara, M., Oka, Y., Wada, R., Noike, R., Ohara, H., . . . Ikeda, T. (2021). Myocarditis Following a COVID-19 Messenger RNA Vaccination: A Japanese Case Series. *Intern Med*. doi:10.2169/internalmedicine.8731-21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34840235>
970. Nagasaka, T., Koitabashi, N., Ishibashi, Y., Aihara, K., Takama, N., Ohyama, Y., . . . Kaneko, Y. (2021). Acute Myocarditis Associated with COVID-19 Vaccination: A Case Report. *J Cardiol Cases*.

- doi:10.1016/j.jccase.2021.11.006. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34876937>
- 971.Ntouros, P. A., Vlachogiannis, N. I., Pappa, M., Nezos, A., Mavragani, C. P., Tektonidou, M. G., . . . Sfikakis, P. P. (2021). Effective DNA damage response after acute but not chronic immune challenge: SARS-CoV-2 vaccine versus Systemic Lupus Erythematosus. *Clin Immunol*, 229, 108765. doi:10.1016/j.clim.2021.108765. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34089859>
- 972.Nygaard, U., Holm, M., Bohnstedt, C., Chai, Q., Schmidt, L. S., Hartling, U. B., . . . Stensballe, L. G. (2022). Population-based Incidence of Myopericarditis After COVID-19 Vaccination in Danish Adolescents. *Pediatr Infect Dis J*, 41(1), e25-e28. doi:10.1097/INF.0000000000003389. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34889875>
- 973.Oberhardt, V., Luxenburger, H., Kemming, J., Schulien, I., Ciminski, K., Giese, S., . . . Hofmann, M. (2021). Rapid and stable mobilization of CD8(+) T cells by SARS-CoV-2 mRNA vaccine. *Nature*, 597(7875), 268-273. doi:10.1038/s41586-021-03841-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34320609>
- 974.Park, H., Yun, K. W., Kim, K. R., Song, S. H., Ahn, B., Kim, D. R., . . . Kim, Y. J. (2021). Epidemiology and Clinical Features of Myocarditis/Pericarditis before the Introduction of mRNA COVID-19 Vaccine in Korean Children: a Multicenter Study. *J Korean Med Sci*, 36(32), e232. doi:10.3346/jkms.2021.36.e232. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34402230>
- 975.Park, J., Brekke, D. R., & Bratincsak, A. (2021). Self-limited myocarditis presenting with chest pain and ST segment elevation in adolescents after vaccination with the BNT162b2 mRNA vaccine. *Cardiol Young*, 1-4. doi:10.1017/S1047951121002547. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34180390>
- 976.Patel, Y. R., Louis, D. W., Atalay, M., Agarwal, S., & Shah, N. R. (2021). Cardiovascular magnetic resonance findings in young adult patients with acute myocarditis following mRNA COVID-19 vaccination: a case series. *J Cardiovasc Magn Reson*, 23(1), 101. doi:10.1186/s12968-021-00795-4. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34496880>
- 977.Patone, M., Mei, X. W., Handunnetthi, L., Dixon, S., Zaccardi, F., Shankar-Hari, M., . . . Hippisley-Cox, J. (2021). Risks of myocarditis, pericarditis, and cardiac arrhythmias associated with COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection. *Nat Med*. doi:10.1038/s41591-021-01630-0. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34907393>
- 978.Patrignani, A., Schicchi, N., Calcagnoli, F., Falchetti, E., Ciampani, N., Argalia, G., & Mariani, A. (2021). Acute myocarditis following Comirnaty vaccination in a healthy man with previous SARS-CoV-2 infection. *Radiol Case Rep*, 16(11), 3321-3325. doi:10.1016/j.radcr.2021.07.082. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34367386>
- 979.Perez, Y., Levy, E. R., Joshi, A. Y., Virk, A., Rodriguez-Porcel, M., Johnson, M., . . . Swift, M. D. (2021). Myocarditis Following COVID-19 mRNA Vaccine: A Case Series and Incidence Rate Determination. *Clin Infect Dis*. doi:10.1093/cid/ciab926. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34734240>
- 980.Perrotta, A., Biondi-Zoccai, G., Saade, W., Miraldi, F., Morelli, A., Marullo, A. G., . . . Peruzzi, M. (2021). A snapshot global survey on side effects of COVID-19 vaccines among healthcare professionals and armed forces with a focus on headache. *Panminerva Med*, 63(3), 324-331. doi:10.23736/S0031-0808.21.04435-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34738774>
- 981.Pinana, J. L., Lopez-Corral, L., Martino, R., Montoro, J., Vazquez, L., Perez, A., . . . Cell Therapy, G. (2022). SARS-CoV-2-reactive antibody detection after SARS-CoV-2 vaccination in hematopoietic stem cell transplant recipients: Prospective survey from the

- Spanish Hematopoietic Stem Cell Transplantation and Cell Therapy Group. *Am J Hematol*, 97(1), 30-42. doi:10.1002/ajh.26385. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34695229>
- 982.Revon-Riviere, G., Ninove, L., Min, V., Rome, A., Coze, C., Verschuur, A., . . . Andre, N. (2021). The BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine in adolescents and young adults with cancer: A monocentric experience. *Eur J Cancer*, 154, 30-34. doi:10.1016/j.ejca.2021.06.002. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34233234>
- 983.Sanchez Tijmes, F., Thavendiranathan, P., Udell, J. A., Seidman, M. A., & Hanneman, K. (2021). Cardiac MRI Assessment of Nonischemic Myocardial Inflammation: State of the Art Review and Update on Myocarditis Associated with COVID-19 Vaccination. *Radiol Cardiothorac Imaging*, 3(6), e210252. doi:10.1148/ryct.210252. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34934954>
- 984.Schauer, J., Buddhe, S., Colyer, J., Sagiv, E., Law, Y., Mallenahalli Chikkabyrappa, S., & Portman, M. A. (2021). Myopericarditis After the Pfizer Messenger Ribonucleic Acid Coronavirus Disease Vaccine in Adolescents. *J Pediatr*, 238, 317-320. doi:10.1016/j.jpeds.2021.06.083. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34228985>
- 985.Schneider, J., Sottmann, L., Greinacher, A., Hagen, M., Kasper, H. U., Kuhnen, C., . . . Schmeling, A. (2021). Postmortem investigation of fatalities following vaccination with COVID-19 vaccines. *Int J Legal Med*, 135(6), 2335-2345. doi:10.1007/s00414-021-02706-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34591186>
- 986.Schramm, R., Costard-Jackle, A., Rivinius, R., Fischer, B., Muller, B., Boeken, U., . . . Gummert, J. (2021). Poor humoral and T-cell response to two-dose SARS-CoV-2 messenger RNA vaccine BNT162b2 in cardiothoracic transplant recipients. *Clin Res Cardiol*, 110(8), 1142-1149. doi:10.1007/s00392-021-01880-5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34241676>
- 987.Sessa, F., Salerno, M., Esposito, M., Di Nunno, N., Zamboni, P., & Pomara, C. (2021). Autopsy Findings and Causality Relationship between Death and COVID-19 Vaccination: A Systematic Review. *J Clin Med*, 10(24). doi:10.3390/jcm10245876. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34945172>
- 988.Sharif, N., Alzahrani, K. J., Ahmed, S. N., & Dey, S. K. (2021). Efficacy, Immunogenicity and Safety of COVID-19 Vaccines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Immunol*, 12, 714170. doi:10.3389/fimmu.2021.714170. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34707602>
- 989.Shay, D. K., Gee, J., Su, J. R., Myers, T. R., Marquez, P., Liu, R., . . . Shimabukuro, T. T. (2021). Safety Monitoring of the Janssen (Johnson & Johnson) COVID-19 Vaccine – United States, March–April 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 70(18), 680-684. doi:10.15585/mmwr.mm7018e2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33956784>
- 990.Shazley, O., & Alshazley, M. (2021). A COVID-Positive 52-Year-Old Man Presented With Venous Thromboembolism and Disseminated Intravascular Coagulation Following Johnson & Johnson Vaccination: A Case-Study. *Cureus*, 13(7), e16383. doi:10.7759/cureus.16383. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34408937>
- 991.Shiyovich, A., Witberg, G., Aviv, Y., Eisen, A., Orvin, K., Wiessman, M., . . . Hamdan, A. (2021). Myocarditis following COVID-19 vaccination: magnetic resonance imaging study. *Eur Heart J Cardiovasc Imaging*. doi:10.1093/ehjci/jeab230. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34739045>
- 992.Simone, A., Herald, J., Chen, A., Gulati, N., Shen, A. Y., Lewin, B., & Lee, M. S. (2021). Acute Myocarditis Following COVID-19 mRNA Vaccination in Adults Aged 18 Years or Older. *JAMA Intern Med*, 181(12), 1668-1670.

- doi:10.1001/jamainternmed.2021.5511. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34605853>
993. Singer, M. E., Taub, I. B., & Kaelber, D. C. (2021). Risk of Myocarditis from COVID-19 Infection in People Under Age 20: A Population-Based Analysis. *medRxiv*. doi:10.1101/2021.07.23.21260998. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34341797>
994. Smith, C., Odd, D., Harwood, R., Ward, J., Linney, M., Clark, M., . . . Fraser, L. K. (2021). Deaths in children and young people in England after SARS-CoV-2 infection during the first pandemic year. *Nat Med*. doi:10.1038/s41591-021-01578-1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34764489>
995. Snapiri, O., Rosenberg Danziger, C., Shirman, N., Weissbach, A., Lowenthal, A., Ayalon, I., . . . Bilavsky, E. (2021). Transient Cardiac Injury in Adolescents Receiving the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. *Pediatr Infect Dis J*, 40(10), e360-e363. doi:10.1097/INF.0000000000003235. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34077949>
996. Spinner, J. A., Julien, C. L., Olayinka, L., Dreyer, W. J., Bocchini, C. E., Munoz, F. M., & Devaraj, S. (2021). SARS-CoV-2 anti-spike antibodies after vaccination in pediatric heart transplantation: A first report. *J Heart Lung Transplant*. doi:10.1016/j.healun.2021.11.001. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34911654>
997. Starekova, J., Bluemke, D. A., Bradham, W. S., Grist, T. M., Schiebler, M. L., & Reeder, S. B. (2021). Myocarditis Associated with mRNA COVID-19 Vaccination. *Radiology*, 301(2), E409-E411. doi:10.1148/radiol.2021211430. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34282971>
998. Sulemankhil, I., Abdelrahman, M., & Negi, S. I. (2021). Temporal association between the COVID-19 Ad26.COV2.S vaccine and acute myocarditis: A case report and literature review. *Cardiovasc Revasc Med*. doi:10.1016/j.carrev.2021.08.012. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34420869>
999. Tailor, P. D., Feighery, A. M., El-Sabawi, B., & Prasad, A. (2021). Case report: acute myocarditis following the second dose of mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *Eur Heart J Case Rep*, 5(8), ytab319. doi:10.1093/ehjcr/ytab319. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34514306>
1000. Takeda, M., Ishio, N., Shoji, T., Mori, N., Matsumoto, M., & Shikama, N. (2021). Eosinophilic Myocarditis Following Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Vaccination. *Circ J*. doi:10.1253/circj.CJ-21-0935. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34955479>
1001. Team, C. C.-R., Food, & Drug, A. (2021). Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine – United States, December 14-23, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 70(2), 46-51. doi:10.15585/mmwr.mm7002e1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33444297>
1002. Thompson, M. G., Burgess, J. L., Naleway, A. L., Tyner, H., Yoon, S. K., Meece, J., . . . Gaglani, M. (2021). Prevention and Attenuation of Covid-19 with the BNT162b2 and mRNA-1273 Vaccines. *N Engl J Med*, 385(4), 320-329. doi:10.1056/NEJMoa2107058. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34192428>
1003. Tinoco, M., Leite, S., Faria, B., Cardoso, S., Von Hafe, P., Dias, G., . . . Lourenco, A. (2021). Perimyocarditis Following COVID-19 Vaccination. *Clin Med Insights Cardiol*, 15, 11795468211056634. doi:10.1177/11795468211056634. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34866957>
1004. Truong, D. T., Dionne, A., Muniz, J. C., McHugh, K. E., Portman, M. A., Lambert, L. M., . . . Newburger, J. W. (2021). Clinically Suspected Myocarditis Temporally Related to

- COVID-19 Vaccination in Adolescents and Young Adults. *Circulation*. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.056583. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34865500>
1005. Tutor, A., Unis, G., Ruiz, B., Bolaji, O. A., & Bob-Manuel, T. (2021). Spectrum of Suspected Cardiomyopathy Due to COVID-19: A Case Series. *Curr Probl Cardiol*, 46(10), 100926. doi:10.1016/j.cpcardiol.2021.100926. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34311983>
1006. Umei, T. C., Kishino, Y., Shiraishi, Y., Inohara, T., Yuasa, S., & Fukuda, K. (2021). Recurrence of myopericarditis following mRNA COVID-19 vaccination in a male adolescent. *CJC Open*. doi:10.1016/j.cjco.2021.12.002. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34904134>
1007. Vidula, M. K., Ambrose, M., Glassberg, H., Chokshi, N., Chen, T., Ferrari, V. A., & Han, Y. (2021). Myocarditis and Other Cardiovascular Complications of the mRNA-Based COVID-19 Vaccines. *Cureus*, 13(6), e15576. doi:10.7759/cureus.15576. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34277198>
1008. Visclosky, T., Theyyuni, N., Klekowski, N., & Bradin, S. (2021). Myocarditis Following mRNA COVID-19 Vaccine. *Pediatr Emerg Care*, 37(11), 583-584. doi:10.1097/PEC.0000000000002557. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34731877>
1009. Warren, C. M., Snow, T. T., Lee, A. S., Shah, M. M., Heider, A., Blomkalns, A., . . . Nadeau, K. C. (2021). Assessment of Allergic and Anaphylactic Reactions to mRNA COVID-19 Vaccines With Confirmatory Testing in a US Regional Health System. *JAMA Netw Open*, 4(9), e2125524. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.25524. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34533570>
1010. Watkins, K., Griffin, G., Septaric, K., & Simon, E. L. (2021). Myocarditis after BNT162b2 vaccination in a healthy male. *Am J Emerg Med*, 50, 815 e811-815 e812. doi:10.1016/j.ajem.2021.06.051. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34229940>
1011. Weitzman, E. R., Sherman, A. C., & Levy, O. (2021). SARS-CoV-2 mRNA Vaccine Attitudes as Expressed in U.S. FDA Public Commentary: Need for a Public-Private Partnership in a Learning Immunization System. *Front Public Health*, 9, 695807. doi:10.3389/fpubh.2021.695807. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34336774>
1012. Welsh, K. J., Baumblatt, J., Chege, W., Goud, R., & Nair, N. (2021). Thrombocytopenia including immune thrombocytopenia after receipt of mRNA COVID-19 vaccines reported to the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS). *Vaccine*, 39(25), 3329-3332. doi:10.1016/j.vaccine.2021.04.054. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34006408>
1013. Witberg, G., Barda, N., Hoss, S., Richter, I., Wiessman, M., Aviv, Y., . . . Kornowski, R. (2021). Myocarditis after Covid-19 Vaccination in a Large Health Care Organization. *N Engl J Med*, 385(23), 2132-2139. doi:10.1056/NEJMoa2110737. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34614329>
1014. Zimmermann, P., & Curtis, N. (2020). Why is COVID-19 less severe in children? A review of the proposed mechanisms underlying the age-related difference in severity of SARS-CoV-2 infections. *Arch Dis Child*. doi:10.1136/archdischild-2020-320338. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33262177>

- Leerseite -



Die Kasse fürs Leben.

BKK ProVita - 85217 Bergkirchen

Paul-Ehrlich-Institut
Prof. Dr. Klaus Cichutek
Paul-Ehrlich-Str. 51 - 59
63225 Langen

Es betreut Sie:
Andreas Schöfbeck
Münchner Weg 5
85232 Bergkirchen
T 08131/6133-1000
F 08131/6133-91000
Andreas.Schoefbeck@bkk-provita.de

21.02.2022

Heftiges Warnsignal bei codierten Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Cichutek,

das Paul Ehrlich Institut hat mittels Pressemitteilung bekannt gegeben, dass für das Kalenderjahr 2021 244.576 Verdachtsfälle für Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung gemeldet wurden.

Die unserem Haus vorliegenden Daten geben uns Grund zu der Annahme, dass es eine sehr erhebliche Untererfassung von Verdachtsfällen für Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung gibt. Dazu füge ich meinem Schreiben eine Auswertung bei.

Datengrundlage für unsere Auswertung sind die Abrechnungsdaten der Ärzte. Unsere Stichprobe erfolgt aus dem anonymisierten Datenbestand der Betriebskrankenkassen. Die Stichprobe umfasst 10.937.716 Versicherte. Uns liegen bisher die Abrechnungsdaten der Ärzte für das erste Halbjahr 2021 und circa zur Hälfte für das dritte Quartal 2021 vor. Unsere Abfrage beinhaltet die gültigen ICD-Codes für Impfnebenwirkungen. Diese Auswertung hat ergeben, obwohl uns noch nicht die kompletten Daten für 2021 vorliegen, dass wir anhand der vorliegenden Zahlen jetzt schon von 216.695 behandelten Fällen von Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung aus dieser Stichprobe ausgehen. Wenn diese Zahlen auf das Gesamtjahr und auf die Bevölkerung in Deutschland hochgerechnet werden, sind vermutlich 2,5-3 Millionen Menschen in Deutschland wegen Impfnebenwirkungen nach Corona Impfung in ärztlicher Behandlung gewesen.

Das sehen wir als erhebliches Alarmsignal an, das unbedingt beim weiteren Einsatz der Impfstoffe berücksichtigt werden muss. Die Zahlen können in unseren Augen relativ leicht und auch kurzfristig validiert werden, indem die anderen Kassenarten (AOKen, Ersatzkrankenkassen etc.) um eine entsprechende Auswertung der ihnen vorliegenden Daten gebeten werden. Hochgerechnet auf die Anzahl der geimpften Menschen in Deutschland bedeutet dies, dass circa 4-5 % der geimpften Menschen wegen Impfnebenwirkungen in ärztlicher Behandlung waren.

In unseren Augen liegt eine erhebliche Untererfassung der Impfn Nebenwirkungen vor. Es ist ein wichtiges Anliegen die Ursachen hierfür kurzfristig auszumachen. Unsere erste Vermutung ist, dass, da keine Vergütung für die Meldung von Impfn Nebenwirkungen bezahlt wird, eine Meldung an das Paul Ehrlich Institut wegen des großen Aufwandes vielfach unterbleibt. Ärzte haben uns berichtet, dass die Meldung eines Impfschadenverdachtsfalls circa eine halbe Stunde Zeit in Anspruch nimmt. Das bedeutet, dass 3 Millionen Verdachtsfälle auf Impfn Nebenwirkungen circa 1,5 Millionen Arbeitsstunden von Ärztinnen und Ärzten erfordern. Das wäre nahezu die jährliche Arbeitsleistung von 1000 Ärztinnen und Ärzten. Dies sollte ebenso kurzfristig geklärt werden. Deshalb ergeht eine Durchschrift dieses Schreibens auch an die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung.

Der GKV-Spitzenverband erhält ebenso eine Abschrift dieses Schreibens mit der Bitte entsprechende Datenanalysen bei sämtlichen Krankenkassen einzuholen.

Da Gefahr für das Leben von Menschen nicht ausgeschlossen werden kann, bitten wir Sie um eine Rückäußerung über die veranlassten Maßnahmen bis 22.2.2022 18:00 Uhr.

Mit freundlichen Grüßen



Andreas Schöfbeck
Vorstand

Das Schreiben ergeht durchschriftlich ebenso an:
GKV-Spitzenverband
Bundesärztekammer
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Ständige Impfkommission
BKK Dachverband

BKK ProVita

Nach Kassen-Kritik an Impfnutzenwirkungszahlen: „Wir müssen ihn sofort entfernen“

Warum wurde der Vorstand der BKK ProVita entlassen, noch bevor er sich mit dem PEI austauschen konnte? Ein Mitglied des Verwaltungsrats übt scharfe Kritik.

Ruth Schneeberger, 2.3.2022 - 16:26 Uhr

[Artikel anhören](#)



Imago

Diesmal geht es nicht nur um einen Pils – der Vorstand der BKK ProVita wurde fristlos entlassen. Warum?

Was ist los bei der Krankenkasse BKK ProVita? Nachdem sich vergangene Woche ihr Vorstand Andreas Schöpfbeck mit einem spektakulären Schreiben an die Öffentlichkeit gewandt hatte, hatten sich eigentlich am Dienstag Schöpfbeck und PEI zum Austausch ihrer Daten treffen sollen. Doch dazu kam es

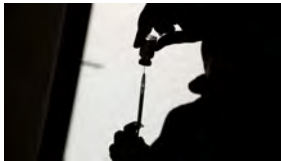
nicht. Weil die Krankenkasse ihren Vorstand noch vor dem geplanten Treffen am Dienstag [fristlos entlassen hat](#).

„Das war wie eine Hexenjagd“, berichtete der Berliner Zeitung einer, der dabei war: Verwaltungsratsmitglied Marco Altinger ([mehr hier](#)). Der bayerische FDP-Politiker und Unternehmer ist seit Jahren ehrenamtliches Mitglied im Verwaltungsrat der BKK ProVita und hat nach eigenen Aussagen am Dienstag zusammen mit zwei weiteren Mitgliedern dagegen gestimmt, Schöfbeck mit sofortiger Wirkung von seinen Aufgaben zu entbinden. Doch 13 weitere Verwaltungsratsmitglieder seien sich einig gewesen, Schöfbeck zu entlassen. Und die Amtsenthebungsurkunde sei auch schon vorbereitet gewesen, sagt Altinger:



Kommentar

Wer etwas gegen die Impfung sagt, ist raus



Pandemie

Kritik an Zahlen von Nebenwirkungen: BKK-Chef fristlos entlassen



Statistiken zu Corona

Impffolgen: Paul-Ehrlich-Institut will Zahlen der BKK analysieren

Am Mittwoch vergangener Woche war das Thema durch die Medien gegangen und hatte sogleich für erhitzte Gemüter gesorgt: Der Vorstand der Betriebskrankenkasse ProVita mit Sitz nahe München hatte in seinem Brief ans PEI von einem „heftigen Warnsignal bei codierten Impfnutzenwirkungen nach Corona-Impfungen“ gesprochen und die Daten seiner eigenen Krankenkasse mit denen aller deutschen Betriebskrankenkassen in einer Datenanalyse erhoben sowie auf alle Deutschen hochgerechnet. Demnach müsste es rund drei Millionen Menschen mit Impfnutzenwirkungen geben. Das PEI erfasse aber nur 250.000.

Eine Erklärung für diese Differenz lautet: Die BKK-Provita-Erhebung umfasst auch milde und erwartbare

Impfreaktionen, etwa wenn ein Patient wegen Unwohlsein nach einer Corona-Impfung eine kurze Krankschreibung benötigt. Solche Symptome sind aber nach dem Infektionsschutzgesetz nicht meldepflichtig beim PEI.



Doch die Statistiken des BKK-ProVita-Vorstands sind bereits von der Internetseite gelöscht, offenbar soll nichts mehr an Schöfbeck erinnern, der 21 Jahre lang die Geschicke seiner Krankenkasse als Vorstand geleitet hat. Denn der Tenor bei der Verwaltungsratssitzung am Dienstag lautete: Schöfbeck schade dem Unternehmen.

Die Sitzung, zu der bereits vergangenen Donnerstag geladen wurde, ging am Dienstag von 10 bis 13 Uhr und fand anfangs ohne Schöfbeck statt. Auch die stellvertretenden Verwaltungsratsmitglieder wurden ausgeladen. Für Marco Altinger war es eine „rein emotional stimmungsgeladene Sitzung“. Es sei gar nicht um eine sachliche Diskussion zum Thema Impfnebenwirkungen gegangen, sondern ausschließlich darum, Schöfbeck noch am selben Tag loszuwerden, vor allem mit, wie er es sagt, „unsachlichen, emotionalen“ Begründungen. Schöfbeck sei als Impfgegner dargestellt worden. Seine Aktion, so sehe es die BKK ProVita, habe vor allem Beifall bei Querdenkern und AfD-Wählern ausgelöst. Es sei auch darüber diskutiert worden, dass man ihn nun zum Märtyrer der Impfgegner mache. Doch wenn man ihn nicht entlasse, habe man „die Massen“ gegen sich.



Kommentar

Impfnebenwirkungen: Peinliches Gegeifere um den Brief der Krankenkasse

Der FDP-Politiker wirkt schockiert und will nun aus dem Verwaltungsrat austreten. Schon nach der Einladung am Donnerstag habe der stellvertretende Verwaltungsratsvorsitzende Manfred Ries zu ihm über Schöfbeck gesagt: „Wir müssen ihn sofort entfernen.“ Schöfbeck sei dann am Dienstag nach einer Stunde in die Sitzung geladen worden und habe sich etwa 15 Minuten lang verteidigen dürfen. Er habe sachlich davon berichtet, dass die BKK übers Wochenende etwa 150 neue Mitglieder gewonnen habe, so viele Menschen wie nie hätten sich die Präsentationen der Kasse angeschaut. Und kein Einziger sei ausgetreten. Er habe auch eine Einigung im Guten vorgeschlagen. Doch all das habe „niemanden mehr interessiert“. Schöfbeck sei danach aus der Teamssitzung einfach weggeschaltet worden.



ANZEIGE

Tinnitus Research

Arzt: Wenn Sie Tinnitus (Ohrgeräusche) haben, tun Sie dies sofort!

Empfohlen von

Die BKK ProVita selbst gibt an, zu den Vorgängen aus „Gründen des Persönlichkeitsschutzes“ nichts sagen zu wollen. Der geschasste Vorstand ist schon seit Dienstag unter seinen Firmenkontakten nicht mehr zu erreichen. Entgegenkommen wird diese fristlose Entlassung womöglich dem Vorsitzenden des ärztlichen Virchowbundes, Dirk Heinrich: Er hatte in einem Statement von „**peinlichem Unwissen oder hinterlistiger Täuschungsabsicht**“ der „Schwurbel-BKK“ gesprochen.



Kompakt. Kritisch. Kompetent.

Was Sie als Politiker und Bürger über mRNA-Vakzine und Impfrisiken wissen und nachfragen sollten

*Liebe Nachbarin,
Lieber Nachbar,*

„Was dem Einzelnen nicht möglich, das vermögen viele!“

(Friedrich Wilhelm Raiffeisen)



Doppelt, dreifach, vierfach geimpft und doch krank und ansteckend. Große Risiken der Impfungen nachgewiesen! Freie Entscheidung über Impfung für jeden!

14. März 2022

Liebe Nachbarin, lieber Nachbar,

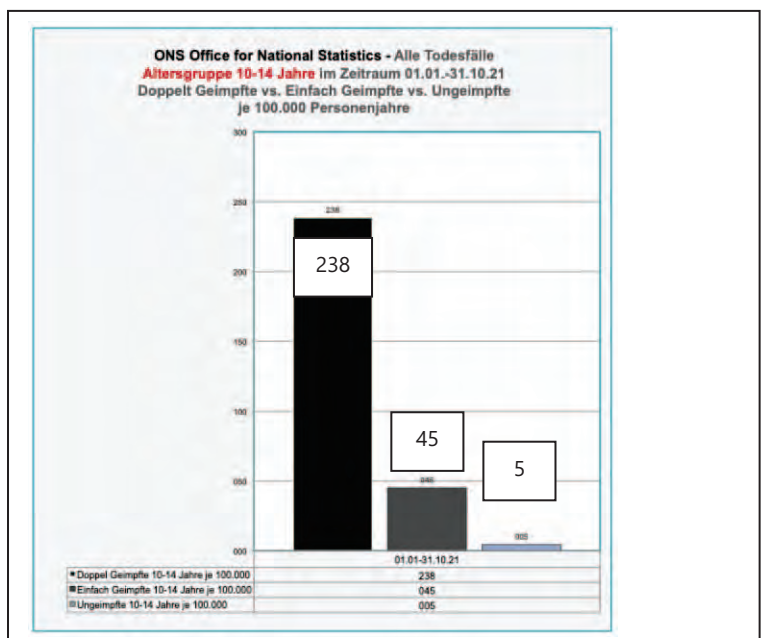
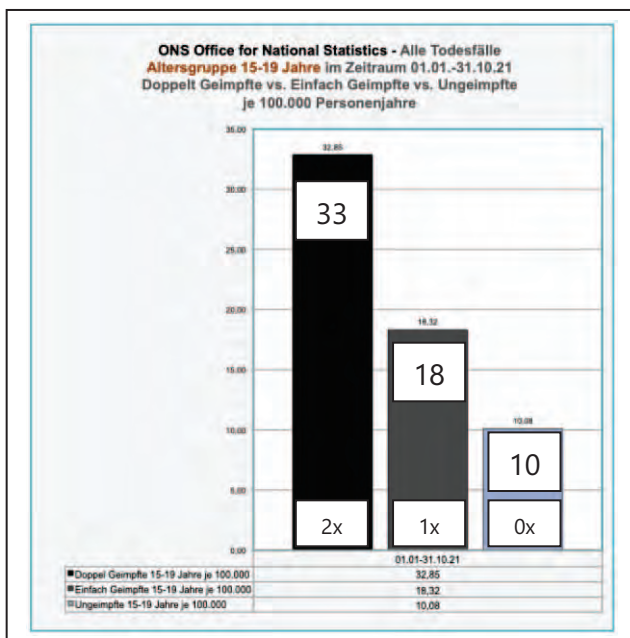
wundern Sie sich auch, dass Sie immer mehr Personen kennen, die trotz eines vorbildlichen regierungstreuen Verhaltens mit doppelt und dreifach Impfung an Corona erkrankt sind? Wenn Sie seriöse, kritische Fakten lesen wollen, dann lesen Sie weiter.

Nun haben sich immer mehr Eltern verleiten lassen Ihre Kinder auch noch mit dem experimentellen mRNA-Impfstoff zu spritzen. Wie hoch ist die tatsächliche Gefahr als junger Mensch an Corona schwer zu erkranken oder zu sterben? Das muss abgewogen werden mit den Impfrisiken, richtig? Schauen wir uns die OFFIZIELLEN STAATLICHEN STATISTIKEN an:

Hochrisiko Impfung!! Geimpfte Jugendliche (10-19 J.) sterben öfters als Ungeimpfte!

Die doppelt geimpften 15-19 Jährigen (linkes Bild, linke Säule) sterben dreimal häufiger als die Ungeimpften!

Die doppelt geimpften 10-14 Jährigen (rechtes Bild, linke Säule) sterben ohne Impfung sehr selten, aber es gibt nun mehr Tote nach Impfungen. Die Todesursache der geimpften Kinder und Jugendlichen hat unterschiedliche Diagnosen. Die gestiegenen Herzerkrankungen und Krebserkrankungen sind nur einige unter vielen. Die nicht gemeldeten Fälle sind 10-100 mal höher laut WHO-Studien. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/deathsbyvaccinationstatusengland>



Bürger wehren sich – In 3000 Städten protestieren 100.000nde Bürger

Die Demonstranten sind zu 99% friedliche Jugendliche, Mütter, Väter, Großmütter und Großväter, die sich Sorgen um unsere Demokratie machen. In der Presse, Radio oder Fernsehen, werden die Demonstrationen verschwiegen oder es wird abfällig darüber berichtet. Jede kritische Auseinandersetzung wird unterbunden. Kritiker werden diskriminiert, darunter auch viele hochangesehene Wissenschaftler und Ärzte. Ungeimpfte werden ausgegrenzt. Kindern werden Schuldgefühle eingeredet. Eltern werden genötigt, Geschäftsleute in den Ruin getrieben; u.v.a.m. Immer mehr Bürger merken, dass etwas gewaltig in die falsche Richtung läuft. Wer anfängt Fragen zu stellen, erkennt schnell, dass die Fakten zum Himmel schreien und staatlich verantwortliche Kontroll-Instanzen versagen! Immer mehr Bürger sind enttäuscht und informieren sich unabhängig von staatlichen Stellen.

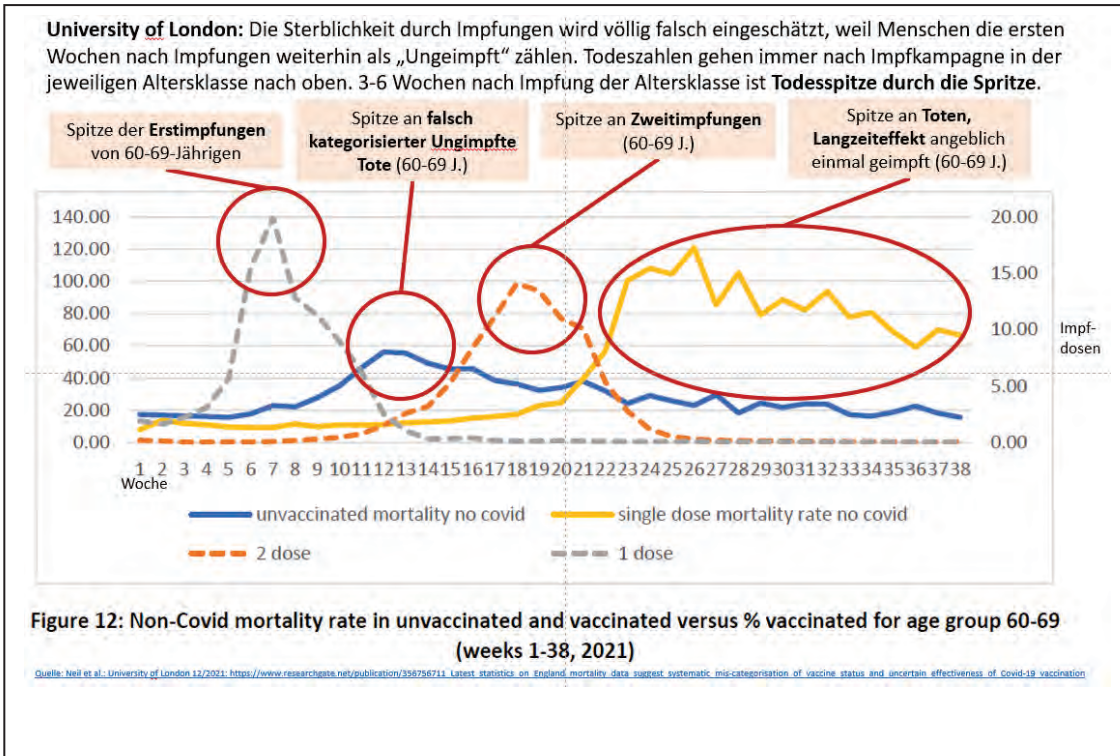
Es läuft die größte Bürgerbewegung Deutschlands...Friedlich...Dialogbereit!



1000nde Ärzte und Wissenschaftler stehen auf, werden dafür geteert + gefedert

Das Verbundnetzwerk von Ärztinitiativen www.corona-solution.com informiert über evidenzbasierte Fakten, die verschwiegen werden und von jedem eigenständig nachgeprüft werden können. Die Experten informieren, warum Sie keine Angst vor Corona oder anderen Viren haben brauchen, wenn Sie RICHTIG vorbeugen. **SCHUTZ OHNE NEBENWIRKUNGEN DER mRNA-IMPFUNGEN.** Folgende renommierte ehrhaften Forscher wurden in ihren Hypothesen nie widerlegt, sondern bestätigt. Prüfen Sie nicht über Faktenchecker, sondern anhand der Vita z.B. Prof. Dr. Dr. Haditsch, Prof. Streeck, Prof. S. Bhakdi, Dr. W. Wodarg (Aufdecker des Schweinegrippe-skandals, damals SPD), Dr. Robert Malone (Erfinder von mRNA-Impfstoffen), Dr. Michael Yeadon (der Ex-Pfizer-Forschungschef). Alles ist genauso eingetreten, wie vor 1,5 Jahren vorhergesagt. **Die Vorhersagen für die Zukunft sollten Sie besser kennen und aktiv werden.** Die Ärzte und Wissenschaftler bekamen ebenso wie Richter, Staatsanwälte Hausdurchsuchungen, verloren teilweise den Arbeitsplatz, die Zulassung. Doch sie machen weiter, aktiver als zuvor. Das Ausmaß an Ungerechtigkeit und Gefahr für unseren bisherigen Rechtsstaat ist zu groß, meinen auch die **Partner von Anwälte für Aufklärung.**

Geimpfte Erwachsene und Rentner sterben häufiger als Ungeimpfte. STOP DIE IMPFPFLICHT!



Analysen der University of London im Dezember 2021 und zusätzliche Recherchen des Wissenschaftlers der Münchner Universität Prof. Christof Kuhbandner bestätigen den Verdacht vieler mRNA-Experten, dass diese Stoffe auch bei alten Menschen das Auftreten von schweren Erkrankungen und die Sterblichkeit insgesamt erhöht. Vorübergehende Liefer-Engpässe in der Impfstoff-Versorgung haben binnen kurzer Zeit einen Abfall der Sterberkurve zur Folge. Besondere Impf-Anstrengungen führten im Gegenzug in die Übersterblichkeit. Finden Sie nicht auch, dass das einer Antwort bedarf? Reaktion des RKI = NIX.

Der Originalartikel der Forscher von der University of London:

https://www.researchgate.net/publication/356756711_Latest_statistics_on_England_mortality_data_suggest_systematic_mis-categorisation_of_vaccine_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination/link/61aa3d6750e22929cd4348cb/download

Geboosterte bis zu dreimal so häufig infiziert wie Ungeimpfte!

	Altersgruppe			
	5 bis 11 Jahre	12 bis 17 Jahre	18 bis 59 Jahre	60 Jahre und ältere
Symptomatische COVID-19-Fälle*	57.018	37.849	286.978	44.891
davon... ungeimpft	51.818	21.094	74.970	10.017
grundimmunisiert	4.956	12.497	77.957	6.921
mit Auffrischimpfung	244	4.258	134.051	27.953

RKI: „Im gesamten Zeitraum von MW 05/2021 – 09/ wurden insgesamt **1.176.529 Impfdurchbrüche** identifiziert.“ Wochenbericht vom 10.3.22, S. 26

Insbesondere die GEBOOSTERTEN SIND GEFÄHRDET! Dabei werden viele als Ungeimpfte gezählt, die tatsächlich bereits geimpft sind. **2G-Regelungen und Impfwang sind dreiste Diskriminierung!**

Im 8. Wochenbericht der **Impfstoffüberwachung des United Kingdom Government**, (S. 42-45), wird nachgewiesen, dass die Infektionsgefahr für mindestens dreifach Geimpfte um das 3-fache größer ist als für Ungeimpfte. Nimmt man die unter 18-Jährigen aus der Statistik, sind **91% der Infizierten geimpft! Macht dann Impfpflicht Sinn?!**

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1057599/Vaccine_surveillance_report_-_week-8.pdf

BKK-Abrechnungen: Hohe Risiken durch mRNA-Impfungen | Mach Mit!

Nach einer Analyse der knapp 11 Millionen Versichertendaten der BKK-Gruppe ist bestätigt, dass die vom Paul-Ehrlich-Institut veröffentlichten Zahlen der Nebenwirkungen viel zu niedrig sind. Wodurch kommt das? Manche Impfdosen haben eine um das 3000-fach höhere Nebenwirkungsquote! (Chemie-Professoren; Berliner Zeitung und international Dr. Yeadon).

Interesse? 1. Verbinde Dich mit uns friedlich, demokratisch. Treff uns zum Spaziergang 😊 2. Schreibe Deinem Politiker DER REGION. Musterbrief-Download: https://www.corona-solution.com/downloads/2022-03-14_politiker-brief.docx

Jeden _____ um _____ Uhr in _____ Adresse: _____



Bei Sauerstoffanschluss 50.000 Euro. Wie deutsche Kliniken in der Pandemie Kasse machten.

NachDenkseiten

14. März 2022 um 9:20 Ein Artikel von [Ralf Wurzbacher](#)

Für Deutschlands Klinikchefs war 2020 ein „goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung“. Nie davor gab es weniger zu tun und zugleich so viel zu „verdienen“. Die Bilanzen hat vor allem die Bundesregierung aufgemöbelt: mit großzügigen Prämien zum Bettenaufbau und Freihaltepauschalen. Von insgesamt über elf Milliarden Euro könnten allerdings große Teile widerrechtlich geflossen sein – als Förderung ohne Gegenleistung oder monetärer Anreiz zum Aufblähen der Auslastungsdaten. Gegen zwei Einrichtungen im Saarland setzte es jetzt eine Strafanzeige und auch andernorts treten die Gerichte in Aktion. Die Verantwortlichen waschen ihre Hände in Unschuld und Ex-Gesundheitsminister Spahn verspricht: Bei der nächsten Pandemie wird's besser. Von **Ralf Wurzbacher**.

Dieser Beitrag ist auch als [Audio-Podcast](#) verfügbar.

Vom Zauber deutscher Intensivbetten in Pandemiezeiten durften sich zwar die Leser der NachDenkseiten entzücken lassen (u. a. [hier](#)). Den großen Rest hiesiger Presseerzeugnisse ließ das Mysterium aber ziemlich kalt. Dabei hätte das Publikum reichlich zu staunen. Darüber, dass in den zurückliegenden zwei Jahren Notfallbehandlungsplätze in Krankenhäusern der BRD quasi aus dem Nichts und gleich zu Tausenden das Licht der Welt erblickten, während sie sich ein andermal in großer Zahl und über Nacht auf Nimmerwiedersehen von dannen machten.

Aber hier endet die Magie nicht. Tatsächlich vollzog sich das große Kommen und Gehen wider alle Erfordernisse: Als die Not vergleichsweise klein war, etwa im Frühsommer 2020, tummelten sich in den Kliniken Betten in nie dagewesener Menge. War hingegen Gefahr im Verzug, wie in der folgenden Herbst- und Winterwelle, nahmen sie flugs in Massen Reißaus. Das freilich war eine böse Schelmerei, weil mit ihrem Verschwinden der Grad der

öffentlichen Erregung, Besorgnis und Angst vor einer „Überlastung des Gesundheitssystems“ immer größer wurde. Fast hat es den Anschein, als neigten Intensivbetten zur Heimtücke.

Bundesrechnungshof wittert Bereicherung

Der Bundesrechnungshof (BRH) tischte vor neun Monaten eine profanere Erklärung für die Vorgänge auf. In einem Schreiben des Robert Koch-Instituts (RKI) an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vom 11. Januar 2021, das die Behörde öffentlich machte, soll geschrieben stehen: „Die aktuellen Ausgleichszahlungen seit Mitte November haben [monetäre Anreize für eine veränderte Eingabe der Bettenkapazitäten](#) geschaffen.“ Dabei hätten Kliniken „zum Teil weniger intensivmedizinische Behandlungsplätze“ gemeldet, „als tatsächlich vorhanden waren“. Im dazu vorgelegten [BRH-Bericht vom 9. Juni](#) liest man: „Dadurch könnten Kapazitätsengpässe abgebildet worden sein, „die in diesem Maße nicht existierten.“ Die Finanzprüfer rieten deshalb „bei einer weiteren Verlängerung der Zahlung von Ausgleichspauschalen zu Kennzahlen (...), die Fehlanreizen und Mitnahmeeffekten entgegenwirken“.

Das, was seinerzeit unter dem Namen DIVI-Gate für ein eher laues Rauschen im Blätterwald sorgte und mit dem Zutun eifriger „Faktenchecker“ rasch wieder aus den Schlagzeilen verschwand, beschäftigt inzwischen die Justiz. Dieser Tage hat eine Gruppe aus Anwälten, Staatsanwälten sowie einem Richter Anzeige gegen zwei große deutsche Hospitäler im Saarland eingereicht, die mit offenbar falschen Zahlen zu ihrem Bettenbestand Fördergelder in Millionenhöhe erschlichen haben sollen. Der Fall zeige „schlaglichtartig, wie diese Institutionen [auf strafrechtlich relevante Art und Weise](#) von der Corona-Krise wirtschaftlich profitiert haben“, zitierte die „Berliner Zeitung“ die Beteiligten. Wie das Blatt am 8. März berichtete, hat die Staatsanwaltschaft Saarbrücken ein [Ermittlungsverfahren](#) „wegen des Verdachts des Betrugs eingeleitet, das sich gegen Unbekannt richtet“.

Gerichte werden aktiv

Die Ermittler haben sich in einem Auskunftersuchen an das saarländische Landesministerium für Soziales, Frauen und Familie gewandt. Aus der Antwort der Regierung auf eine Anfrage der LINKE-Abgeordneten im Landtag Astrid Schramm geht hervor, dass die beiden Kliniken finanzielle Kompensationen für frei gehaltene oder zusätzliche Krankenhausbetten in Höhe von 245 Millionen Euro bis Mitte 2021 erhalten haben. Ob und wie viel davon zu Unrecht eingestrichen wurde, muss nun geklärt werden. Nicht nur im Saarland ist die Justiz in der Angelegenheit aktiv. Ebenfalls wegen möglichem Subventionsbetrugs hat die Staatsanwaltschaft Braunschweig Anfang Februar ein Ermittlungsverfahren im Zusammenhang mit dem [Asklepios-Klinikum Schildautal](#) in Seesen im Harz eingeleitet. Auch dabei geht es um eventuell „zu Unrecht erhaltene Zahlungen für freigehaltene Corona-Betten“.

Hinweise auf ähnliche Machenschaften finden sich mittlerweile zuhauf. Zum Beispiel gab Tagesschau.de Stefanie Stoff-Ahnis vom Vorstand des Spitzenverbands der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) damit wieder, in der ersten Welle wären [„alle möglichen Kliniken“](#) in den Genuss großer Summen als Freihaltepauschalen gekommen, „darunter auch solche spezialisierten Häuser wie reine Augenkliniken, die niemals einen Covid-Patienten behandelt hätten“. Zu Wort kommt in dem Beitrag auch der Gesundheitssystemforscher Reinhard Busse von der Technischen Universität Berlin. Demnach habe ein Krankenhaus in Ostdeutschland die geplante Schließung um mehrere Monate verschoben, wobei die Pauschalen dabei vermutlich eine Rolle gespielt hätten.

Massig Zuschüsse, wenig Arbeit

Dazu passt eine Aussage des Vorstandsvorsitzenden der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Gerald Gaß, wonach die Zuwendungen tatsächlich sogar [Klinikabwicklungen verhindert](#) hätten. Allerdings wollte Gaß, als er dies im Sommer 2021 sagte, das nicht als Eingeständnis von Unregelmäßigkeiten verstanden wissen. „Wer heute behauptet, Krankenhäuser hätten sich ungerechtfertigt an Ausgleichszahlungen bereichert, nährt Falschbehauptungen.“ Gegen die Vorwürfe zur Wehr setzte sich seinerzeit auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Das von ihr gemeinsam mit dem RKI aufgebaute DIVI-Register habe „zur Bewertung der Lage in der Pandemie [stets belastbare Zahlen](#) geliefert“.

Belastbare Zahlen? Bitteschön: Allein im Jahr eins der Pandemie haben die Kliniken weit über elf Milliarden Euro an staatlichen Kompensationen in Form von Zuschüssen zum vermeintlichen Aufbau von Betten sowie als Ersatzleistung für abgesagte oder aufgeschobene Operationen in Anspruch genommen. Das hat sich allemal gelohnt: Bei 13 Prozent weniger Behandlungsfällen verglichen mit 2019 bedeutete dies mehr Geld als jemals zuvor bei einem nie dagewesenen Minimum an Arbeit. Weil in der „größten Gesundheitskrise seit Menschengedenken“ (EU-Gesundheitskommissarin Stella Kyriakides) merkwürdig wenig zu tun war, schickten die Kliniken ihre Beschäftigten nebenbei noch zu Zehntausenden in Kurzarbeit – und kassierten damit zusätzlich beim Staat ab.

„Goldenes Jahr der Krankenhausfinanzierung“

Der Referatsleiter Krankenhausvergütung beim GKV-Spitzenverband, Johannes Wolff, sprach daher sehr treffend von einem [„goldenen Jahr der Krankenhausfinanzierung“](#). Gegenüber 2019 hätten die Kliniken ein „Erlösplus von 14 Prozent erwirtschaftet“, was „in Summe zusätzlich zwölf Milliarden Euro“ seien, „und dies bei einer Belegung der Intensivbetten mit Covid-19-Patienten von im Jahresdurchschnitt vier Prozent.“ Wolff weiter: „Viele der Unterstützungsmaßnahmen für Krankenhäuser mögen effektiv gewesen sein, effizient waren sie nicht.“

Vor allem drängt sich die Frage auf: Wenn Covid-19 gar nicht die Krankheitslast in die Hospitäler brachte, wie es die Mahner und Warner in Politik und Medien beschworen hatten, sondern im Gegenteil über weite Strecken des Jahres ein historischer Leerstand herrschte – wofür wurden die vielen Milliarden Euro an Corona-Hilfen dann überhaupt abgerufen? Erhellendes dazu befördert das Buch „Die Intensiv Mafia“ des Journalisten Walter von Rossum und des Datenanalysten Tom Lausen zutage. Insbesondere das von Letzterem verfasste Kapitel zur „Buchhaltung des Bettenschwunds“ liefert wichtige Informationen darüber, wie deutsche Klinikmanager mit freundlicher Unterstützung des Bundes ihre Bilanzen aufgemöbelt haben.

„Neue“ alte Betten

Wie eingangs skizziert, hatten sich 2020 im Jahresverlauf mehrere Tausend Intensivbetten förmlich in Luft aufgelöst. Eigentlich hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) einen massiven Ausbau der Kapazitäten auf bundesweit bis zu 40.000 versprochen, was aber zu keinem Zeitpunkt auch nur annähernd erreicht wurde. Dabei hatte er dafür im Rahmen des [Krankenhausfinanzierungsgesetzes \(KHG\)](#) einen Mittelzufluss von 686 Millionen Euro bewilligt. Gemäß Paragraph 21, Absatz 5 winkten für „zusätzliche intensivmedizinische Behandlungskapazitäten mit maschineller Beatmungsmöglichkeit durch Aufstellung von Betten (...) oder **durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen**“ pro Platz „50.000 Euro“ aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds“.

Hochgerechnet hätte dies 13.720 neue Intensivbetten entsprochen und tatsächlich wurden so viele Plätze auch beantragt. Aber irgendwie spiegelte sich das nicht im Gesamtbestand wider, den das DIVI-Register im April 2020 mit zirka 34.000 bezifferte. Dafür wurde fortan eine sogenannte Notfallreserve im Umfang von lange Zeit rund 10.000 Betten vermeldet. Von der aber anzunehmen ist, dass sie nur auf dem Papier existiert, allein deshalb, weil es an Personal fehlt, das sich um die Betten kümmern könnte. Gleichwohl hätten im Frühjahr knapp 14.000 neue Plätze entstehen müssen. Wie Lausen zeigt, ist auch das nur graue Theorie. Nach seiner Analyse sind in wohl beträchtlicher Zahl gar keine Behandlungsplätze neu dazugekommen, sondern existente als „neu“ deklariert worden. Dabei dreht es sich im Kern um Betten – auch solche auf Normalstation – mit einem Sauerstoffanschluss.

Förderung ohne Gegenleistung?

Das heißt: Die zuständige Klinikleitung musste dafür keinen Cent an Investitionen tätigen. Denn dankenswerterweise hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bei den Verhandlungen zum Bettenförderprogramm zugesagt, auf eigene Rechnung 20.000 Beatmungsgeräte anzuschaffen und diese unentgeltlich zur Verfügung zu stellen. Ist das Vorgehen nur dreist oder können sich die Akteure juristisch in Sicherheit wiegen? Der Passus im Gesetz „durch Einbeziehung von Betten aus anderen Stationen“ lässt jedenfalls einigen Interpretationsfreiraum. Vor dem Verwaltungsgericht Düsseldorf wurde ein Fall behandelt, bei dem es um drei schon bestehende Betten auf Intensivstation, allerdings ohne maschinelle Beatmungsmöglichkeit, ging. Laut Richterspruch hat die fragliche Klinik die Bonuszahlungen von 150.000 Euro rechtswidrig bezogen. Das Urteil liest sich jedoch so, dass für Covid-19-Patienten umfunktionierte Betten auf Normalstation durchaus förderfähig sind.

Lausen stellt deshalb die Frage: „Hat Jens Spahn sich vielleicht über den Tisch ziehen lassen oder war es von vornherein Absicht, dass dieses Gesetz am Ende Bonuszahlungen für ‚Sauerstoffanschlüsse mit daneben stehenden Betten‘ plus geschenktes Beatmungsgerät zuließ?“ So oder so wurde hier ein Einfallstor für eine mutmaßlich großangelegte Plünderung der Staatskasse aufgestoßen und man kann nur hoffen, dass die Fälle vor Gericht zugunsten der vielleicht um Unsummen erleichterten Steuerzahler entschieden werden. Dabei gehören weitere Fehlleistungen aufgearbeitet. So sahen die gesetzlichen Regelungen weder eine Verpflichtung vor, die Bonuszahlungen an die Bereitstellung zusätzlichen Pflegepersonals zu koppeln, noch gab es eine irgendwie geartete Festlegung, wie lange die fraglichen Behandlungsplätze vorzuhalten sind.

Kostspielige Illusion

Diese Unschärfen nutzen die Klinikmanager gerne aus: Nicht nur unternahmen sie nichts, die Pflegeengpässe zu beheben. Auch machten sich die „neuen“ Betten so fix aus dem Staub, wie sie aufgetaucht waren – zumal sie ja wegen der wider Erwarten nicht in Massen auflaufenden Corona-Patienten gar nicht gebraucht wurden. Lausen beruft sich gar auf Einschätzungen aus Fachkreisen, „dass 2020 in Deutschlands Kliniklandschaft kein einziges neues Bett, geschweige denn ein neuer Krankenhaustrakt entstanden sei“. Stimmt das, wurde für ein große Illusion säckeweise Geld verpulvert, wobei das in den Worten des Informatikers nur ein „Millionen-Vorspiel“ zu dem folgenden „Milliarden-Betrug“ war. Dieser erfolgte indes unter gegensätzlichen Voraussetzungen. Im Herbst und Winter 2020 waren Intensivbetten plötzlich Mangelware, nachdem mal eben rund 7.000, wenngleich nur vom Papier getilgt, verlustig gegangen waren. Zugleich war der Druck der zweiten Corona-Welle ungleich stärker als in der Frühjahrswelle, was die Sorgen vor einem nahenden „Klinikkollaps“ befeuerte.

Aber auch diese Gemengelage war das Werk von Spahns „Förderpolitik“. Am 18. November 2020 trat ein neuer Passus im KHG zu Ausgleichszahlungen für Kliniken aufgrund von Sonderbelastungen durch die Pandemie in Kraft. Übers ganze Jahr 2020 wurden entsprechende Freihaltepauschalen im Umfang von 10,2 Milliarden Euro ausgeschüttet. Nach dem veränderten Modus sollten allerdings nur mehr solchen Einrichtungen, deren Intensivstationen zu mindestens 75 Prozent ausgelastet sind, Kompensationen zustehen. Plötzlich war es von geldwertem Vorteil, über wenige Betten zu verfügen, woraufhin nicht wenige Kliniken ihre Bestände künstlich und radikal einkürzten, um damit die Auslastung nach oben zu treiben. Die von Lausen präsentierten Schaubilder zu einer Vielzahl an Krankenhäusern zeigen eindrücklich, wie sich die Kennziffern zu Bettenbestand und Auslastung der Intensivstationen im Gefolge der Gesetzesänderungen rasant und signifikant verschoben haben, was nur einen Schluss zulässt: Hier wurde vorsätzlich und systematisch manipuliert.

RKI-Chef sprachlos

Genauso sehen dies auch die Antragsteller der Strafanzeige gegen die beiden saarländischen Kliniken. „Von einem auf den anderen Tag wurden in Deutschland Tausende von Intensivbetten abgeschafft. Nur mit dieser Reduzierung der Zahl der gemeldeten Intensivbetten wurden die Förderbedingungen erfüllt.“ Die Juristen gehen von einem Betrug beträchtlicher Dimension aus. „Der Sachverhalt sollte öffentlich gemacht werden, handelt es sich bei den hier involvierten Kliniken doch nur um zwei von circa 100 Kliniken, die gleichartig vorgegangen sind.“ Nach Lausens Recherchen haben sogar rund 25 Prozent aller Kliniken in Deutschland ihre Daten entsprechend frisiert – das wären mehrere Hundert.

Die politisch Verantwortlichen und die zuständigen Behörden haben bis dato nichts zur Aufklärung der Vorwürfe beigetragen. Von Spahn ist folgender Satz zur Rechtfertigung möglicher Fehler überliefert: „Das können wir alles bei der nächsten Pandemie berücksichtigen, wenn man nicht unter Zeitdruck schnell handeln muss, um Menschenleben zu retten.“ Auf besagtes Schreiben aus eigenem Haus an das BMG angesprochen, beschied damals der RKI-Präsident, dieses nicht zu kennen und deshalb „nicht sprechfähig“ zu sein. Das letzte Wort gebührt daher dem Juristenteam: „Nur in einem Zusammenwirken mit DIVI, RKI und BMG ist die Mittelvergabe, praktisch auf Zuruf der Kliniken, zu verstehen.“ Hier sei „sehenden Auges die Möglichkeit betrügerischen Verhaltens der Kliniken in Kauf genommen worden“.

Titelbild: Hparatlala / Shutterstock

- Leerseite -

INFOBRIEF-DIREKT

11.21

Ihr Vorstand

25.03.2021

Aktuelle Informationen Nr. 36 zum Coronavirus SARS-CoV-2**Informationen übers Impfen gegen Covid-19**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Corona-Schutzimpfung ebnet uns allen den Weg aus der Pandemie. Das Ziel der Bundesregierung steht: Jede und jeder Impfwillige soll bis Ende September eine Erstimpfung erhalten. Je mehr Menschen geimpft werden, desto weniger Wirte findet das Virus und umso schwerer sind die Bedingungen für die Ausbreitung des Virus.

Inzwischen werden allen Praxen sukzessive Impfangebote gemacht. Dies gilt nicht nur für Sie, sondern insbesondere auch für Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nachdem die Impfungen mit AstraZeneca wieder aufgenommen worden sind, weil die WHO und die europäische Arzneimittelkommission eine klare Aussage zur weiteren Verwendung von AstraZeneca gemacht haben, möchten wir Ihnen Hinweise auf seriöse Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit dieses Impfstoffes geben.

Sehenswert: Wie sicher ist AstraZeneca?

Die Wirtschaftsjournalistin, Autorin und Youtuberin Dr. Mai Thi Nguyen-Kim hat auf ihrem Youtube-Channel Informationen über den Impfstoff AstraZeneca verständlich aufbereitet:

<https://www.youtube.com/watch?v=oBLQmE-nG60>

Weiterhin gilt: Mitmachen und sich und andere schützen!

Angefangen bei der AHA-Formel über die Corona-Warn-App bis hin zu Mitmach-Kampagnen: [Hier](#) finden Sie nützliche Informationen.

Das sind die wichtigsten Anlaufstellen:

- Aktuelle Informationen des Bundes- und Landesgesundheitsministeriums: www.corona-schutzimpfung.de und <https://www.land.nrw/corona>
- Bei Fragen rund um den Corona-Test gehen Sie auf: www.116117.de oder rufen Sie an: 116 117
- Informationen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): www.infektionsschutz.de/coronavirus

Bleiben Sie gesund und informieren Sie Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Mit kollegialen Grüßen

Ihr Vorstand der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Aktuelle Informationen Nr. 37 zum Coronavirus SARS-CoV-2

Ergänzende Hinweise zur Teststrukturverordnung

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

wir hatten Ihnen mitgeteilt, dass in NRW seit kurzem die Möglichkeit für (Zahn)Ärzte und Apotheken besteht, nach Beauftragung durch das Gesundheitsamt Testungen asymptomatischer Personen in ihren Praxen anzubieten und durchzuführen.

Informationen zur Einhaltung gewisser Mindeststandards bezüglich anzubietender Wochenstunden und räumlicher Trennung vom Praxisbetrieb erfragen Sie bitte bei Ihrem örtlichen Gesundheitsamt.

Es folgen ergänzende Hinweise zur Abrechnung:

- Bezuschussung der Ersteinrichtung einmalig € 1000,- durch das **Gesundheitsamt** sowie
- € 1000,- je lfd. Monat Betrieb, Bezuschussung ebenfalls durch das **Gesundheitsamt**, für Bereitstellung von mind. 20 Std./je Woche, getrennt von Praxisbetrieb.
- Sachkostenersatz ab 1. April von € 6,- je Test (€ 9,- bis 31.März) abzurechnen über die **KZVWL**
- Honorar von € 15,- je Test abzurechnen über die **KZVWL**
- **Für das Testen der eigenen Mitarbeiter können nach wie vor nur die Sachkosten (9 € 6 €) abgerechnet werden.**

Aufgrund zwischenzeitlich geschlossener Vereinbarung zwischen KZVWL und KVWL werden die Sachkosten und die Honorare je Test über die KZVWL und nicht über die KVWL abgerechnet.

Die Bezuschussungen der € 1000,- einmalig und € 1000,- je lfd. Monat erfolgen ausschließlich über das Gesundheitsamt.

Ihr Vorstand der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe

Ihr Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Immer mehr Ärzte steigen aus: Nur noch jede dritte Praxis bietet COVID-19-Impfungen an

24. Oktober 2021 [aikos2309](#)



Corona-Schutzimpfung: 37.000 von ehemals 70.000 beteiligten Arztpraxen sind mittlerweile aus der Kampagne ausgestiegen. Laut KBV liegt das wohl an der hohen Impfquote. Dabei stehen jetzt die sogenannten Booster-Spritzen an. Mehrnen sich auch Zweifel an Wirksamkeit und Sicherheit?

Impfen allein sei der Weg aus der Pandemie. Seit zehn Monaten berieseln Medien, Institutionen und Politik die Bevölkerung in Deutschland mit diesem Slogan. Begründet wird das mit einem angeblichen Konsens „der Wissenschaft“ über eine gute Wirksamkeit und hohe Sicherheit der Vakzine.

Doch nicht nur manch ein Wissenschaftler sieht das anders. Auch immer mehr Ärzte scheinen an der Wirksamkeit und Sicherheit der vier bedingt zugelassenen Impfstoffe gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zu zweifeln.

x

Während man sich in eine Tetanus- oder Gripeschutzimpfung bei fast jedem Arzt „abholen“ kann, bietet aktuell nur noch jede dritte Praxis die Corona-Impfung an. Mehr als die Hälfte der anfangs beteiligten Haus- und Facharztpraxen sind inzwischen aus der Kampagne ausgestiegen.

Nur noch 33.000 von 100.000 Praxen impfen

Das teilte Roland Stahl, Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), auf Anfrage der Autorin mit. Seinen Angaben zufolge gibt es bundesweit 55.000 Haus- und 45.000 Facharztpraxen, die zur Teilnahme an dem Impfmarchon aufgerufen waren. „Zu Hochzeiten der Impfkampagne im Sommer beteiligten sich über 70.000 Praxen daran“, blickte Stahl zurück. Heute impften nur noch rund 33.000 Ärzte, der Rest habe sich aus dem Programm verabschiedet.

Das heißt: Seit Sommer sind rund 37.000 der ehemals über 70.000 Ärzte aus der Impfkampagne ausgestiegen, also über die Hälfte. KBV-Sprecher Stahl schiebt das auf die hohe Impfquote.

„Mittlerweile ist ein großer Teil der Bevölkerung vollständig geimpft, oder es fehlt ausschließlich noch die Zweitimpfung“, sagte er. Wahrscheinlich hätten viele der Praxen ihre Patienten weitgehend durchgeimpft und deshalb mit dem Impfen aufgehört.

Hinzu kämen „einige wenige Ärzte“, die bereits wegen „anfänglicher Lieferschwierigkeiten bei den Impfstoffen“ im Frühjahr das Handtuch geworfen hätten, so Stahl. Erst etwa ab Juni, zu Beginn der Sommerferien, seien genügend Vakzine für alle verfügbar gewesen, merkte er an. Über genaue Zahlen verfüge die KBV hierzu aber nicht. ([Israelische Studie hinterfragt die Wirksamkeit von COVID-19-Impfstoffen und zeigt einen erstaunlichen Grad an Schäden, die durch Impfstoffe verursacht werden](#))

Doppelt so viel Honorar wie für Grippe-Impfungen

Allerdings war die Zahl der impfenden Ärzte bereits im Sommer deutlich gesunken. Wie die *Welt* [berichtet hatte](#), waren am 15. August bereits 23.000 Praxen ausgestiegen, also ein knappes Drittel der Beteiligten. Demnach gingen die Impfstoff-Bestellungen schon seit Juni zurück.

In Thüringen machten einem [MDR-Bericht](#) zufolge Mitte August sogar die Hälfte der Mediziner nicht mehr mit. Dies, so der Sender, liege vor allem daran, dass aus einer Ampulle mehrere Dosen gewonnen werden mussten. Das habe die Planung erschwert.

Ein weiterer Grund könnte auch das Honorar sein. Im ostthüringischen Fulda etwa beklagten einem Bericht zufolge jetzt mehrere Hausärzte, dass die [Vergütung](#) für das Spritzen gegen COVID-19 zu gering sei, obwohl diese mehr Bürokratie und Aufwand nach sich ziehe als etwa die Grippe-Schutzimpfung. [Laut KBV](#) bekommen sie pro „Piks“ 20 Euro.

Für einen Hausbesuch gibt es 15 Euro pro Fachkraft obendrauf. Eine Impfberatung ohne Spritze bringt einen Zehner ein. Zum Vergleich: 9,43 Euro erhalten Ärzte für eine Impfung gegen die Grippe. ([Geben Covid-„Impfstoffe“ AIDS weiter? Die Funktionen des Immunsystems nimmt jede Woche um etwa 5 % bei Geimpften ab](#))

Ärzte beklagten kritische Datenlage und viele Nebenwirkungen

Tatsächlich aber gibt es Ärzte, die die Impfungen wegen erheblicher Sicherheitsbedenken gestoppt hatten. Ein Allgemeinmediziner aus dem nordrhein-westfälischen Bad Münstereifel erklärt beispielsweise [auf seiner Webseite](#), dass man sich anfangs sehr um gewissenhafte Indikationsstellung nach individueller Risikoabwägung bemüht habe. Jedoch:

„Nach neuerlicher Durchsicht des bislang zur Verfügung stehenden Datenmaterials (...) und den unsererseits gewonnenen Erfahrungswerten haben wir uns (...) dazu entschlossen, die Impfkampagne in unserer Praxis vorläufig zu beenden.“

Seinem Team erscheine „die Datenlage zu sämtlichen COVID-19-Impfstoffen wenig überzeugend“. Der Arzt berichtete von „äußerst heterogenen bzw. unsystematischen Befunden“ bei den Immunreaktionen, „die uns zum Teil verunsichern und sogar beängstigen“. Nach über 600 durchgeführten Impfungen steige seine Praxis daher aus.

Von schwerwiegenden Nebenwirkungen hatte Mitte August [ein Stuttgarter Arzt](#) berichtet. In einer Erklärung an seine Patienten, die inzwischen von seiner Webseite genauso verschwunden ist wie überhaupt jeder Hinweis auf COVID-19-Impfungen, gab er an, „aus

medizinischen Gründen“ keine Impfungen mehr anzubieten.

Seiner Einschätzung nach haben die Vakzine wohl nur für besonders Vulnerable wie „schwer kranke oder alte Patienten“ einen Nutzen. Für alle anderen aber sei vermutlich die Erkrankung weniger gefährlich als die Impfung. In seiner Praxis zeigten die neuen Impfstoffe demnach

„ein Nebenwirkungsprofil, welches wir zu anderen Zeiten als Ärzte nicht toleriert hätten“.

Fast täglich habe der Arzt junge Patienten mit schweren Symptomen nach der Spritze gesehen wie Fieber, Schmerzen, Übelkeit, Hautausschläge, Lymphknotenschwellungen, Gefühlsstörungen und Autoimmunerkrankungen. Er habe auch Geimpfte deshalb in die Klinik einweisen müssen. ([„Das Ding“ – Arzt behauptet im Biontech / Pfizer-Impfstoff eine Lebensform mit Kopf und Tentakeln gefunden zu haben \(Video\)](#))

Nach dem Ausstieg: Schweigen Ärzte aus Angst vor Repressionen?

Auf den ersten Blick scheinen zweifelnde Ärzte rare Einzelfälle zu sein. Doch höchstwahrscheinlich gibt es eine durchaus relevante Dunkelziffer. Viele scheinen jedoch zu schweigen – offenbar auch aus Angst, wie die *Welt* Mitte September [mutmaßte](#).

Demnach fürchten Mediziner wohl nicht nur einen medialen Shitstorm oder Kritik von Patienten, sondern zum Teil gar staatliche Repressionen. Unter anderem deshalb habe der Stuttgarter Arzt seine Mitteilung von der Webseite genommen, so die *Welt*.

Ganz unbegründet sind die Ängste wohl nicht. Anfang Oktober etwa [berichtete](#) eine Lokalzeitung über einen Allgemeinmediziner aus dem niedersächsischen Sulingen, der sich weigere, seine Patienten gegen COVID-19 zu impfen. Ihm seien die gesundheitlichen Risiken durch diese Vakzine zu hoch, begründete er seine Entscheidung gegenüber dem Blatt und berief sich auf „öffentlich zugängliche Quellen“. Er betonte auch, gegen andere Erkrankungen selbstverständlich zu impfen.

Rein rechtlich müsse zwar kein Arzt impfen, weil er einen freien Beruf ausübe, erklärte dazu Detlef Haffke, Sprecher der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KNV), der Zeitung.

Dann schränkte er allerdings ein: Mit „echten Impfverweigerern“ halte man dies aber anders. Haffke sagte demnach: „Handelt es sich tatsächlich um ideologische Impfverweigerer, sogenannte Corona-Leugner, kann dies berufsrechtliche Konsequenzen haben.“ Um diese kümmere sich die Ärztekammer Niedersachsen. Da kann man durchaus die Frage stellen: Welche Äußerungen machen einen Mediziner in den Augen der Kammern genau zu einem „Corona-Leugner“?

Kampagne fürs „Boostern“ läuft

Darüber hinaus stellt sich die Frage, warum Ärzte extra aus der Kampagne aussteigen sollten, wenn sie einen Großteil ihrer Patienten zweimal geimpft haben.

Laut [Impfmonitoring](#) des Robert Koch-Instituts (RKI) waren mit Datenstand vom 21. Oktober bundesweit 72,1 Prozent der 18- bis 59-Jährigen und 84,9 Prozent der Über-60-Jährigen doppelt geimpft, bei den Zwölf- bis 17-Jährigen waren es knapp 40 Prozent.

Die Impfquoten in den Bundesländern schwanken erheblich, bei den Erwachsenen insgesamt etwa zwischen 65,4 Prozent in Sachsen und fast 90 Prozent in Bremen. Es sind also immer noch Millionen Menschen nicht geimpft.

Darüber hinaus dringen die Bundesregierung und diverse Leitmedien bereits auf die dritte, eine sogenannte Booster-Impfung. Anfang Oktober hatte die Ständige Impfkommission

(STIKO) am RKI diese Auffrischung für Menschen ab dem 70. Geburtstag empfohlen.

Die [Tagesschau](#) fragte sich jüngst, ob es damit zu langsam vorangehe. Dafür seien doch die Hausärzte nach Schließung vieler Impfzentren ganz besonders gefragt? Laut RKI wurden bis zum 21. Oktober bereits 1,43 Millionen Menschen in Deutschland zum dritten Mal geimpft.

Schutzwirkung lässt offenbar schnell nach

Und nicht zuletzt stellt möglicherweise manch ein Hausarzt auch die Wirksamkeit der COVID-19-Vakzine nicht ganz unbegründet in Frage. In seinem neuesten [Wochenbericht](#) zählte das RKI in den zurückliegenden vier Wochen zwischen dem 20. September und 17. Oktober in der Altersgruppe über 60 immerhin 57 Prozent der symptomatischen COVID-19-Fälle als sogenannte Impfdurchbrüche.

Das heißt: Die Zweitimpfung lag beim Positivtest mindestens 14 Tage zurück. Bei allen Erwachsenen zusammengenommen erfasste es knapp 41.000 von rund 107.000 Infektionsfällen, also 38 Prozent, als Impfdurchbruch.

Auch die Hospitalisierungen doppelt Geimpfter nahmen weiter zu. Bei den Über-60-Jährigen waren gut 42 Prozent der COVID-19 Patienten in Kliniken doppelt geimpft.

Bei allen Erwachsenen zusammen lag diese Quote bei etwas über 30 Prozent. Das heißt in Zahlen: Knapp 4.000 der COVID-19-Patienten in Krankenhäusern insgesamt waren nicht, nur einmal oder erst kürzlich zum zweiten Mal geimpft worden, rund 1.750 Patienten galten als „vollständig immunisiert“. Im Vierwochen-Zeitraum davor, also von Mitte August bis Mitte September, gab [das RKI](#) die sogenannte Durchbruchquote hier noch mit zwölf Prozent an.

40 Prozent der COVID-19-Toten der letzten vier Wochen waren „voll immunisiert“

Ein noch drastischeres Bild stellt das RKI bei den an oder mit COVID-19 Verstorbenen dar: Demnach starben in der Altersgruppe 60 plus 41,4 Prozent trotz „vollständigem Immunschutz“ im Zusammenhang mit einem nachgewiesenen Coronavirus.

Insgesamt waren rund 40 Prozent der „Corona-Toten“ zwischen Mitte September und Mitte Oktober komplett geimpft – in Zahlen: 332 Tote hatten laut RKI keinen oder einen noch unvollständigen Impfschutz, 216 Tote galten als Impfdurchbruch. In den vier Wochen davor zählte das Institut knapp 23 Prozent dieser Verstorbenen als Impfdurchbrüche. Demnach ist also anzunehmen, dass die Impfung nicht besonders lange vor schweren Verläufen schützt.

Erfahrungen mit mutmaßlichen Nebenwirkungen, schnell nachlassende Schutzwirkung: Das mag also, neben der Impfquote, der Bürokratie und Kritik an den Vergütungen, durchaus eine Rolle spielen für den Ausstieg aus der Impfkampagne von mehr als 50 Prozent der Arztpraxen.

...

*Am 28. April 2020 erschien [„Der Hollywood-Code: Kult, Satanismus und Symbolik – Wie Filme und Stars die Menschheit manipulieren“](#) (auch bei [Amazon](#) verfügbar), mit einem spannenden Kapitel: **„Die Rache der 12 Monkeys, Contagion und das Coronavirus, oder wie aus Fiktion Realität wird“**.*

Am 15. Dezember 2020 erschien [„Der Musik-Code: Frequenzen, Agenden und Geheimdienste: Zwischen Bewusstsein und Sex, Drugs & Mind Control“](#) (auch bei [Amazon](#)

verfügbar), mit einem spannenden Kapitel: „**Popstars als Elite-Marionetten im Dienste der Neuen Corona-Weltordnung**“.

Am 10. Mai 2021 erschien „[DUMBs: Geheime Bunker, unterirdische Städte und Experimente: Was die Eliten verheimlichen](#)“ (auch bei [Amazon](#) verfügbar), mit einem spannenden Kapitel „**Adrenochrom und befreite Kinder aus den DUMBs**“.

Ein handsigniertes Buch erhalten Sie für Euro 30,- (alle drei Bücher für Euro 90,-) inkl. Versand bei Zusendung einer Bestellung an: info@pravda-tv.com.

Literatur:

[Codex Humanus – Das Buch der Menschlichkeit](#)

[Weltverschwörung: Wer sind die wahren Herrscher der Erde?](#)

[Whistleblower](#)

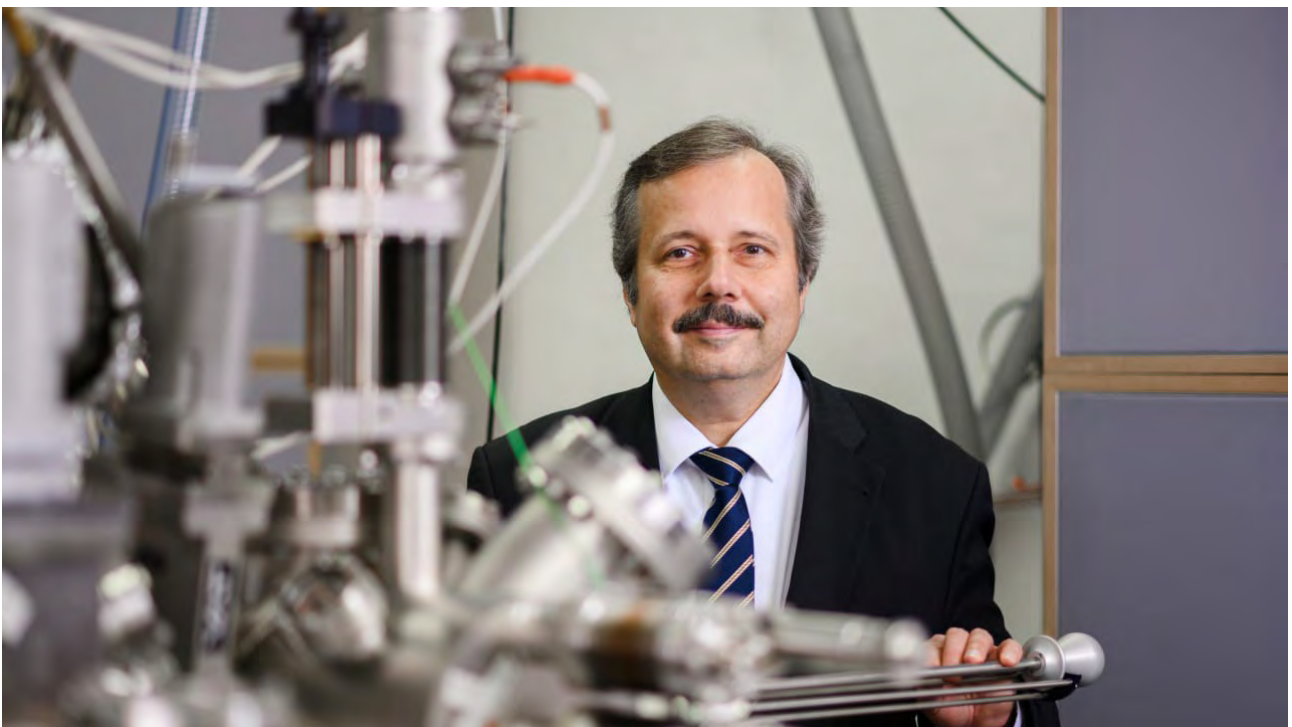
Quellen: PublicDomain/de.rt.com am 24.10.2021

- Leerseite -



1. Nach China-Labor-Studie - Wut-Welle gegen Hamburger Professor

CORONA-KRISE



Der Physiker Prof. Dr. Roland Wiesendanger arbeitet schwerpunktmäßig zur Thematik der Rastertunnelmikroskopie
Foto: Sebastian Engels

Artikel von: Julian Röpcke veröffentlicht am 19.02.2021 - 17:12 Uhr

Muss Chinastudien-Professor Roland Wiesendanger nun um seinen guten Ruf oder gar seine Anstellung an der Universität Hamburg fürchten?

Er wagte als erster deutscher Forscher, die Indizien für eine Schuld Chinas am Ausbruch der Corona-Pandemie in einer Studie zusammenzutragen. Das Ergebnis: Ein Laborunfall im chinesischen Wuhan könnte zum Ausbruch der Corona-Pandemie geführt haben. Dafür schlagen dem 59-Jährigen und der Uni Hamburg nun Wut und Hass entgegen.

Hamburger Professor sicher „Corona kam doch aus einem Labor in Wuhan!“



Quelle: BILD

Nicht aus China, sondern auch von linken deutschen Politikern und Journalisten, die verlangen, die Studie solle zurückgezogen werden, über sie dürfe nicht berichtet werden und darüber hinaus Wiesendangers Titel und den Exzellenz-Status der Hamburger Hochschule infrage stellen.

Hamburger Professor sicher „Corona kam doch aus einem Labor in Wuhan!“

Der Hamburger Prof. Roland Wiesendanger trug dafür insgesamt 600 Hinweise zusammen. 60 hat er jetzt in einer Studie veröffentlicht.



Professor ist sicher: Corona kam aus Wuhan-Labor Auch deutsche Geheimdienste sind dem Virus auf der Spur

Ein Professor behauptet: Corona kam aus einem Labor in Wuhan. Auch der deutsche Geheimdienst ist dem Seuchen-Ursprung auf der Spur.

Bereits Stunden nach der Veröffentlichung [twitterte](#) der „Spiegel“-Journalist Jonas Schaible: „Das ist keine Studie, das ist eine wilde Sammlung bunt markierter PDFs“, um sich kurz darauf darüber zu echauffieren, dass die Universität Hamburg den Link zur Studie „auch noch stolz vertwittert“.

Gleich zweimal teilte er daraufhin einen Screenshot der „Exzellenzuniversität“-Seite der Hochschule und merkte dazu sarkastisch an „[Exzellent.](#)“ beziehungsweise „[Exzellenz](#)“. Schließlich erzürnte sich Schaible darüber, dass BILD über die Veröffentlichung der Universität Hamburg berichtete. Dies sei, so der „Spiegel“-Mann: „Verantwortungslos und irreführend: Mit Journalismus hat das wirklich rein gar nichts zu tun.“

Auch der ehemalige „Bildblog“-Kolumnist Ralf Heimann [beschwerte sich darüber](#), dass BILD über die Studie einer deutschen Universität berichtet. „Hey Uni Hamburg, macht doch mal 'ne Studie dazu, wie Fake News sich verbreiten“, schrieb er bei Twitter mit einem Screenshot der BILD-Site. Offenbar wäre es ihm und anderen Journalisten lieber gewesen, die Studie wäre komplett verschwiegen worden.

Die ARD-Journalistin Birgit Schmeitzner twitterte – [wohl nicht ganz zufällig](#) – am Donnerstagabend: „Professor. Ein Titel, der viel verspricht und manchmal so gar nichts hält.“ Wie viele andere Nutzer in den sozialen Medien schien sie damit die Professionalität von Roland Wiesendanger infrage stellen zu wollen.

Auch Politiker beteiligten sich an der Wiesendanger- und Uni-Hamburg-Schelte. So erklärte der Linken-Bundestagsabgeordnete [Niema Movassat](#) ironisch: „Fragesteller: Wie sehr kann man sich blamieren, gib mir ein Beispiel? Uni Hamburg: Hold my beer, ich mach 'ne Studie aus Youtube und ‚Focus‘-Beiträgen und promote die fett.“

Und der kampagnenhafte Tadel der überwiegend linken Akteure zeigt offenbar Wirkung.

Am Abend [meldete](#) sich die Studentenvertretung der Uni Hamburg zu Wort. Der Asta ließ wissen, die Veröffentlichung spiele „nur Verschwörungstheoretiker*innen in die Hände und schürt anti-asiatischen Rassismus“. Gut möglich also, dass die in Anspruch genommene Forschungsfreiheit Professor Wiesendanger auch innerhalb der Universität noch zum Verhängnis wird.

Immerhin: Auch die Universitätsleitung meldete sich zu Wort. Sie erklärte dem „Hamburger Abendblatt“, „die Hochschulleitung und die Pressestelle der Universität Hamburg üben keine Zensur zu Forschungsgegenständen und -ergebnissen ihrer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus“. Wiesendanger und seine Kollegen seien „vielmehr zur Publikation ihrer wissenschaftlichen Ergebnisse verpflichtet“.

Rückendeckung also für den Professoren aus Hamburg. Abzuwarten bleibt, wie lange die Universität diese unter dem öffentlichen Druck gewisser Meinungsmacher aufrechterhalten kann.

- Leerseite -

Gesetzentwurf

der Abgeordneten Heike Baehrens, Dr. Janosch Dahmen, Katrin Helling-Plahr, Dagmar Schmidt (Wetzlar), Dr. Till Steffen, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Dirk Wiese, Sanae Abdi, Stephanie Aeffner, Reem Alabali-Radovan, Dagmar Andres, Niels Annen, Andreas Audretsch, Lisa Badum, Annalena Baerbock, Ulrike Bahr, Daniel Baldy, Karl Bär, Nezahat Baradari, Katharina Beck, Dr. Holger Becker, Jürgen Berghahn, Bengt Bergt, Jakob Blankenburg, Dr. Franziska Brantner, Leni Breymaier, Agnieszka Brugger, Frank Bsirske, Isabel Cademartori Dujisin, Dr. Lars Castellucci, Dr. Anna Christmann, Jürgen Coße, Bernhard Daldrup, Ekin Deligöz, Hakan Demir, Dr. Sandra Detzer, Martin Diedenhofen, Jan Dieren, Sabine Dittmar, Anke Domscheit-Berg, Felix Döring, Katharina Dröge, Falko Droßmann, Deborah Düring, Axel Echeverria, Sonja Eichwede, Marcel Emmerich, Heike Engelhardt, Dr. Wiebke Esdar, Saskia Esken, Yasmin Fahimi, Emilia Fester, Sebastian Fiedler, Dr. Edgar Franke, Schahina Gambir, Manuel Gava, Kai Gehring, Stefan Gelbhaar, Martin Gerster, Dr. Jan-Niclas Gesenhues, Angelika Glöckner, Katrin Göring-Eckardt, Dr. Armin Grau, Timon Gremmels, Kerstin Griese, Uli Grötsch, Erhard Grundl, Dr. Robert Habeck, Bettina Hagedorn, Rita Hagl-Kehl, Britta Haßelmann, Hubertus Heil (Peine), Frauke Heiligenstadt, Linda Heitmann, Kathrin Henneberger, Anke Hennig, Nadine Heselhaus, Dr. Anton Hofreiter, Bruno Hönel, Jasmina Hostert, Verena Hubertz, Frank Junge, Josip Juratovic, Oliver Kaczmarek, Elisabeth Kaiser, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Macit Karaahmetoğlu, Carlos Kasper, Anna Kassautzki, Gabriele Kaczmarek, Rainer Johannes Keller, Michael Kellner, Dr. Franziska Kersten, Misbah Khan, Sven-Christian Kindler, Helmut Kleebank, Maria Klein-Schmeink, Lars Klingbeil, Annika Klose, Tim Klüssendorf, Dr. Bärbel Kofler, Chantal Kopf, Anette Kramme, Dunja Kreiser, Oliver Krischer, Christian Kühn (Tübingen), Renate Künast, Ricarda Lang, Dr. Karl Lauterbach, Sven Lehmann, Sylvia Lehmann, Kevin Leiser, Steffi Lemke, Esra Limbacher, Helge Lindh, Dr. Tobias Lindner, Denise Loop, Bettina Lugk, Dr. Anna Lührmann, Dr. Tanja Machalet, Erik Malottki, Kaweh Mansoori, Dr. Zanda Martens, Dorothee Martin, Parsa Marvi, Katja Mast, Zoe Mayer, Andreas Mehlretter, Takis Mehmet Ali, Susanne Menge, Robin Mesarosch, Matthias David Mieves, Dr. Irene Mihalic, Boris Mijatović, Susanne Mittag, Cornelia Möhring, Falko Mohrs, Claudia Moll, Siemtje Möller, Detlef Müller (Chemnitz), Michael Müller, Beate Müller-Gemmeke, Dr. Rolf Mützenich, Sara Nanni, Rasha Nasr, Brian Nickholz, Dietmar Nietan, Omid Nouripour, Jörg Nürnberger, Lennard Oehl, Josephine Ortleb, Karoline Otte, Mahmut Özdemir (Duisburg), Dr. Christos Pantazis, Mathias Papendieck, Natalie Pawlik, Jens Peick, Dr. Andreas Philippi, Jan Plobner, Sabine Poschmann, Achim Post (Minden), Dr. Anja Reinalter, Martina Renner, Ye-One Rhie, Andreas Rimkus, Sönke Rix, Dennis Rohde, Sebastian Roloff, Dr. Martin Rosemann, Jessica Rosenthal, Claudia Roth (Augsburg), Michael Roth (Heringen), Tina Rudolph,

Bernd Rützel, Sarah Ryglewski, Dr. h. c. Thomas Sattelberger, Axel Schäfer (Bochum), Ingo Schäfer, Jamila Schäfer, Dr. Sebastian Schäfer, Rebecca Schamber, Dr. Nina Scheer, Marianne Schieder, Udo Schiefner, Peggy Schierenbeck, Timo Schisanowski, Christoph Schmid, Dr. Nils Schmid, Stefan Schmidt, Uwe Schmidt, Carsten Schneider (Erfurt), Daniel Schneider, Olaf Scholz, Marlene Schönberger, Johannes Schraps, Christian Schreider, Christina-Johanne Schröder, Michael Schrodi, Svenja Schulze, Frank Schwabe, Stefan Schwartze, Rita Schwarzelühr-Sutter, Dr. Lina Seitzl, Melis Sekmen, Nyke Slawik, Nina Stahr, Dr. Ralf Stegner, Hanna Steinmüller, Nadja Sthamer, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Ruppert Stüwe, Claudia Tausend, Markus Töns, Jürgen Trittin, Derya Türk-Nachbaur, Dr. Julia Verlinden, Kathrin Vogler, Robin Wagener, Dr. Carolin Wagner, Johannes Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Carmen Wegge, Melanie Wegling, Dr. Joe Weingarten, Saskia Weishaupt, Lena Werner, Bernd Westphal, Tina Winklmann, Gülistan Yüksel, Stefan Zierke, Dr. Jens Zimmermann, Armand Zorn, Katrin Zschau

Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 (SARSCovImpfG)

A. Problem

Die Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) gehört zu den ansteckendsten übertragbaren Krankheiten des Menschen. Alle Bevölkerungsteile in Deutschland sind von der Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 direkt oder indirekt betroffen. Bisher wurde Deutschland von insgesamt vier Infektionswellen mit SARS-CoV-2 erfasst, eine fünfte Welle hat Anfang 2022 begonnen. Bisher wurden in allen Infektionswellen bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen getroffen, die mit teilweise erheblichen Einschränkungen des öffentlichen und privaten Lebens verbunden waren.

Das epidemiologische Geschehen in Deutschland wird derzeit von der Omikron-Variante dominiert. Diese Variante zeichnet sich unter anderem durch eine kürzere Inkubationszeit und kürzere Generationszeit aus. (Pearson, C.A.B., Silal, S.P., Li, M.W.Z., Dushoff, J., Bolker, B.M., Abbott, S., van Schalkwyk, C., Davies, N.G., Barnard, R.C., Edmunds, W.J., et al. (2021b). Bounding the levels of transmissibility & immune evasion of the Omicron variant in South Africa. medRxiv, 2021.2012.2019.21268038; Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H., Naseer, U., Feruglio, S., Bragstad, K., Hungnes, O., Odeskaug, L.E., et al. (2021). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. Euro Surveill 26; Hwang, H., Lim, J.S., Song, S.A., Achangwa, C., Sim, W., Kim, G., and Ryu, S. (2021). Transmission dynamics of the Delta variant of SARS-CoV-2 infections in South Korea. J Infect Dis.; Kim, D., Jo, J., Lim, J.-S., and Ryu, S. (2021). Serial interval and basic reproduction number of SARS-CoV-2 Omicron variant in South Korea. medRxiv,

2021.2012.2025.21268301). Die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird unter der Omikron-Variante, die sich deutlich schneller und effektiver verbreitet als die bisherigen Virusvarianten, als sehr hoch eingeschätzt. (Die Risikobewertung des RKI ist abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html;jsessionid=A6C743EEA7913DF8217C8769F5FA25B1.internet091?nn=2386228). Zwar führt sie zu mildereren Krankheitsverläufen, da zu meist nur die oberen Atemwege angegriffen werden. Aufgrund der hohen Fallzahlen infolge der insgesamt stark gestiegenen Ansteckungszahlen und Inzidenzen führt jedoch auch ein geringerer Anteil schwerer Erkrankungen und Hospitalisierungen zu einer sehr großen absoluten Zahl von Krankheitsfällen. Dies gilt insbesondere für den ungeimpften Teil der Bevölkerung, die auch bei der Omikron-Variante stärker von Infektionen, schweren Erkrankungen und Hospitalisierungen betroffen sind, als der geimpfte Teil der Bevölkerung. Im Falle des Auftretens neuer Varianten, die infektiöser und ggf. pathogener als die derzeit zirkulierende Omikron-Variante sein könnten, besteht weiterhin ein Risiko der Überlastung des Gesundheitssystems insbesondere im kommenden Herbst und Winter.

Zur Prävention stehen gut verträgliche, sichere und hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung. Studien zeigen, dass Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 nicht nur die geimpfte Person wirksam vor einer Erkrankung und insbesondere vor schweren Krankheitsverläufen schützen, sondern auch dazu führen, dass geimpfte Personen weniger zur Ausbreitung des Erregers beitragen, was insbesondere dem Schutz vulnerabler Personengruppen vor einer SARS-CoV-2-Infektion dienlich ist. Auf diese Weise können auch junge und gesunde Menschen durch die Impfung dazu beitragen, dass Personen, die nicht geimpft werden können, oder bei denen die Immunantwort nicht ausreichend ausfällt, vor einer Infektion effektiv geschützt werden. Ausreichend hohe Impfquoten in allen Altersgruppen minimieren zugleich die Weiterverbreitung der Krankheit in der Bevölkerung (Bevölkerungsschutz; Die Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfempfehlungen enthalten umfangreiche Quellen zur aktuellen Studienlage; abrufbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062>).

Auch aktuell bei Dominanz der Omikron-Variante kann für vollständig geimpfte Personen aller Altersgruppen - und insbesondere für Personen mit Auffrischimpfung - weiterhin von einem sehr guten Impfschutz gegenüber einer schweren COVID-19-Erkrankung ausgegangen werden und weiterhin zeigt sich für ungeimpfte Personen aller Altersgruppen ein deutlich höheres Risiko für eine COVID-19-Erkrankung, insbesondere für eine schwere Verlaufsform.

Eine dänische Studie untersuchte anhand von Registerdaten die Übertragungsdynamik von Omikron-Infektionen (Secondary Attack Rate; SAR) in Haushalten (Lyngse FP, Mortensen LH, Denwood MJ, Christiansen LE, Møller CH, Skov RL, et al. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, abrufbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1>). Beim Vergleich von Haushalten mit einer mit der Omikron-Variante infizierten Indexperson zu Haushalten mit Delta-Infektion zeigte sich für ungeimpfte Personen kein Risikounterschied hinsichtlich des Auftretens von Sekundärinfektionen. Vollständig grundimmunisierte Personen und Personen nach Auffrischimpfung waren sowohl für Delta- als auch für Omikron-Infektionen weniger empfänglich als Ungeimpfte. Personen mit Auffrischimpfung hatten eine reduzierte und Ungeimpfte eine erhöhte Übertragungswahrscheinlichkeit für beide Varianten im Vergleich zu vollständig Grundimmunisierten. Die Daten unterstreichen die Schutzwirkung einer Auffrischimpfung

gegenüber Infektionen mit der Omikron-Variante, wobei die Studie aufgrund der kurzen Beobachtungszeit keine Aussage zur Schutzdauer zulässt.

Auch wenn mit einer Impfung das Risiko einer Infektion deutlich reduziert ist, können sich Menschen trotz Impfung mit dem SARS-CoV-2 Virus infizieren und das Virus weiterverbreiten (Transmission). Die Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 führen jedoch dazu, dass geimpfte Personen im Vergleich zu ungeimpften Personen weniger zur Ausbreitung des Erregers beitragen, was insbesondere dem Schutz vulnerabler Personengruppen vor einer SARS-CoV-2-Infektion zuträglich ist. In der Gesamtschau legen die verfügbaren Daten nahe, dass die COVID-19-Impfung eine Virustransmission auch unter Omikron reduziert. (s. bspw. Lyngse et al.; SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, online verfügbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1>). Studien belegen zwar, dass die Schutzwirkung eines Zwei-Dosen-Impfschemas vor schweren Krankheitsverläufen bereits unter der Delta-Variante im zeitlichen Verlauf deutlich abnimmt (Feikin et al., Duration of Effectiveness of Vaccines Against SARS-CoV-2 Infection and COVID-19 Disease: Results of a Systematic Review and Meta-Regression; preprint; https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3961378). Unter der derzeit dominanten Omikron-Variante ist die Schutzwirkung des Zwei-Dosen-Impfschemas deutlich abgeschwächt. Verschiedene Studien zeigen aber ebenfalls, dass nach erfolgter dritter Impfung (Auffrischimpfung) erneut eine hohe Schutzwirkung vor symptomatischer Infektion, schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen erzielt wird. Insbesondere im Hinblick auf die Omikron-Variante ist eine Grundimmunisierung durch dreimaligen Antigenkontakt erforderlich, damit eine ausreichende starke und anhaltende Immunantwort induziert werden kann (Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfempfehlungen abrufbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062>). Keine der bisher aufgetretenen Varianten von SARS-CoV-2 weist bzw. wies Eigenschaften auf, die zu einem kompletten Verlust der Wirksamkeit der in Deutschland verfügbaren Impfstoffe führten. Insbesondere die Effektivität bei der Verhinderung von schweren Verlaufsformen der SARS-CoV-2 Infektion (z.B. Hospitalisierungen) war bzw. ist im Vergleich zum Wildtyp bei Varianten bislang nur wenig abgeschwächt und liegt bzw. lag bei 80-90% (vgl. Wochenberichte des RKI, Kapitel: Wirksamkeit der Impfung) während die Effektivität gegen jegliche Infektion bereits bei der Deltavariante und deutlicher bei der Omikron-Variante nachgelassen hat, jedoch durch die Auffrischimpfung im Beobachtungszeitraum von 10 Wochen erneut auf 50-60 % gehoben werden konnte (Quelle: Technical Report 34).

Gemäß den Meldungen aller durchgeführten COVID-19-Impfungen an das RKI vom 10.02.2022 (abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Impfquoten-Tab.html) haben insgesamt 76,0 Prozent der Bevölkerung mindestens eine Impfung gegen COVID-19 erhalten. 74,6 Prozent der Bevölkerung wurden bereits zweifach gegen COVID-19 geimpft. 55,0 Prozent haben eine Auffrischimpfung erhalten. In der Altersgruppe ab 18 Jahren sind 84,6 Prozent der Menschen vollständig geimpft, 64,3 Prozent haben eine Auffrischimpfung erhalten. Ca. 14 Prozent der Menschen in dieser Altersgruppe sind ungeimpft. Dabei geht das RKI im digitalen Impfquotenmonitoring von einer leichten statistischen Untererfassung in Höhe von maximal 5 Prozentpunkten aus (das heißt zwischen 6,5 Mio und 10 Mio Erwachsenen sind ungeimpft).

Die derzeit bestehende Impfquote reicht auf Basis der bisherigen Erfahrungen nicht aus um den erwarteten, sehr schnellen und starken Anstieg der Erkrankungs-

zahlen und die damit bestehende Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems und ggf. weiterer Versorgungsbereiche in den kommenden Herbst- und Wintermonaten einzudämmen. Einerseits kommt es in den Herbst- und Wintermonaten erfahrungsgemäß stets zu einem starken Anstieg an Atemwegserkrankungen (und nach den Erfahrungen der Winter 2020/2021 und 2021/2022 insbesondere von COVID-19) und andererseits ist nicht prognostizierbar, welche Virusvariante im Herbst/Winter 2022/2023 vorherrschend sein wird. In der Gesamtschau ergibt sich, dass ein Risiko der Überlastung für das Gesundheitssystem besteht mit nachteiligen Auswirkungen auf die gesamte Bevölkerung. Zwar wurde mit dem Gesetz 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, Nr. 83, S. 5162) zum Schutz von Personen, die aufgrund ihres Gesundheitszustandes und/oder Alters ein erhöhtes Risiko für einen schweren oder tödlichen Verlauf einer Erkrankung mit COVID-19 haben (vulnerable Personen), in § 20a des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) eine einrichtungsbezogene Impfpflicht eingeführt. Diese Regelung kann zum einen aber nur einen begrenzten Beitrag zur Steigerung der Impfquote in der Allgemeinbevölkerung leisten. Zum anderen vermag sie vulnerable Personen nicht allgemein anhand des besonderen Risikofaktors Alter, sondern nur bei ihrem Aufenthalt in einer der Impfpflicht unterfallenden Einrichtung zu schützen.

Es ist jedoch absehbar, dass allein mit einer einrichtungsbezogenen Impfpflicht – die primär dem Schutz vulnerabler Personen in den Einrichtungen dient – die nötige Steigerung der Impfquote in der Gesamtbevölkerung, die für die Eindämmung des Coronavirus SARS-CoV-2 insgesamt und zur Vermeidung einer möglichen Überlastung des Gesundheitssystems durch eine hohe Krankheitslast in der adulten Bevölkerung notwendig ist, nicht erreicht werden kann. Denn von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht wird nur ein geringer Teil der Bevölkerung erfasst. Die damit verbundene Steigerung der Impfquote fällt im Vergleich mit der mit einer allgemeinen Impfpflicht verbundenen Steigerung der Impfquote eher gering aus. Die notwendige Steigerung der Impfquote in der Gesamtbevölkerung würde im Ergebnis auch bei einer Impfpflicht, die allein die vulnerablen Personen betreffen würde, nicht erreicht werden.

In der EU sind inzwischen verschiedene Arzneimittel zur Therapie einer COVID-19-Erkrankung zugelassen. Die in Deutschland zur Verfügung stehenden Arzneimittel, insbesondere monoklonale Antikörperpräparate, die nach der S3-Leitlinie – Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 in der frühen Krankheitsphase bis maximal 7 Tage nach Symptombeginn spezifisch zur Reduktion der Viruslast eingesetzt werden können, sind gegenüber den verschiedenen SARS-CoV-2-Varianten unterschiedlich wirksam. (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGI_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2021-10_1.pdf; Seite 37). Abhängig von dem Wirkstoff (monoklonaler Antikörper), der in dem Arzneimittel enthalten ist, reicht die Wirksamkeit gegen die Delta- und Omikron-Variante von „gut“ bis „eingeschränkt“ wirksam. Monoklonale Antikörper zur Präexpositionsprophylaxe für stark immunbeeinträchtigte Personen, die trotz konsequenter dreifacher Immunisierung unzureichend serologisch ansprechen, werden voraussichtlich in Kürze zugelassen. Diese werden jedoch anfänglich nur sehr begrenzt verfügbar sein. Überdies zeigt die Erfahrung, dass sich nur in wenigen Fällen Patientinnen und Patienten rechtzeitig für einen Therapiebeginn in Behandlung begeben. Die Antikörperpräparate müssen jedoch innerhalb von 7 Tagen nach dem ersten Auftreten von Symptomen infundiert oder injiziert werden um einen Therapieerfolg zu zeigen. Für die in Deutschland verfügbaren Virus-

tatika zur Reduktion des Risikos eines schweren Verlaufs einer COVID-19 Erkrankung, die oral eingenommen werden, weisen in-vitro-Untersuchungen darauf hin, dass sie gegen alle bisher für Deutschland bedeutsamen SARS-CoV-2-Varianten wirksam sind. Die verfügbaren antiviralen Arzneimittel sind jedoch gemäß Anwendungsgebiet auf Patienten mit einem erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 beschränkt sowie in ihrer Anwendung aufgrund des Nebenwirkungsprofils, der Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und ihrer limitierten Verfügbarkeit eingeschränkt. Arzneimittel können im Gegensatz zu Impfungen nur reaktiv nach erfolgter SARS-CoV-2 Diagnose angewendet werden und können daher im Gegensatz zu einer präventiven Impfung bei einer unerkannten oder zu spät erkannten SARS-CoV-2 Infektion nicht vor einem schweren Verlauf schützen. Die verfügbaren Therapieansätze sind damit nicht zur breiten Anwendung geeignet und machen eine Impfung mit sicheren und hochwirksamen Impfstoffen keinesfalls überflüssig.

In der Vergangenheit wurden bereits zahlreiche Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Pandemie ergriffen, die sich auf nahezu alle Lebensbereiche ausgewirkt haben. Spezifische Maßnahmen zur Steigerung der Impfquote, wie z. B. gezielte Aufklärung, förderten zwar die Impfbereitschaft in der Bevölkerung, konnten jedoch letztendlich nicht die für die Eindämmung des Virus erforderliche Wirkung erzielen. Als nächste zur Verfügung stehende Mittel bleiben die Stärkung der Grundimmunität der Bevölkerung über eine erweiterte Kommunikationsstrategie, eine flächendeckend noch individuellere und zielgerichtete Ansprache der Bevölkerung, sowie die Ausweitung von Impfangeboten und die mittelfristige Einführung einer allgemeinen Impfpflicht für alle Personen ab 18 Jahren, die im Bundesgebiet ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten.

Durch die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht für die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 werden eine Überlastung des Gesundheitssystems verhindert und mögliche gesundheitliche Folgen einer Erkrankung deutlich reduziert. Damit werden auch Versorgungsengpässe vermieden, in denen im Hinblick auf alle entsprechend behandlungsbedürftigen Patientinnen und Patienten über die Zuteilung limitierter Ressourcen, insbesondere von Intensivpflegeplätzen, entschieden werden müsste. Gleichzeitig kann durch hohe Durchimpfungsraten in der Bevölkerung und eine starke und anhaltende Immunantwort gegen zirkulierende SARS-CoV-2 Varianten das Risiko der Entstehung von Virusvarianten mit neuen Schadenspotentialen vermindert werden. Eine hohe Durchimpfung trägt zudem dazu bei, dass auf anderweitige Schutzmaßnahmen und die damit verbundenen Eingriffe in Grundrechte, wie in das Recht auf schulische Bildung, die freie Berufsausübung, die freie Ausübung von Kunst und Kultur, die Versammlungsfreiheit, die Freiheit der Religionsausübung, die allgemeine Handlungsfreiheit u.a. künftig möglichst verzichtet werden kann. Im Laufe der Pandemie ist die Qualität der Daten für eine präzise Erfassung der Impfquoten in unterschiedlichen Teilgruppen zunehmend schlechter geworden. Eine systematische Quote der Genesenen liegt darüber hinaus nicht vor. Daher bietet es sich an, die im Gesetz beabsichtigte systematische Erfassung der geimpften und genesenen Personen anonymisiert auszuwerten und für eine daraus resultierende Anpassung des Pandemiemanagements zu nutzen.

Eine hohe Durchimpfungsquote reduziert die Transmissionswahrscheinlichkeit und dient damit dem Schutz, insbesondere vulnerabler Gruppen. Zudem minimiert sie das Risiko schwerer Krankheitsverläufe. Sie trägt zur Entlastung des Gesundheitssystems sowie der Sicherstellung der Regelversorgung bei und reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass erneut anderweitige bevölkerungsbezogene

Schutzmaßnahmen erforderlich werden, die mit erheblichen Eingriffen in grundrechtlich geschützte Freiheiten einhergehen würden. Die mit entsprechenden anderweitigen Schutzmaßnahmen verbundenen und gesellschaftlichen, psychosozialen und ökonomischen Konsequenzen für die Menschen in Deutschland können minimiert und im besten Fall vermieden werden.

B. Lösung

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und vulnerabler Gruppen und einer Wiedererlangung der Planbarkeit des öffentlichen und privaten Lebens werden Maßnahmen ergriffen um die Grundimmunität in der Bevölkerung nachhaltig zu steigern.

Hierzu wird in einem ersten Schritt die Impfkampagne ein weiteres Mal erweitert. Dazu werden insbesondere erstmals alle erwachsenen Personen persönlich kontaktiert und von ihren Krankenversicherungen über Beratungs- und Impfmöglichkeiten informiert. Darauf aufbauend wird in einem zweiten Schritt eine allgemeine Impfpflicht für Personen über 18 Jahre eingeführt. Die Kampagne wie auch die allgemeine Impfpflicht werden dabei so ausgestaltet, dass sichergestellt ist, dass alle Mitglieder der Gesellschaft erreicht werden.

Dies bedeutet, dass Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in der Bundesrepublik Deutschland haben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet sind, ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen und diesen auf Anforderung der zuständigen Behörde vorzulegen. Unabhängig davon sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet, ab dem 1. Oktober diesen Nachweis auf Anforderung ihrer Krankenkasse oder ihres Versicherers, bei dem sie privat krankenversichert sind, oder ihres Trägers der Heilfürsorge, vorzulegen.

Ausgenommen werden Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder die permanent oder vorübergehend nicht mit einem der zugelassenen und verfügbaren Impfstoffe gegen COVID-19 immunisiert werden können. Schwangere im ersten Trimenon sind ebenfalls ausgenommen. Abhängig vom Stand der medizinischen Wissenschaft ist eine Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 unter bestimmten Umständen sorgsam nach ärztlichem Ermessen zu empfehlen.

Die Regelung wird vierteljährlich evaluiert und ist bis zum 31. Dezember 2023 befristet, um die mit der Impfpflicht in Zusammenhang stehenden Belastungen zu begrenzen.

C. Alternativen

Um eine Steigerung von Impfquoten zu erreichen, wurden von Bund und Ländern niedrigschwellige Impfangebote geschaffen. Diese wurden durch eine breit angelegte Aufklärungs- und Informationskampagne in Form von Plakat-, Radio-, Fernseh-, Internet- und Social Media-Werbung zur Corona-Schutzimpfung begleitet, die sich durch verschiedene Phasen auszeichnete und die sich an der Verfügbarkeit von Impfstoffen und tagesaktuellen Informationsbedürfnissen der Teilzielgruppen ausrichtete. Zudem wurde versucht, eine Steigerung der Impfquoten durch Veröffentlichungen einschlägiger Publikationen zu erreichen (siehe Brewer, N. T., Chapman, G. B., Rothman, A. J., Leask, J., & Kempe, A. (2017). Increasing vaccination: putting psychological science into action. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(3), Betsch C, Böhm R, Chapman GB. Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights*

from the Behavioral and Brain Sciences. 2015;2(1)). In den letzten Monaten zeigte sich, dass bislang noch ungeimpfte Personen durch die Impfkampagne nicht mehr ausreichend erreicht und mobilisiert werden können. Zwar haben sehr viele Menschen eine Auffrischimpfung in Anspruch genommen, die Zahl der täglichen Erst- und Zweit-Impfungen blieb jedoch auf einem geringen Niveau (10.000 bis 40.000 pro Tag, Digitales Impfquoten-Monitoring). Zudem zeigen Umfragedaten, dass die Impfbereitschaft bei bisher ungeimpften Personen sehr gering ist. Daten der COSMO-Studie geben den Anteil derer, die sich nach derzeitigem Stand auf keinen Fall impfen lassen wollen, mit zuletzt 63 Prozent an. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht stellt keine geeignete Alternative dar, da sie nur einen geringen Teil (ca. 5,67 Mio. Personen) der Bevölkerung betrifft und die damit verbundene Steigerung der Impfquote im Vergleich zur Einführung einer allgemeinen Impfpflicht eher gering ausfällt. Dies gilt im Ergebnis auch bei einer altersbezogenen Impfpflicht, die allein einen Teil der vulnerablen Personen treffen würde.

Ebenso stellen sog. Riegelungsimpfungen, die für bestimmte Erkrankungen in Ausbruchssettings durchgeführt werden, keine Alternative dar. Voraussetzung für deren Wirksamkeit ist, dass innerhalb kurzer Zeit durch Impfung möglichst vieler Kontaktpersonen sowohl der Ausbruch, die Weiterverbreitung als auch die individuelle Erkrankung unterbunden werden kann. Beides wäre angesichts des Impfschemas (mindestens 2 Dosen im Abstand von mind. 21 Tagen) und der Wirkweise der Impfstoffe (nur bedingt Verminderung der Transmission, insbesondere unter Omikron) für SARS-CoV-2 nicht oder nur mit Einschränkungen erfüllt. Im Ergebnis kämen solche Impfungen zu spät. Auch eine konditionierte Impfpflicht, die erst beim Auftreten neuer Belastungssituationen im Gesundheitswesen oder neuer Virusvarianten in Kraft gesetzt würde, kann aufgrund der erforderlichen Dauer für die gebotene dreifache Impfung (mindestens vier Monate) und der hohen Zahl ungeimpfter Menschen nicht rechtzeitig wirken.

Alternativ zur Abwicklung der Kontrolle des Impfstatus durch die Krankenkassen verbunden mit anlasslosen und anlassbezogenen Kontrollen, wurden die Möglichkeiten der Umsetzung durch umfassende Meldeverpflichtung der Bürger an zuständige Stellen, die die Daten der Bürger über die Melderegister erhalten, sowie die Umsetzung durch die Arbeitgeber in Betracht gezogen.

Eine Umsetzung primär über Arbeitgeber wurde nicht weiterverfolgt, da die Durchsetzung über die Arbeitgeber nur eine Teilmenge der Bevölkerung (30 Mio. abhängig Beschäftigte) und nicht alle Altersgruppen gleichmäßig erfassen würde.

Zwar könnten die zur Kontrolle einer allgemeinen Impfpflicht gegen COVID-19 erforderlichen Grunddaten impfnachweispflichtiger Personen (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum) grundsätzlich von den Meldebehörden an zuständige Stellen übermittelt werden. Neben den dafür erforderlichen Rechtsgrundlagen müsste allerdings auch eine entsprechende Infrastruktur sowohl für den Empfang als auch für die weitere Verarbeitung dieser Daten bei den dann zuständigen Stellen vorhanden sein oder geschaffen werden. Ein Rückgriff auf bereits vorhandene Strukturen und Stellen, die mit dem Umgang mit den besonders sensiblen Gesundheitsdaten bereits vertraut sind, scheint insoweit nicht nur unter zeitlichen Gesichtspunkten vorzuzugewärtigen.

D. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Der Gesetzentwurf bezweckt eine Steigerung der Impfquote im Personenkreis der Menschen über 18 Jahre. Durch den Gesetzentwurf werden unmittelbar keine zu-

sätzlichen Kosten geschaffen für Schutzimpfungen, die über die nach der Coronavirus-Impfverordnung für die Schutzimpfungen entstehenden Kosten hinausgehen.

Dem Bund entstehen Ausgaben in derzeit nicht quantifizierbarer Höhe durch die Erstattung der Aufwendungen der Kostenträger der Krankenversorgung für die Information aller Versicherten und die Prüfung des Immunitätsnachweises gegen COVID-19 nach § 20a IfSG. Die Höhe der Ausgaben ist von der konkreten Umsetzung des Erhebungsverfahrens in der Rechtsverordnung abhängig.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht entstehen keine Kosten, die über die aufgrund der bisherigen Gesetzesfassung entstehenden Kosten hinausgehen.

E. Erfüllungsaufwand

E.1 Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Verpflichtung, den zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absätze 3 und 4 IfSG vorzulegen, entsteht für die Bürgerinnen und Bürger ein geringfügiger, nicht näher quantifizierbarer zeitlicher und gegebenenfalls geringfügiger finanzieller Aufwand. Um den Erfüllungsaufwand gering zu halten, werden digitale Lösungen und einfach handhabbare Übermittlungswege geprüft. Eine konkrete Berechnung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

Gleiches gilt für die Verpflichtung der Bürgerinnen und Bürger, den nach § 20c IfSG zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absatz 3 IfSG vorzulegen.

E.2 Erfüllungsaufwand für die Wirtschaft

Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Ordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens durch die Verpflichtung zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ca. 7,1 Millionen volljährige Krankheitskostenvollversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG ein Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehende Aufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

Davon Bürokratiekosten aus Informationspflichten

Durch die Verpflichtung der Unternehmen der privaten Krankenversicherung, die Krankheitskostenvollversicherten über die allgemeine Impfnachweispflicht sowie über Beratungs- und Impfangebote zu informieren, entstehen Bürokratiekosten in nicht quantifizierbarer Höhe.

E.3 Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Im Bereich der Bundespolizei entsteht Erfüllungsaufwand durch die Information über Beratungs- und Impfmöglichkeiten sowie die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise von den Heilfürsorgeberechtigten der Bundespolizei sowie durch die Benachrichtigung der zuständigen Behörden in Höhe von rund 520.000 Euro.

b) Länder und Kommunen

Durch die gesetzliche Vorgabe, sich Immunitätsnachweise vorzeigen zu lassen bzw. Bußgeldverfahren durchzuführen, ergibt sich für die nach Landesrecht zu bestimmenden zuständigen Behörden ein nicht näher quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die Anforderung und Prüfung der Impfnachweise und der Ausnahmetatbestände entsteht für die Länder im Rahmen der Kontrollen Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht entsteht kein über die bisherige Gesetzesfassung hinausgehender Erfüllungsaufwand.

c) Sozialversicherung

Den Krankenkassen entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für rund 62 Mio. volljährige gesetzlich Krankenversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den gesetzlichen Krankenkassen entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

d) Postbeamtenkrankenkasse

Der Postbeamtenkrankenkasse entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Versicherten wie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Postbeamtenkrankenkasse entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

e) Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Mitglieder und die mitversicherten Angehörigen sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

F. Weitere Kosten

Aus den Maßnahmen des Gesetzes ergeben sich keine Auswirkungen auf das Preisniveau und auch keine nennenswerten Auswirkungen auf Einzelpreise.

Entwurf eines Gesetzes zur Aufklärung, Beratung und Impfung aller Volljährigen gegen SARS-CoV-2 (SARSCovImpfG)

Vom ...

Der Bundestag hat mit Zustimmung des Bundesrates das folgende Gesetz beschlossen:

Artikel 1

Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Die Inhaltsübersicht wird wie folgt geändert:
 - a) Die Angaben zu den §§ 20a und 20b werden durch die folgenden Angaben ersetzt:
 - „§ 20a Immunitätsnachweis gegen COVID-19 für Erwachsene, Verordnungsermächtigung
 - § 20b Immunitätsnachweis gegen COVID-19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen
 - § 20c Weiteres Verfahren; Verordnungsermächtigung
 - § 20d Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2
 - § 20e Befristung, Ermächtigung des Bundestages“.
 - b) Die Angabe zu § 22 wird durch die folgenden Angaben ersetzt:
 - „§ 22 Impf-, Genesenen- und Testdokumentation
 - § 22a Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung“.
 - c) Nach der Angabe zu § 54b wird folgende Angabe eingefügt:
 - „§ 54c Zwangsmittel“.
 - d) Nach der Angabe zu § 73 wird folgende Angabe eingefügt:
 - „§ 73a Anwendung des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten“.
2. Nach § 20 wird folgender § 20a eingefügt:

„§ 20a

Immunitätsnachweis gegen COVID-19 für Erwachsene, Verordnungsermächtigung

(1) Personen, die seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, sind verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 zu verfügen. Hierüber sowie über Beratungs- und Impfangebote werden sie von den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 spätestens zum 15. Mai 2022 informiert. Den gewöhnlichen Aufenthalt im Sinne des Satzes 1 hat eine Person in der Bundesrepublik Deutschland, wenn sie sich in der Bundesrepublik Deutschland unter Umständen aufhält, die erkennen lassen, dass sie in der Bundesrepublik Deutschland nicht nur vorübergehend verweilt oder zu verweilen beabsichtigt; ein gewöhnlicher Aufenthalt im Sinne des Satzes 1 liegt stets und von Beginn an vor, wenn ein

zeitlich zusammenhängender Aufenthalt von mehr als sechs Monaten in der Bundesrepublik Deutschland vorliegt oder geplant ist.

(2) Absatz 1 gilt nicht für,

1. Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können und
2. Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel.

Satz 1 gilt auch für bis sechs Monate nach Wegfall der dort genannten Tatbestände.

(3) Die zuständige Behörde kann ab dem 1. Oktober 2022 zur Überprüfung, ob die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 erfüllt wird, von jeder Person verlangen, dass ihr ein amtlicher Lichtbildausweis sowie folgender Nachweis vorgelegt wird:

1. ein Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2, oder
2. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können oder bei ihnen in den letzten sechs Monaten ein solcher Tatbestand vorlag.

Behauptet eine Person bei einer Überprüfung nach Satz 1, nicht unter die Verpflichtung des Absatzes 1 Satz 1 zu fallen, weil sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, hat sie auf Anforderung der zuständigen Behörde einen amtlichen Lichtbildausweis zur Überprüfung ihres Alters vorzulegen. Behauptet eine Person bei einer Überprüfung nach Satz 1, nicht unter die Verpflichtung des Absatzes 1 Satz 1 zu fallen, weil sie nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sie auf Anforderung der zuständigen Behörde einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen. In diesem Fall ist die zuständige Behörde zudem berechtigt, zu verlangen, dass diese Person glaubhaft macht, nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland zu haben. Widerspruch und Anfechtungsklage eine Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung.

(4) Unabhängig von Kontrollen nach Absatz 3 sind Personen nach Absatz 1 Satz 1 ab dem 1. Oktober 2022 verpflichtet, einen Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 gegenüber folgenden Stellen auf deren Anforderung hin vorzulegen:

1. der Krankenkasse, bei der sie gesetzlich krankenversichert sind oder die nach § 264 Absatz 1 oder Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch die Krankenbehandlung für sie übernommen hat,
2. dem Versicherer, bei dem sie privat krankenversichert sind,
3. dem Träger der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse, soweit sie von diesem oder dieser Leistungen der Krankenversorgung erhalten, oder
4. dem Träger der Heilfürsorge, soweit sie von diesem Leistungen der Heilfürsorge erhalten und soweit sie keiner Duldungspflicht nach § 17a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 des Soldatengesetzes in Bezug auf eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 unterliegen.

Soweit ein nach Satz 1 vorgelegter Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 nach dem 1. Oktober 2022 seine Gültigkeit auf Grund Zeitablaufs verliert, sind die betroffenen Personen verpflichtet, der Stelle nach Satz 1 einen neuen Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 innerhalb eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des bisherigen Nachweises vorzulegen. Privat krankenversicherte Versicherungsnehmer sind verpflichtet, ihrem Versicherer auf Anforderung die Anschriften des gewöhnlichen Aufenthaltsortes mitversicherter Personen mitzuteilen.

(5) Wenn eine nach den Absätzen 3 und 4 verpflichtete Person unter rechtlicher Betreuung steht, hat deren Betreuer für die Einhaltung der diese Person nach den Absätzen 3 bis 4 treffenden Verpflichtungen zu sorgen, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

(6) Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 werden verpflichtet, die Einhaltung der Verpflichtungen nach Absatz 4 für alle Personen nach Absatz 1 Satz 1, die bei ihnen versichert sind oder von ihnen versorgt werden, zu prüfen. Hierzu haben die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 personenbezogen die erforderlichen Nach-

weise nach Absatz 3 Satz 1 anzufordern, zu erheben, zu speichern und zumindest stichprobenhaft auf Echtheit und inhaltliche Richtigkeit zu prüfen. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 dürfen personenbezogene Daten nach Absatz 4 nur für Zwecke nach den Sätzen 1 und 2 im hierfür erforderlichen Umfang verarbeiten. Die Daten nach Satz 3 dürfen von den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1, 2 und 3 mit Daten des Versicherungsverzeichnisses nach § 288 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder entsprechenden Datenbeständen bei den privaten Versicherungsunternehmen abgeglichen werden; eine Zusammenführung mit anderen Daten ist unzulässig. Die Daten nach Satz 3 dürfen nicht zu anderen als den in Satz 1 genannten Zwecken verarbeitet werden und sind zu löschen, sobald sie für Zwecke nach Satz 1 nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch am 31. Dezember 2023. Die den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 nach diesem Absatz sowie nach den Absätzen 4 und 7 entstehenden Kosten werden aus Bundesmitteln erstattet.

(7) Die für die Anforderung nach Absatz 3 Satz 1 zuständige Behörde und die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 benachrichtigen die für das weitere Verfahren nach § 54 zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt begründet hat, und übermitteln an diese personenbezogene Angaben nach § 2 Nummer 16, wenn

1. ein Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 entgegen der Verpflichtung nach Absatz 3 Satz 1 nicht gegenüber der nach Absatz 3 zuständigen Behörde auf deren Anforderung vorgelegt wird,
2. ein Nachweis nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 entgegen der Verpflichtung nach Absatz 4 Satz 1 oder 2 nicht gegenüber der zuständigen Stelle vorgelegt wird,
3. eine Mitteilung entgegen Absatz 4 Satz 3 nicht erfolgt,
4. Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Nachweises bestehen, oder
5. eine Glaubhaftmachung nach Absatz 3 Satz 4 entgegen der Verpflichtung nach Absatz 3 Satz 4 nicht gegenüber der nach Absatz 3 zuständigen Behörde auf deren Anforderung erfolgt.

(8) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, nach Anhörung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbands der Privaten Krankenversicherung, der Träger der Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse und der Träger der Heilfürsorge durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu:

1. Vorgaben hinsichtlich des Vorlageverfahrens nach Absatz 4 Satz 1 und 2 und hinsichtlich des Benachrichtigungsverfahrens nach Absatz 7,
2. Vorgaben bezüglich der Anforderung nach Absatz 4 Satz 1,
3. der Errichtung und Ausgestaltung eines Portals zur Unterstützung der Stellen nach Absatz 4 Satz 1 bei ihren Aufgaben nach den Absätzen 4 und 6,
4. der Festsetzung technischer Verfahren und Systeme zur Unterstützung beim Verfahren nach Absatz 4, insbesondere zur Vorlage und Überprüfung der Nachweise nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2, sowie der Bereitstellung dieser Systeme durch Stellen nach Absatz 4 Satz 1 sowie durch den Bund,
5. der Ermittlung der nach Absatz 4, 6 und 7 entstehenden Kosten,
6. der Art und dem Umfang der Erstattung nach Absatz 6 Satz 6,
7. dem Verfahren der Erstattung aus Bundesmitteln nach Absatz 6 Satz 6,
8. Vorgaben hinsichtlich des Verfahrens nach Absatz 10, insbesondere zu den konkret zu übermittelnden Daten und zum Zeitpunkt der Datenübermittlung,
9. der Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 für die Erfüllung ihrer Aufgaben nach Absatz 6 Satz 1 bis 5 und Absatz 7, nach Absatz 10 sowie im Verfahren einzubeziehender Bundeseinrichtungen, insbesondere des Robert Koch-Instituts bei der Anbindung bestehender technischer Systeme sowie des Portals nach Nummer 3,
10. der Möglichkeit der Miteinbeziehung von Validierungsdiensten im Rahmen der in Absatz 6 enthaltenen Aufgaben der Stellen nach Absatz 4 Satz 1 und

11. der Möglichkeit der Einbeziehung von Auftragsverarbeitern im Rahmen der in Absatz 6 und 7 vorgesehenen Datenverarbeitung.

(9) Abweichend von Absatz 6 dürfen Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 die von ihren Versicherten, Aufklärungsarbeit und Information erhobenen Daten nach Absatz 4 auch zur persönlichen Ansprache ihrer Versicherten bezüglich eines direkten Impfangebots nutzen. Sie dürfen diese Daten auch zum Zweck der Übermittlung in die elektronische Patientenakte abweichend von § 341 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch nach § 350 Absatz 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch verarbeiten, wenn sie den Versicherten zuvor über die Übermittlung seiner Daten in die elektronische Patientenakte informiert haben und der Versicherte nicht widerspricht. Für die Information des Versicherten und die Widerspruchsmöglichkeit ist das Verfahren der Anforderung nach Absatz 6 zu nutzen. Bis zum 1. November 2022 haben die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 sicherzustellen, erhobenen medizinischen Daten, insbesondere die Daten der elektronischen Zertifikate nach § 341 Absatz 2 Nummer 5 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als Teil der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden können. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 müssen Versicherten, die noch nicht über eine elektronische Patientenakte verfügen, eine elektronische Patientenakte in einem benutzerfreundlichen Verfahren einrichten. Die von dem Versicherten erhobenen Daten nach Absatz 4 dürfen bis zur Bereitstellung der elektronischen Patientenakte und Übermittlung der Daten in diese durch die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 gespeichert werden.

(10) Abweichend von Absatz 6 übermitteln die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 personenbezogene Daten, die durch die Erfüllung der Nachweispflicht erhoben werden, für die in § 303e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Zwecke an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die Regelungen des Datentransparenzverfahrens nach den §§ 303a bis 303f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind hierbei entsprechend anzuwenden.“

3. Der bisherige § 20a wird § 20b und wird wie folgt geändert:

- a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 20b

Immunitätsnachweis gegen COVID-19 in bestimmten Einrichtungen und Unternehmen“.

- b) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „entweder geimpfte oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sein“ durch die Wörter „über einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „oder die sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden“ eingefügt.

- c) Absatz 2 Satz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Nummer 1 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 3 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 1“ ersetzt.

bb) In Nummer 2 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 5 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung oder“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 2,“ ersetzt.

- cc) Nach Nummer 2 wird folgende Nummer 3 eingefügt:

„3. ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden oder“.

- dd) Die bisherige Nummer 3 wird Nummer 4.

- d) Absatz 5 wird aufgehoben.
 - e) Absatz 6 wird Absatz 5.
 - f) Absatz 7 wird aufgehoben.
4. Nach dem neuen § 20b wird folgender § 20c eingefügt:

„§ 20c

Weiteres Verfahren; Verordnungsermächtigung

(1) Jede Person, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Bezirk der vom Land für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde hat, ist verpflichtet, auf deren Anforderung einen Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 vorzulegen, eine Glaubhaftmachung nach § 20a Absatz 3 Satz 4 zu erbringen oder eine Mitteilung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 abzugeben. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

(2) Die in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Personen haben dem Gesundheitsamt oder der Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorzulegen.

(3) Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Nachweises, so kann

1. die für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 6 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, oder
2. das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet,

eine ärztliche Untersuchung der betroffenen Person dazu anordnen, ob die betroffene Person auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine nach Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

(4) Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Absatz 2 keinen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtung oder eines in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Widerspruch und Anfechtungsklage eine Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung.

(5) Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen nach § 20b Absatz 1 Satz 1 befindet, übermittelt ab dem 1. Oktober 2022 der für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, die für das weitere Verfahren erforderlichen personenbezogenen Angaben nach § 2 Nummer 16. Bußgeldverfahren und Verwaltungszwangsverfahren sind ab dem 1. Oktober 2022 ausschließlich durch die nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, durchzuführen.

(6) Bevor Maßnahmen nach Absatz 4 ergriffen oder ein Verwaltungszwangsverfahren eingeleitet werden, ist die betroffene Person auf die Möglichkeit einer Impfberatung und einer kostenlosen Schutzimpfung hinzuweisen und ist ihr Gelegenheit zu geben, einen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorzulegen. Sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird, ist die Maßnahme nach Absatz 4 aufzuheben und das Verwaltungszwangsverfahren oder das Bußgeldverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen.

(7) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben hinsichtlich des Übermittlungsverfahrens sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach den Absätzen 1 und 2 festzulegen.“

5. Der bisherige § 20b wird § 20d.
6. Nach § 20d wird folgender § 20e eingefügt:

„§ 20e

Befristung, Ermächtigung des Bundestages zur Verlängerung, Evaluierung

- (1) Die §§ 20a bis § 20d gelten bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023.
 - (2) Der Deutsche Bundestag kann durch im Bundesgesetzblatt bekanntzumachenden Beschluss die Geltung der §§ 20a bis § 20d aufheben oder die Frist nach Absatz 1 um jeweils bis zu ein Jahr verlängern.
 - (3) Die Bundesregierung evaluiert die Regelungen der §§ 20a bis 20d bis zur Aufhebung ihrer Geltung quartalsweise und berichtet an den Deutschen Bundestag.“
7. § 22 wird wie folgt geändert:
 - a) Die Überschrift wird wie folgt gefasst:

„§ 22

Impf-, Genesenen- und Testdokumentation“.

- b) Die Absätze 5 bis 7 werden aufgehoben.
8. Nach § 22 wird folgender § 22a eingefügt:

„§ 22a

Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung

(1) Ein Impfnachweis ist 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. Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn

1. die zugrundeliegenden Einzelimpfungen mit einem von der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff, mit verschiedenen von der Europäischen Union zugelassenen oder mit äquivalenten Impfstoffen oder mit in einer Rechtsverordnung nach Absatz 4 bestimmten Impfstoffen erfolgt sind,
2. insgesamt drei Einzelimpfungen erfolgt sind und
3. die letzte Einzelimpfung mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt ist.

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz auch bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn

1. 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 Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen COVID-19 erhalten hatte,
2. die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann, und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung

- a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie
 - b) zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfdosis gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat, oder
3. die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Impfdosis mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung
- a) auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht sowie
 - b) seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind.

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor. Abweichend von Satz 3 liegt in den dort genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor, an die Stelle der zweiten Einzelimpfung tritt die erste Einzelimpfung.

(2) Ein Genesenennachweis ist 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

1. die vorherige Infektion durch einen direkten Erregernachweis nachgewiesen wurde und
2. die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt.

(3) Ein Testnachweis ist ein Nachweis hinsichtlich des Nichtvorliegens einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form,

1. soweit die Testung im Inland erfolgt ist,

die zugrundeliegende Testung durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind oder auf Grund ihrer CE-Kennzeichnung oder auf Grund einer gemäß § 11 Absatz 1 des Medizinproduktegesetzes erteilten Sonderzulassung verkehrsfähig sind, die zugrundeliegende Testung maximal 24 Stunden zurückliegt und

- a) vor Ort unter Aufsicht desjenigen stattfindet, der der jeweiligen Schutzmaßnahme unterworfen ist,
 - b) im Rahmen einer betrieblichen Testung im Sinne des Arbeitsschutzes durch Personal, das die dafür erforderliche Ausbildung oder Kenntnis und Erfahrung besitzt, erfolgt,
 - c) von einem Leistungserbringer nach § 6 Absatz 1 der Coronavirus-Testverordnung vorgenommen oder vor Ort überwacht wurde, oder
2. soweit die Testung im Ausland erfolgt ist,
 - a) von einer nach dem Recht des jeweiligen Staates befugten Stelle vorgenommen oder überwacht wurde und
 - b) durch In-vitro-Diagnostika erfolgt ist, die für den direkten Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 bestimmt sind, und
 - aa) zum Zeitpunkt oder zum geplanten Zeitpunkt der Einreise in die Bundesrepublik maximal 48 Stunden zurückliegt, oder
 - bb) sofern eine Einreise mittels Beförderer stattfindet und die Testung mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-NAAT oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist, zum Zeitpunkt oder zum geplanten Zeitpunkt des Beginns der Beförderung maximal 48 Stunden zurückliegt.

(4) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- und einen Testnachweis zu regeln, sofern diese abweichenden Anforderungen für die jeweils betroffenen Personen vorteilhaft sind. In der Rechtsverordnung darf die Bundesregierung

1. hinsichtlich des Impfnachweises abweichend von Absatz 1 regeln:
 - a) die Intervallzeiten,
 - aa) die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und
 - bb) die zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen,
 - b) die Zahl und mögliche Kombination der Einzelimpfungen für einen vollständigen Impfschutz und
 - c) weitere Impfstoffe, deren Verwendung für einen Impfnachweis im Sinne des Absatzes 1 anerkannt werden,
2. hinsichtlich des Genesenennachweises abweichend von Absatz 2 regeln:
 - a) weitere Nachweismöglichkeiten, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen werden kann,
 - b) die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss,
 - c) die Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion zurückliegen darf,
3. hinsichtlich des Testnachweises abweichend von Absatz 3 regeln:

weitere Nachweismöglichkeiten, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen worden sein kann.

(5) Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch folgende Personen zu bescheinigen:

1. durch die zur Durchführung der Schutzimpfung berechtigte Person oder
2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und § 22 Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

(6) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenenzertifikat) zu bescheinigen:

1. durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechtigte Person oder
2. nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Genesenenzertifikats

übermittelt die zur Bescheinigung der Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Genesenenzertifikat technisch generiert:

3. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,
4. das Datum der Testung und
5. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.

(7) Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen. Zur Erstellung des COVID-19-Testzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung verpflichtete Person folgende Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Testzertifikat technisch generiert:

1. den Namen der getesteten Person, ihr Geburtsdatum,
2. das Datum der Testung und
3. Angaben zur Testung, einschließlich der Art der Testung, und zum Aussteller.

Absatz 5 Satz 4 gilt entsprechend.“

9. § 28b wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „geimpfte Personen, genesene Personen oder getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 2, Nummer 4 oder Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind und“ durch das Wort „über“ und werden die Wörter „§ 2 Nummer 3, Nummer 5 oder Nummer 7 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „§ 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3“ ersetzt.

bb) In Satz 2 werden die Wörter „§ 2 Nummer 7 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „§ 22a Absatz 3“ ersetzt.

b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden die Wörter „getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind und“ gestrichen und werden nach dem Wort „Testnachweis“ die Wörter „nach § 22a Absatz 3“ eingefügt.

bb) In Satz 4 und Satz 5 werden die Wörter „geimpfte Personen oder genesene Personen im Sinne des § 2 Nummer 2 oder Nummer 4 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind“ jeweils durch die Wörter „über einen Impfnachweis oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder Absatz 2 verfügen“ ersetzt.

c) Absatz 5 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 Nummer 1 werden die Wörter „geimpfte Personen, genesene Personen oder getestete Personen im Sinne des § 2 Nummer 2, Nummer 4 oder Nummer 6 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung sind“ durch die Wörter „über einen Impfnachweis, Genesenennachweis oder Testnachweis nach § 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3 verfügen“ ersetzt.

bb) In Satz 4 werden die Wörter „im Sinne des § 2 Nummer 3, Nummer 5 oder Nummer 7 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung“ durch die Wörter „nach § 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3“ ersetzt.

10. Nach § 54b wird folgender § 54c eingefügt:

„§ 54c

Zwangsmittel

Zur Durchsetzung einer Anforderung nach § 20c Absatz 1 und Absatz 2 ist ausschließlich das Zwangsmittel des Zwangsgeldes zulässig. Im Falle der Uneinbringlichkeit des Zwangsgeldes nach Satz 1 ist die Anordnung von Ersatzzwangshaft oder Erzwingungshaft ausgeschlossen.“

11. § 73 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

- aa) Nach Nummer 7d werden die folgenden Nummern 7e bis 7g eingefügt:

„7e. einer vollziehbaren Anordnung nach § 20a Absatz 3 Satz 1 zuwiderhandelt,

7f. entgegen § 20a Absatz 4 Satz 1 oder 2 einen Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt,

7g. entgegen § 20a Absatz 5, auch in Verbindung mit § 20c Absatz 1 Satz 1, nicht dafür sorgt, dass eine dort genannte Verpflichtung eingehalten wird,“.

- bb) Die bisherige Nummer 7e wird Nummer 7h und die Angabe „20a“ wird durch die Angabe „§ 20b“ ersetzt.

- cc) Die bisherige Nummer 7f wird Nummer 7i und die Angabe „§ 20a Absatz 2“ wird durch die Angabe „§ 20b Absatz 2“ ersetzt und werden die Wörter „§ 20a Absatz 5 Satz 3“ durch die Wörter „§ 20c Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.

- dd) Die bisherige Nummer 7g wird Nummer 7j und die Angabe „20a“ wird durch die Angabe „§ 20b“ ersetzt.

- ee) Die bisherige Nummer 7h wird Nummer 7k und wie folgt gefasst:

„7k. entgegen § 20c Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 einen dort genannten Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt, eine dort genannte Glaubhaftmachung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erbringt oder eine dort genannte Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig abgibt,“.

- b) In Absatz 2 wird die Angabe „7h“ durch die Angabe „7k“ ersetzt.

12. Nach § 73 wird folgender § 73a eingefügt:

„§ 73a

Anwendung des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten

In den Fällen des § 73 Absatz 1a Nummer [7e, 7f, 7g und]7k ist

1. § 47 Absatz 1 Satz 2 und Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten mit der Maßgabe anzuwenden, dass das Verfahren einzustellen ist, sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird,
2. § 96 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten nicht anzuwenden,
3. eine Anordnung der Erzwingungshaft nach § 802g ZPO zur Abgabe einer Vermögensauskunft ausgeschlossen.

Abweichend von § 47 Absatz 2 Satz 1 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ist die Zustimmung der Staatsanwaltschaft in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 nicht erforderlich.“

13. In § 75a Absatz 1 Nummer 2 wird die Angabe „§ 22“ durch die Angabe „§ 22a“ ersetzt.

Artikel 2

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 10. Dezember 2021 (BGBl. I S. 5162) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 284 Absatz 3 Satz 1 werden nach dem Wort „Sozialgesetzbuchs“ die Wörter „oder nach § 20a des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
2. Nach § 303b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird folgende Nummer 3a eingefügt:
„3a. Angaben zur Erfüllung der COVID-19-Nachweispflicht nach § 20a des Infektionsschutzgesetzes,“.
3. § 341 Absatz 2 Nummer 5 wird wie folgt gefasst:
„5. Daten der Impfdokumentation nach § 22 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Impfdokumentation) sowie Daten des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Genesenenzertifikats nach § 22a Absatz 5 und 6 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Zertifikate),“.
4. § 342 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe a wird wie folgt gefasst:
„a) die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 2 bis 5, mit Ausnahme der Daten der elektronischen Zertifikate, die spätestens ab dem 1. November 2022 zur Verfügung gestellt werden müssen, sowie die Daten nach § 341 Absatz 2 Nummer 7, 8 und 11 zur Verfügung gestellt werden können;“.
5. Nach § 350 Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:
„(1a) Versicherte haben ab dem 1. November 2022 einen Anspruch darauf, dass die Krankenkasse Daten des Versicherten nach § 341 Absatz 2 Nummer 5 des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Genesenenzertifikats nach § 22 Absatz 5 und 6 des Infektionsschutzgesetzes, die diese über § 20a Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes erlangt hat, über den Anbieter der elektronischen Patientenakte in die elektronische Patientenakte nach § 341 übermittelt und dort speichert, sofern sie im Rahmen der Anforderung der Nachweise nach § 20a Absatz 6 des Infektionsschutzgesetzes dieser Übermittlung nicht widersprochen haben.“

Artikel 3

Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie

Die Artikel 2 und 23 Absatz 4 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.5162) werden aufgehoben.

Artikel 4

Einschränkung von Grundrechten

Durch Artikel 1 Nummer 2 bis 4 wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes) eingeschränkt.

Artikel 5

Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung

§ 2 der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung vom 8. Mai 2021 (BAnz AT 08.05.2021 V1), die zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 14. Januar 2022 (BAnz AT 14.01.2022 V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 2 werden nach dem Wort „Impfnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
2. Nummer 3 wird aufgehoben.
3. In Nummer 4 werden nach dem Wort „Genesenennachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
4. Nummer 5 wird aufgehoben.
5. In Nummer 6 Buchstabe b werden nach dem Wort „Testnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
6. Nummer 7 wird aufgehoben.

Artikel 6

Änderung der Coronavirus-Einreiseverordnung

§ 2 der Coronavirus-Einreiseverordnung vom 28. September 2021 (BAnz AT 29.09.2021 V1), die zuletzt durch Artikel X der Verordnung vom [einzusetzen: Ausfertigungsdatum] (BAnz AT [einzusetzen: Datum der Verkündung] V1) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Nummer 5 werden nach dem Wort „Testnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 3 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
2. Nummer 6 wird aufgehoben.
3. In Nummer 7 werden nach dem Wort „Genesenennachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
4. Nummer 8 wird aufgehoben.
5. In Nummer 9 werden nach dem Wort „Impfnachweises“ die Wörter „im Sinne von § 22a Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes“ eingefügt.
6. Nummer 10 wird aufgehoben.

Artikel 7**Inkrafttreten**

Dieses Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

Berlin, den 3. März 2022

**Heike Baehrens
Dr. Janosch Dahmen
Katrin Helling-Plahr
Dagmar Schmidt (Wetzlar)
Dr. Till Steffen
Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann
Dirk Wiese
Sanae Abdi
Stephanie Aeffner
Reem Alabali-Radovan
Dagmar Andres
Niels Annen
Andreas Audretsch
Lisa Badum
Annalena Baerbock
Ulrike Bahr
Daniel Baldy
Karl Bär
Nezahat Baradari
Katharina Beck
Dr. Holger Becker
Jürgen Berghahn
Bengt Bergt
Jakob Blankenburg
Dr. Franziska Brantner
Leni Breymaier
Agnieszka Brugger
Frank Bsirske
Isabel Cademartori Dujisin
Dr. Lars Castellucci
Dr. Anna Christmann
Jürgen Coße
Bernhard Daldrup
Ekin Deligöz
Hakan Demir
Dr. Sandra Detzer
Martin Diedenhofen
Jan Dieren
Sabine Dittmar
Anke Domscheit-Berg
Felix Döring**

**Katharina Dröge
Falko Droßmann
Deborah Düring
Axel Echeverria
Sonja Eichwede
Marcel Emmerich
Heike Engelhardt
Dr. Wiebke Esdar
Saskia Esken
Yasmin Fahimi
Emilia Fester
Sebastian Fiedler
Dr. Edgar Franke
Schahina Gambir
Manuel Gava
Kai Gehring
Stefan Gelbhaar
Martin Gerster
Dr. Jan-Niclas Gesenhues
Angelika Glöckner
Katrin Göring-Eckardt
Dr. Armin Grau
Timon Gremmels
Kerstin Griese
Uli Grötsch
Erhard Grundl
Dr. Robert Habeck
Bettina Hagedorn
Rita Hagl-Kehl
Britta Haßelmann
Hubertus Heil (Peine)
Frauke Heiligenstadt
Linda Heitmann
Kathrin Henneberger
Anke Hennig
Nadine Heselhaus
Dr. Anton Hofreiter
Bruno Hönel
Jasmina Hostert
Verena Hubertz
Frank Junge**

Josip Juratovic
Oliver Kaczmarek
Elisabeth Kaiser
Dr. Kirsten Kappert-Gonther
Macit Karaahmetoğlu
Carlos Kasper
Anna Kassautzki
Gabriele Kaczmarek
Rainer Johannes Keller
Michael Kellner
Dr. Franziska Kersten
Misbah Khan
Sven-Christian Kindler
Helmut Kleebank
Maria Klein-Schmeink
Lars Klingbeil
Annika Klose
Tim Klüssendorf
Dr. Bärbel Kofler
Chantal Kopf
Anette Kramme
Dunja Kreiser
Oliver Krischer
Christian Kühn (Tübingen)
Renate Künast
Ricarda Lang
Dr. Karl Lauterbach
Sven Lehmann
Sylvia Lehmann
Kevin Leiser
Steffi Lemke
Esra Limbacher
Helge Lindh
Dr. Tobias Lindner
Denise Loop
Bettina Lugk
Dr. Anna Lührmann
Dr. Tanja Machalet
Erik Malottki
Kaweh Mansoori
Dr. Zanda Martens
Dorothee Martin
Parsa Marvi
Katja Mast
Zoe Mayer
Andreas Mehltrittter
Takis Mehmet Ali
Susanne Menge
Robin Mesarosch
Matthias David Mieves
Dr. Irene Mihalic
Boris Mijatović
Susanne Mittag
Cornelia Möhring
Falko Mohrs

Claudia Moll
Siemtje Möller
Detlef Müller (Chemnitz)
Michael Müller
Beate Müller-Gemmeke
Dr. Rolf Mützenich
Sara Nanni
Rasha Nasr
Brian Nickholz
Dietmar Nietan
Omid Nouripour
Jörg Nürnberger
Lennard Oehl
Josephine Ortleb
Karoline Otte
Mahmut Özdemir (Duisburg)
Dr. Christos Pantazis
Mathias Papendieck
Natalie Pawlik
Jens Peick
Dr. Andreas Philippi
Jan Plobner
Sabine Poschmann
Achim Post (Minden)
Dr. Anja Reinalter
Martina Renner
Ye-One Rhie
Andreas Rimkus
Sönke Rix
Dennis Rohde
Sebastian Roloff
Dr. Martin Rosemann
Jessica Rosenthal
Claudia Roth (Augsburg)
Michael Roth (Heringen)
Tina Rudolph
Bernd Rützel
Sarah Ryglewski
Dr. h. c. Thomas Sattelberger
Axel Schäfer (Bochum)
Ingo Schäfer
Jamila Schäfer
Dr. Sebastian Schäfer
Rebecca Schamber
Dr. Nina Scheer
Marianne Schieder
Udo Schiefner
Peggy Schierenbeck
Timo Schisanowski
Christoph Schmid
Dr. Nils Schmid
Stefan Schmidt
Uwe Schmidt
Carsten Schneider (Erfurt)
Daniel Schneider

Olaf Scholz
Marlene Schönberger
Johannes Schraps
Christian Schreider
Christina-Johanne Schröder
Michael Schrodi
Svenja Schulze
Frank Schwabe
Stefan Schwartze
Rita Schwarzelühr-Sutter
Dr. Lina Seitzl
Melis Sekmen
Nyke Slawik
Nina Stahr
Dr. Ralf Stegner
Hanna Steinmüller
Nadja Sthamer
Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn
Ruppert Stüwe
Claudia Tausend
Markus Töns
Jürgen Trittin
Derya Türk-Nachbaur
Dr. Julia Verlinden
Kathrin Vogler
Robin Wagener
Dr. Carolin Wagner
Johannes Wagner
Beate Walter-Rosenheimer
Carmen Wegge
Melanie Wegling
Dr. Joe Weingarten
Saskia Weishaupt
Lena Werner
Bernd Westphal
Tina Winklmann
Gülistan Yüksel
Stefan Zierke
Dr. Jens Zimmermann
Armand Zorn
Katrin Zschau

Begründung

A. Allgemeiner Teil

I. Zielsetzung und Notwendigkeit der Regelungen

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 direkt oder indirekt betroffen. Bisher wurde Deutschland von insgesamt vier Infektionswellen mit SARS-CoV-2 erfasst, eine fünfte Welle hat Anfang 2022 begonnen. Bislang wurden in allen Infektionswellen bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen getroffen, die mit teilweise erheblichen Einschränkungen des öffentlichen und privaten Lebens verbunden waren.

Das epidemiologische Geschehen in Deutschland wird derzeit von der Omikron-Variante dominiert. Über diese Variante wurde zuerst am 24. November 2021 vom südafrikanischen Gesundheitsministerium berichtet, sie wurde am 26. November 2021 von der WHO zur Besorgniserregende Virusvarianten (variants of concern, VOC) erklärt. Diese Variante zeichnet sich unter anderem durch eine kürzere Inkubationszeit und kürzere Generationszeit aus Pearson, C.A.B., Silal, S.P., Li, M.W.Z., Dushoff, J., Bolker, B.M., Abbott, S., van Schalkwyk, C., Davies, N.G., Barnard, R.C., Edmunds, W.J., et al. (2021b). Bounding the levels of transmissibility & immune evasion of the Omicron variant in South Africa. medRxiv, 2021.2012.2019.21268038; Brandal, L.T., MacDonald, E., Veneti, L., Ravlo, T., Lange, H., Naseer, U., Feruglio, S., Bragstad, K., Hungnes, O., Odeskaug, L.E., et al. (2021). Outbreak caused by the SARS-CoV-2 Omicron variant in Norway, November to December 2021. Euro Surveill 26; Hwang, H., Lim, J.S., Song, S.A., Achangwa, C., Sim, W., Kim, G., and Ryu, S. (2021). Transmission dynamics of the Delta variant of SARS-CoV-2 infections in South Korea. J Infect Dis.; Kim, D., Jo, J., Lim, J.-S., and Ryu, S. (2021). Serial interval and basic reproduction number of SARS-CoV-2 Omicron variant in South Korea. medRxiv, 2021.2012.2025.21268301). Die Gefährdung durch COVID-19 für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird unter der Omikron-Variante, die sich deutlich schneller und effektiver verbreitet als die bisherigen Virusvarianten, als sehr hoch eingeschätzt. (Die Risikobewertung des RKI ist abzurufen unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung.html;jsessionid=A6C743EEA7913DF8217C8769F5FA25B1.internet091?nn=2386228). Zwar führt sie zu mildereren Krankheitsverläufen, da zumeist nur die oberen Atemwege angegriffen werden. Aufgrund der hohen Fallzahlen infolge der insgesamt stark gestiegenen Ansteckungszahlen und Inzidenzen führt jedoch auch ein geringerer Anteil schwerer Erkrankungen und Hospitalisierungen zu einer sehr großen absoluten Zahl von Krankheitsfällen. Insgesamt ist das Risiko für einen schweren Verlauf bei einer Omikron-Infektion geringer. Das Risiko für eine Krankenhauseinweisung nach einer Omikron-Infektion hat sich mehreren Studien zufolge mehr als halbiert (Joseph A. Lewnard, Vennis X. Hong, Manish M. Patel, Rebecca Kahn, Marc Lipsitch, Sara Y. Tartof; doi: <https://doi.org/10.1101/2022.01.11.22269045>, online verfügbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.11.22269045v1>). Obgleich die Infektion mit der Omikron-Variante seltener zu schweren COVID-19-Erkrankungen führt, kann die beträchtliche Zunahme an Infektionen trotzdem zu einem Anstieg der Hospitalisierungen führen. Dies gilt insbesondere für den ungeimpften Teil der Bevölkerung, der auch bei der Omikron-Variante stärker von Infektionen, schweren Erkrankungen und Hospitalisierungen betroffen ist, als der geimpfte Teil der Bevölkerung. Im Falle des Auftretens neuer Varianten, die infektiöser und ggf. pathogener als die derzeit zirkulierende Omikron-Variante sein könnten, besteht weiterhin ein Risiko der Überlastung des Gesundheitssystems insbesondere im kommenden Herbst und Winter. Einerseits kommt es in den Herbst- und Wintermonaten erfahrungsgemäß stets zu einem starken Anstieg an Atemwegserkrankungen (und nach den Erfahrungen der Winter 2020/2021 und 2021/2022 insbesondere von COVID-19) und andererseits ist nicht prognostizierbar, welche Virusvariante im Herbst/Winter 2022/2023 vorherrschend sein wird.

Zur Prävention stehen gut verträgliche, sichere und hochwirksame Impfstoffe zur Verfügung. Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 schützen die geimpfte Person wirksam vor einer Erkrankung und insbesondere vor schweren Krankheitsverläufen.

Zum einen belegen Daten aus Zulassungsstudien wie auch aus Untersuchungen im Rahmen der breiten Anwendung (Beobachtungsstudien), dass die in Deutschland zur Anwendung kommenden COVID-19-Impfstoffe symptomatisch und asymptomatisch verlaufende SARS-CoV-2 Infektionen in einem erheblichen Maße verhindern (Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfempfehlungen abzurufen unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062>).

Die Schutzwirkung einer zweimaligen Impfserie vor schweren Krankheitsverläufen nimmt im Zeitverlauf ab und ist unter der derzeit dominierenden Omikron-Variante deutlich abgeschwächt. Es zeigt sich jedoch, dass zum anderen nach erfolgter dritter Impfung (Auffrischimpfung) erneut eine hohe bis sehr hohe Schutzwirkung nicht nur gegenüber symptomatischer Infektion, sondern auch vor schweren Krankheitsverläufen und Todesfällen erzielt wird. Daher ist eine Immunisierung durch dreimaligen Antigenkontakt erforderlich, damit eine ausreichende Immunantwort induziert werden kann (Begründungstexte der STIKO zu den COVID-19-Impfempfehlungen abrufbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfempfehlung-Zusfassung.html;jsessionid=830E4F2842DB56B05D9816913D68DA82.internet062>). Bisher war bei allen Varianten der Schutz vor schweren Verläufen mind. sechs bis neun Monaten nach einer vollständigen Impfserie von zwei Impfungen noch erhalten, sodass davon auszugehen ist, dass dies – erst Recht bei drei Impfungen – auch bei künftig neu auftretenden Varianten der Fall sein wird.

Auch bei Dominanz der Omikron-Variante kann für vollständig geimpfte Personen aller Altersgruppen - und insbesondere für Personen mit Auffrischimpfung - weiterhin von einem sehr guten Impfschutz gegenüber einer schweren COVID-19-Erkrankung ausgegangen werden und weiterhin zeigt sich für ungeimpfte Personen aller Altersgruppen ein deutlich höheres Risiko für eine COVID-19-Erkrankung, insbesondere für eine schwere Verlaufsform. Vor diesem Hintergrund hat die STIKO ihre Impfempfehlung im Dezember 2021 aktualisiert und eine Auffrischimpfung bereits drei Monate nach der zweiten Impfstoffdosis für alle Personen ab 18 Jahre empfohlen (Ständige Impfkommission: Beschluss der STIKO zur 16. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung Epid Bull 2022;2:3 -15 | DOI 10.25646/9460).

Eine dänische Studie untersuchte anhand von Registerdaten die Übertragungsdynamik von Omikron-Infektionen in dänischen Haushalten im Dezember 2021 (09.-19.12.2021) und bestimmte die sekundären Erkrankungsraten (Secondary Attack Rate; SAR) (Lyngse FP, Mortensen LH, Denwood MJ, Christiansen LE, Møller CH, Skov RL, et al. SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, online verfügbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1>). Beim Vergleich von Haushalten mit einer Indexperson, die mit der Omikron-Variante infiziert war, zu Haushalten mit Delta-Infektion zeigte sich für ungeimpfte Personen kein Risikounterschied hinsichtlich des Auftretens von Sekundärinfektionen. Vollständig grundimmunisierte Personen und Personen nach Auffrischimpfung waren sowohl für Delta- als auch für Omikron-Infektionen weniger empfänglich als Ungeimpfte. Personen mit Auffrischimpfung hatten eine reduzierte und Ungeimpfte eine erhöhte Übertragungswahrscheinlichkeit für beide Varianten im Vergleich zu vollständig Grundimmunisierten. Die Daten unterstreichen die Schutzwirkung einer Auffrischimpfung gegenüber Infektionen mit der Omikron-Variante, wobei die Studie aufgrund der kurzen Beobachtungszeit keine Aussage zur Schutzdauer zulässt.

Auch wenn mit einer Impfung das Risiko einer Infektion deutlich reduziert ist, können sich Menschen trotz Impfung mit dem SARS-CoV-2 Virus infizieren und das Virus weiterverbreiten (Transmission). Die Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 führen jedoch dazu, dass geimpfte Personen im Vergleich zu ungeimpften Personen weniger zur Ausbreitung des Erregers beitragen, was insbesondere dem Schutz vulnerable Personengruppen vor einer SARS-CoV-2-Infektion zuträglich ist.

In der Gesamtschau legen schließlich die verfügbaren Daten nahe, dass die COVID-19-Impfung eine Virustransmission auch unter Omikron reduziert.(s. bspw. Lyngse et al.; SARS-CoV-2 Omicron VOC Transmission in Danish Households; Preprint vom 27.12.2021, online verfügbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.27.21268278v1>) und somit insbesondere vulnerable Personen vor einer Infektion geschützt werden können.

Die Impfung gegen SARS-CoV-2 schützt zuverlässig und effektiv vor einer schweren Erkrankung, Hospitalisierung und Tod. Der Schutz erstreckt sich auch auf die Personen, die nicht mit einem der zugelassenen und verfüg-

baren Impfstoffe geimpft werden können, oder bei denen trotz Impfung kein ausreichender Immunschutz aufgebaut wird. Aktuelle Meldedaten des Robert Koch-Instituts belegen, dass in den Bevölkerungsgruppen, in denen eine hohe Impfquote erreicht wurde, die Inzidenzen deutlich niedriger sind und weniger schwere Krankheitsverläufe und Todesfälle auftreten (Wochenbericht des RKI vom 3. Februar 2022 abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html). Von schweren Krankheitsverläufen weiterhin mit am stärksten betroffen sind ungeimpfte Menschen aller Altersgruppen.

Gleichzeitig kann durch eine dreifache Impfung das Risiko des Entstehens von Virusmutanten mit neuen Fähigkeiten (Selektion von Escapemutanten) in der geimpften Population verringert werden. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer hohen Quote an vollständig geimpften Individuen, das Risiko einer Entstehung neuer Varianten vermindert wird. Mit Einführung einer Impfpflicht wird daher auch das Ziel verfolgt, der Entwicklung neuer Varianten in Deutschland Einhalt zu gebieten.

Aus aktuellen Studien geht zudem hervor, dass geimpfte Personen deutlich seltener an Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2 Infektion (Long-COVID) leiden, als Personen, die ungeimpft sind (Kuodi et al., Association between vaccination status and reported incidence of post-acute COVID-19 symptoms in Israel: a cross-sectional study of patients tested between March 2020 and November 2021. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.01.05.22268800v2>). Hohe Impfquoten in allen Altersgruppen ab 18 Jahren tragen dazu bei, die Ausbreitung des Virus einzudämmen und reduzieren die Weiterverbreitung des Virus in der Bevölkerung. Die aktuelle Ausbreitungsgeschwindigkeit der Omikron-Variante zeigt, dass mit den bislang erreichten Impfquoten von ca. 84,6 Prozent vollständig geimpfter Personen (Erst- und Zweitimpfung) und ca. 64,3 Prozent Auffrischimpfungen die Verbreitung des Coronavirus-SARS-CoV-2 nicht eingedämmt werden kann. Insgesamt kann damit festgehalten werden, dass ein Impfschutz durch eine Dreifachimpfung (Grundimmunisierung zzgl. Booster) im Vergleich zu Menschen ohne oder nur mit teilweise Impfschutz

- das Risiko einer Ansteckung mit den aktuell vorherrschenden Virusvarianten senkt,
- das Risiko eines schweren Erkrankungsverlaufs oder Todesfällen erheblich senkt,
- das Risiko der Transmission, also der Weitergabe des Virus an Dritte, senkt und
- das Risiko einer Folgeerkrankung (Long-COVID) reduziert
- und insgesamt durch eine hohe Impfquote das Risiko der Entstehung weiterer, ggf. noch gefährlicherer Virusmutationen senkt.

Mit diesem Gesetz wird eine allgemeine Impfpflicht für Personen ab 18 Jahren eingeführt, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in Deutschland haben. Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht greift in das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit nach Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes (GG) ein. Der Eingriff ist jedoch durch die damit verfolgten Ziele des Gesundheitsschutzes, die ihrerseits Ausdruck des verfassungsrechtlich gebotenen Schutzes von Leben und körperlicher Unversehrtheit sind, gerechtfertigt.

Das Grundgesetz lässt es zu, dass in die körperliche Unversehrtheit aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden kann (Artikel 2 Absatz 2 Satz 3 GG), sofern das Gesetz die Grenzen der Verhältnismäßigkeit wahrt. Diesen Anforderungen genügt die allgemeine Impfpflicht. Das Ziel dieses Gesetzes ist es, die Impfquote in der Bevölkerung zu steigern und alle Bürgerinnen und Bürger vor weiteren Infektionswellen mit SARS-CoV-2 und deren Folgen im Herbst und Winter 2022/2023 und nachfolgenden Jahren zu schützen. Die Einführung einer Impfpflicht dient dazu, durch die Erreichung hinreichend hoher Impfquoten in der Bevölkerung die hohe Sterblichkeit, die langfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen großer Bevölkerungsteile sowie die drohende Überlastung des Gesundheitssystems und kritischer Infrastrukturen aufgrund des Coronavirus SARS-CoV-2 zu verhindern. Das Gesundheitssystem soll in seiner Leistungsfähigkeit erhalten werden, um eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung aller Patientinnen und Patienten sicherzustellen. Gleichzeitig gilt es, von vornherein Situationen zu vermeiden, in denen Entscheidungen über die Zuteilung von begrenzten Ressourcen in der Behandlung mit potentiellen Folgen für das Überleben aller betroffenen Patientinnen und Patienten nötig würden.

Aufgrund der großen Anzahl schwer an COVID-19 Erkrankter mussten während der Corona-Pandemie immer wieder planbare Aufnahmen, Operationen und Eingriffe, bei deren Diagnostik und Therapie zeitliche Verzöger-

rungen aufgrund von Ressourcen-Verknappung erhebliche Auswirkungen auf Therapieerfolg und Überlebenschancen des Patienten haben, auf unbestimmte Zeit verschoben werden, um intensivmedizinische Kapazitäten frei zu halten. Dies hat Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen, was sich in der Folge wiederum in gewichtigen Qualitätseinbußen im Gesundheitswesen niederschlagen droht, und führt auch zu finanziellen Belastungen der Krankenversicherungen. Jede Steigerung der Impfquote führt dazu, dass weniger Personen einen schweren Krankheitsverlauf erleiden und stationär behandelt werden müssen. Eine niedrige Hospitalisierungsrate trägt dazu bei, dass die Regelversorgung aufrechterhalten werden kann und Behandlungsmaßnahmen wie geplant durchgeführt werden können. Dadurch kann eine bessere Gesundheitsversorgung für den Einzelnen gewährleistet und es können finanzielle Belastungen für die Gesellschaft mit Blick auf die von den Krankenversicherungen getragenen Ausgaben für Krankenbehandlung verringert werden.

Auch mit Blick auf mögliche Folgeerkrankungen, wie zum Beispiel Long-COVID, trägt eine höhere Impfquote wohl zur Verhinderung von gesundheitlichen Folgeschäden in der Bevölkerung wie auch zur Vermeidung zusätzlicher finanzieller Belastungen der Krankenversicherungen sowie der gesetzlichen Rentenversicherung bei.

Eine allgemeine Impfpflicht reduziert insbesondere das Risiko, dass eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung in Deutschland für alle Patientinnen und Patienten in Deutschland erneut nur aufrechtzuerhalten ist, indem andere grundrechtlich geschützte Freiheiten wie die Möglichkeiten zu arbeiten, den Schulunterricht zu besuchen oder eine Ausbildung zu erhalten sowie am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Kunst, Kultur, Sport und andere Freizeitaktivitäten), eingeschränkt werden.

Die Einführung einer Impfpflicht ist nicht nur geeignet, sondern auch erforderlich, um die genannten Ziele zu erreichen. Andere Maßnahmen, die bei einer geringeren Eingriffsintensität ähnlich wirksam sind, existieren nicht. Insbesondere stellt die einrichtungsbezogene Impfpflicht kein milderes, gleich geeignetes Mittel dar. Die einrichtungsbezogene Impfpflicht, unter die ca. 5,67 Mio. Personen fallen, betrifft nur einen geringen Teil der Bevölkerung. Die damit verbundene Steigerung der Impfquote fällt im Vergleich zu der mit einer allgemeinen Impfpflicht verbundenen Steigerung der Impfquote eher gering aus. Dies gilt im Ergebnis auch bei einer auf bestimmte Altersgruppen bezogenen Impfpflicht, die allein vulnerable Personen treffen würde.

In der EU sind inzwischen verschiedene Arzneimittel zur Therapie einer COVID-19-Erkrankung zugelassen. Die in Deutschland zur Verfügung stehenden Arzneimittel, insbesondere monoklonale Antikörperpräparate, die nach der S3-Leitlinie – Empfehlungen zur stationären Therapie von Patienten mit COVID-19 in der frühen Krankheitsphase bis maximal 7 Tage nach Symptombeginn spezifisch zur Reduktion der Viruslast eingesetzt werden können, sind gegenüber den verschiedenen SARS-CoV-2-Varianten unterschiedlich wirksam (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001LGI_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2021-10_1.pdf; Seite 37). Abhängig von dem Wirkstoff (monoklonaler Antikörper), der in dem Arzneimittel enthalten ist, reicht die Wirksamkeit gegen die Delta- und Omikron-Variante von „gut“ bis „eingeschränkt“ wirksam. Monoklonale Antikörper zur Präexposition prophylaxe für stark immunbeeinträchtigte Personen, die trotz konsequenter dreifacher Immunisierung unzureichend serologisch ansprechen, werden voraussichtlich in Kürze zugelassen. Diese werden jedoch anfänglich nur sehr begrenzt verfügbar sein. Überdies zeigt die Erfahrung, dass sich nur in wenigen Fällen Patientinnen und Patienten rechtzeitig für einen Therapiebeginn in Behandlung begeben. Die Antikörperpräparate müssen jedoch innerhalb von 7 Tagen nach dem ersten Auftreten von Symptomen infundiert oder injiziert werden um einen Therapieerfolg zu zeigen. Für die in Deutschland verfügbaren Virustatika zur Reduktion des Risikos eines schweren Verlaufs einer COVID-19 Erkrankung, die oral eingenommen werden, weisen in-vitro-Untersuchungen darauf hin, dass sie die in Deutschland verfügbaren Virustatika zur Reduktion des Risikos eines schweren Verlaufs einer COVID-19 Erkrankung gegen alle bisher für Deutschland bedeutsamen SARS-CoV-2-Varianten wirksam sind. Die verfügbaren antiviralen Arzneimittel sind jedoch gemäß Anwendungsgebiet auf Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 beschränkt sowie in ihrer Anwendung aufgrund des Nebenwirkungsprofils, der Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten und ihrer limitierten Verfügbarkeit eingeschränkt. Arzneimittel können zudem im Gegensatz zu Impfungen nur reaktiv nach erfolgter SARS-CoV-2 Diagnose angewendet werden und können daher im Gegensatz zu einer präventiven Impfung bei einer unerkannten oder zu spät erkannten SARS-CoV-2 Infektion nicht vor einem schweren Verlauf schützen. Die verfügbaren Therapieansätze sind damit nicht zur breiten Anwendung geeignet und machen eine Impfung mit sicheren und hochwirksamen Impfstoffen keinesfalls überflüssig.

Daher geht das RKI zusammengefasst mit Blick auf eine therapeutische bzw. medikamentöse Behandlung von COVID-19-Erkrankungen davon aus, dass aus verschiedenen Gründen (Zulassung, Nebenwirkungsprofil, Applikationsweise, z.T. eingeschränkte Wirksamkeit gegen die Omikron-Variante) ein breiter flächendeckender Einsatz von monoklonalen Antikörpern und antiviralen Medikamenten zu Prä- oder Postexpositionsprophylaxe gegenwärtig nicht absehbar ist. Die zugelassenen Therapieoptionen für COVID-19 sind derzeit immer noch begrenzt und können nur bedingt schwere Krankheitsverläufe nach Infektion verhindern oder die Behandlungszeiten der Patienten verkürzen. Es stellt daher unter den gegenwärtigen Bedingungen keine gleich geeignete Alternative dar, anstatt der vorbeugenden Impfkampagne auf therapeutische bzw. medikamentöse Behandlung von COVID-19-Erkrankungen zu setzen.

Auch stellen sog. Riegelungsimpfungen, die für bestimmte Erkrankungen in Ausbruchsettings durchgeführt werden, keine Alternative dar. Voraussetzung für deren Wirksamkeit ist, dass innerhalb kurzer Zeit durch Impfung möglichst vieler Kontaktpersonen sowohl der Ausbruch, die Weiterverbreitung als auch die individuelle Erkrankung unterbunden werden kann. Beides wäre angesichts des Impfschemas (mindestens 2 Dosen im Abstand von mind. 21 Tagen) und der Wirkweise der Impfstoffe (nur bedingt Verminderung der Transmission, insbesondere unter Omikron) für SARS-CoV-2 nicht oder nur mit Einschränkungen erfüllt. Im Ergebnis kämen solche Impfungen zu spät. Auch eine konditionierte Impfpflicht, die erst beim Auftreten neuer Belastungssituationen im Gesundheitswesen oder neuer Virusvarianten in Kraft gesetzt würde, kann aufgrund der erforderlichen Dauer für die gebotene dreifache Impfung (mindestens vier Monate) und der hohen Zahl ungeimpfter Menschen nicht rechtzeitig wirken.

Nachdem eine ausreichende Anzahl an zugelassenen Impfstoffen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zur Verfügung stand, wurde im gesamten Bundesgebiet ein niedrighschwelliges Impfangebot geschaffen. Hierzu wurden von Bund und Ländern Impfzentren eingerichtet und andere niedrighschwellige Impfaktionen durchgeführt. Begleitend dazu gab es in Form von Plakat-, Radio-, Fernseh- Internet- und Social Media-Werbung eine breit angelegte Aufklärungs- und Informationskampagne zur Corona-Schutzimpfung, die sich durch verschiedene Phasen auszeichnete, die sich an der Verfügbarkeit von Impfstoffen und tagesaktuellen Informationsbedürfnissen der Teilzielgruppen ausrichtete. Über eine bundesweite kostenlose Hotline können Bürgerinnen und Bürger seit dem Start der Impfkampagne ihre Fragen zur Corona-Schutzimpfung stellen. Ebenso liefert ein Fragen & Antworten-Tool (FAQ) auf der Webseite www.zusammengegencorona.de Antworten auf die wichtigsten Fragen. Alle Maßnahmen werden zudem in mehreren Sprachen und an zielgruppenspezifischen Kontaktpunkten (Touchpoints, z.B. an belebten Plätzen, Einkaufspassagen, Hauptbahnhof) zur Verfügung gestellt. Die Kampagne hat somit reichweitenstark für eine transparente Aufklärung gesorgt. Laut unabhängig erhobener Zahlen von Infratest dimap hat sich die generelle Impfbereitschaft in Deutschland im vergangenen Jahr mehr als verdoppelt. Trotzdem sind in Deutschland noch immer zu viele Menschen nicht oder nicht vollständig geimpft. Bis heute konnten sie weder mit guten Argumenten noch mit einer reichweitenstarken Kampagne erreicht werden. In einer Umfrage gaben >60% der bisher ungeimpften Personen an, sich auf keinen Fall impfen zu lassen (Betsch C, Korn L, Felgendreff L, Eitze S, Schmid P, Sprengholz Pea. COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO Germany)- Wave 59 (data set), abrufbar unter <https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/web/summary/>). Die genannte Befragung in der COSMO-Studie fokussierte explizit nur auf ungeimpfte Personen. Sie fand zu einem Zeitpunkt statt, als die Impfkampagne schon weit fortgeschritten war. Nach bisherigen Erkenntnissen zeigt keine der bisherigen Maßnahmen einen deutlichen steigernden Effekt auf die Impfbereitschaft der ungeimpften Personen. Eine ausführliche Datenerhebung zur Impfpflicht findet sich in der COSMO PANEL Erhebung. Die dort gezeigten Daten legen die Interpretation nahe, dass die Ablehnung der Impfung v.a. aus Angst und fehlendem Vertrauen in die Sicherheit erfolgt.

Daher sollten alle Anstrengungen verstärkt werden, um die noch ungeimpften Personen zu erreichen und für die Impfung zu motivieren. Es ist Ziel der Krankenversicherungen, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten. In diesem Zusammenhang werden die Krankenversicherungen verpflichtet, ihre Versicherten über die gesetzlichen Regelungen zur Impfpflicht, die vorgesehenen Abläufe, Beratungs- und Impfangebote zu informieren sowie Impfnachweise anzufordern.

Die Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist auch dem Grunde nach und in ihrer konkreten Ausgestaltung angemessen. Zwar ist zu berücksichtigen, dass der körperlichen Unversehrtheit unter den grundrechtlich verbürgten Rechten ein besonderes Gewicht zukommt (vgl. BVerfGE 128, 282, 302). In diesem Zusammenhang ist auch das Risiko etwaiger Nebenwirkungen sowie die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe auf der einen Seite und das Risiko einer Infektion und eines schweren Krankheitsverlaufs auf der anderen Seite zu berücksichtigen.

Dem stehen jedoch mit dem Lebens- und Gesundheitsschutz sowie der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems Gemeinwohlbelange gegenüber, die bereits für sich genommen überragend wichtig sind (vgl. BVerfG, Beschluss des Ersten Senats vom 19. November 2021 – 1 BvR 781/21, Rn. 176). Hinzukommt der Schutz anderer grundrechtlich geschützter Freiheiten der Möglichkeit, ohne pandemiebedingte Einschränkungen zu arbeiten, am Schulunterricht teilzunehmen oder eine Ausbildung zu erhalten sowie am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (Kunst, Kultur, Sport und andere Freizeitaktivitäten).

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass für die durch die Europäische Kommission zugelassenen COVID-19 Impfstoffe die Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe im Rahmen der Zulassung geprüft wurden. Auch nach Zulassung werden diese kontinuierlich hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Sicherheit nach breiter Anwendung weiter überwacht. Bei allen zugelassenen Impfstoffen überwiegt der Nutzen der Impfung hinsichtlich der Verhinderung von COVID-19 einschließlich der von schweren Krankheitsverläufen deutlich die Risiken von sehr selten auftretenden schwerwiegenden Nebenwirkungen nach Impfung (Wochenbericht des RKI vom 3. Februar 2022 abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenberichte_Tab.html).

Der Staat ist verpflichtet, die medizinische Versorgung sicherzustellen. Die bisherigen Erfahrungen in der Pandemie haben gezeigt, dass das wiederholte Auftreten von Infektionswellen und insbesondere die Entstehung neuer Virusvarianten immer wieder drohten, das Gesundheitssystem zu überlasten. Auch in der Zukunft ist bei einer unkontrollierten Ausbreitung des Coronavirus SARS-CoV-2 eine Gefährdung der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zu befürchten. Dem soll die allgemeine Impfpflicht vorbeugen.

Ein weiteres zentrales Ziel der Einführung einer allgemeinen Impfpflicht ist es, Schutzmaßnahmen, die bei hohen Infektionsraten zur Eindämmung des Krankheitsgeschehens erforderlich wären, und die damit verbundenen Eingriffe in Grundrechte künftig zu vermeiden. Die bisherigen nationalen und internationalen Erfahrungen in der Pandemie haben gezeigt, dass ein „Lock-Down“ mittel- und langfristig die Auswirkungen des Coronavirus SARS-CoV-2 nicht hinreichend eindämmt (Mendez-Brito et al.: Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. *Journal of Infection* 83 (2021) 281–293; Liu et al.: The impact of non-pharmaceutical interventions on SARS-CoV-2 transmission across 130 countries and territories. *BMC Medicine* (2021) 19:40).

Zudem gehen Einschränkungen des öffentlichen Lebens mit weiteren Belastungen für die Menschen und gesellschaftlichen, psychosozialen und ökonomischen Folgen einher. Studien belegen die psychosozialen Belastungen von Eltern, Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen und Schulschließungen auf den mentalen und psychischen Gesundheitszustand seit Beginn der Corona-Pandemie (siehe Quellen sogleich). Vor allem für Kinder und Jugendliche sind in dieser Zeit viele alltags-sichernde Strukturen weggebrochen, welche langfristige Konsequenzen für ihr persönliches Wohlbefinden und ihre Entwicklung nach sich ziehen könnten. Verschiedene deutschlandweit durchgeführte Erhebungen zeigen ein pandemiebedingt vermindertes psychisches Wohlbefinden und vermehrt Verhaltensauffälligkeiten und Sozialisierungsschwierigkeiten bei Kindern. (Quellen: (1) Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Otto C, Devine J, Löffler C, et al. Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. (2) 56 Langmeyer A, Guglhör-Rudan A, Naab T, Urlen M, Winklhofer U. Kind sein in Zeiten von Corona. Ergebnisbericht zur Situation von Kindern während des Lockdowns im Frühjahr 2020. Deutsches Jugendinstitut; 2020). Die Impfpflicht soll eine weitere Vertiefung der durch die Pandemie und ihre Bekämpfung bereits eingetretenen Schäden verhindern (etwa im Bildungsbereich von Kindertagesstätten bis zu den Hochschulen, in Wirtschaft und Kultur).

Aufgrund der derzeitigen Datenlage (Situationsberichte des RKI, abrufbar unter https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html) ist davon auszugehen, dass die symptomatische Infektionsrate im Kindes- und Jugendalter geringer ist als bei Erwachsenen. Die meisten Infektionen verlaufen asymptomatisch oder mit wenigen Symptomen. Schwere Verläufe sind bei Kindern und Jugendlichen eher selten. Im Hinblick auf die Impfung von Kindern und Jugendlichen wird daher verstärkt auf die Information der Eltern und Kinder und Jugendlichen und auf Freiwilligkeit gesetzt. Das individuelle Nutzen/Risikoverhältnis bei der Impfung für die Altersgruppen der unter 18-Jährigen ist anders als für die über 18-Jährigen. Die STIKO empfiehlt auch für alle 12 bis 17-jährigen Kinder und Jugendliche die Impfung gegen COVID-19 mit einem der

beiden zugelassenen mRNA-Impfstoffe. Durch die Impfung der 12-17-Jährigen sollen zwar auch COVID-19-Erkrankungen und Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen verhindert werden. Ein zusätzliches Ziel ist es jedoch, dadurch auch indirekte Folgen von (SARS-CoV-2-Infektionen, wie Einschränkungen der sozialen und kulturellen Teilhabe von Kindern und Jugendlichen abzumildern.

Der Individualnutzen nach einer Impfung bei den Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren ist nicht so ausgeprägt wie bei den älteren Bevölkerungsgruppen. Nach sorgfältiger Analyse der verfügbaren Daten kommt die STIKO zu dem Schluss, dass derzeit für Kinder ohne Vorerkrankungen in dieser Altersgruppe nur ein geringes Risiko für eine schwere COVID-19-Erkrankung, Hospitalisierung und Intensivbehandlung besteht (STIKO Impfeempfehlungen zur COVID-19- Impfeempfehlung, abrufbar unter <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Impfeempfehlung-Zusfassung.html>). So sind in Deutschland während der gesamten bisherigen Pandemie bei gesunden Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren keine COVID-19-bedingten Todesfälle aufgetreten. Die STIKO entwickelt Impfeempfehlungen für Deutschland und berücksichtigt dabei nicht nur deren Nutzen für das geimpfte Individuum, sondern auch für die gesamte Bevölkerung. Die STIKO orientiert sich dabei an den Kriterien der evidenz-basierten Medizin. Während für die Zulassung einer Impfung deren Wirksamkeit (zumeist im Vergleich zu Placebo), deren Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität relevant sind, analysiert die STIKO darauf aufbauend neben dem individuellen Nutzen-Risiko-Verhältnis auch die Epidemiologie auf Bevölkerungsebene und die Effekte einer flächendeckenden Impfstrategie für Deutschland. Modellierungsanalysen, die vor der Omikron-Welle stattgefunden haben, deuten darauf hin, dass die COVID-19-Impfung von 5 bis 11-jährigen Kindern (5,2 Mio.; etwa 6 Prozent der Bevölkerung in Deutschland) auf die Infektionsübertragung in der Gesellschaft sowie den weiteren Verlauf der Pandemie in Deutschland und insbesondere die zu diesem Zeitpunkt herrschende Infektionswelle einen geringen Effekt hat und dieser vielmehr entscheidend von der Impfquote unter den Erwachsenen abhängt (STIKO Impfeempfehlung). Daher spricht die STIKO für 5 bis 11-jährige Kinder ohne Vorerkrankungen derzeit keine generelle Impfeempfehlung aus. Aus diesen Gründen erstreckt sich die Impfpflicht nicht auf Kinder und Jugendliche. Ebenfalls ausgenommen sind Personen, bei denen eine medizinische Kontraindikation besteht oder die nicht mit einem der in Deutschland zugelassenen und verfügbaren Impfstoffe immunisiert werden können.

Im Rahmen der Angemessenheit ist ferner zu berücksichtigen, dass sich die Sanktionierung von Verstößen gegen die Impfpflicht auf die Verhängung von Bußgeldern beschränkt und nicht durch unmittelbaren Zwang durchgesetzt werden darf. Vielmehr wird in einem ersten Schritt die Impfkampagne ein weiteres Mal erweitert. Darauf aufbauend wird in einem zweiten Schritt eine allgemeine Impfpflicht für Personen über 18 Jahre eingeführt. Die Kampagne wie auch die allgemeine Impfpflicht werden dabei so ausgestaltet, dass sichergestellt ist, dass alle Mitglieder der Gesellschaft erreicht werden.

Zudem ist die Regelung bis zum 31. Dezember 2023 befristet, um schon im Gesetz selbst Vorkehrungen zur Begrenzung der grundrechtlich bedeutsamen Belastungen zu treffen (vgl. BVerfG, Beschluss vom 19.11.2021 – 1 BvR 781/21 u.a., Rn. 233, 302).

Zusammengefasst dient damit eine hohe Impfquote gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bei Personen ab 18 Jahren, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in Deutschland haben, sowohl dem Schutz der Gesamtbevölkerung als auch dem Schutz vulnerabler Personengruppen. Eine hohe Durchimpfungsquote reduziert die Transmissionswahrscheinlichkeit und minimiert das Risiko schwerer Krankheitsverläufe. Zudem trägt sie zur Entlastung des Gesundheitssystems sowie der Sicherstellung der Regelversorgung bei und reduziert die Wahrscheinlichkeit, dass erneut anderweitige bevölkerungsbezogene Schutzmaßnahmen erforderlich werden, die mit erheblichen Einschnitten in grundrechtlich geschützte Freiheiten einhergehen würden. Folglich überwiegt in der Gesamtschau das berechtigte öffentliche Interesse auch womöglich gegenläufige Interessen des Einzelnen.

II. Wesentlicher Inhalt des Entwurfs

Aus medizinisch-epidemiologischer Sicht ist eine hohe Impfquote notwendig, um das Risiko sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren und SARS-CoV-2 an andere Menschen zu übertragen zu reduzieren.

Die derzeitige Impfquote reicht nicht aus, um den zu erwartenden, sehr schnellen und drastischen Anstieg der Erkrankungen und die damit bestehende Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems und ggf. weiterer Versorgungsbereiche in den kommenden Winter-monaten 2022/2023 einzudämmen.

Zum Schutz der öffentlichen Gesundheit und vulnerabler Gruppen wird daher eine allgemeine Impfpflicht für Personen über 18 Jahre eingeführt.

Dies bedeutet, dass Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt seit mindestens sechs Monaten in der Bundesrepublik Deutschland haben und das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet sind, ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen und diesen auf Anforderung der zuständigen Behörde vorzulegen. Unabhängig davon sind Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, verpflichtet, ab dem 1. Oktober 2022 diesen Nachweis auf Anforderung ihrer Krankenkasse, ihres Versicherers, bei dem sie privat krankenversichert sind, oder ihres Trägers der Heilfürsorge vorzulegen.

Ausgenommen werden Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, oder die permanent nicht mit einem der zugelassenen und verfügbaren Impfstoffe gegen COVID-19 immunisiert werden können. Schwangeren wird nach gegenwärtigem medizinischen Kenntnisstand eine Schutzimpfung gegen SARS-CoV-2 unter bestimmten Umständen und nach ärztlichem Ermessen empfohlen.

Die Regelung ist bis zum 31. Dezember 2023 befristet, um die mit der Impfpflicht in Zusammenhang stehenden Belastungen zu begrenzen.

III. Alternativen

Siehe oben (Vorblatt, C.).

IV. Gesetzgebungskompetenz

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes für die vorgesehenen Änderungen ergibt sich aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 des Grundgesetzes – GG – (Maßnahmen gegen übertragbare Krankheiten bei Menschen, Recht der Arzneien), Artikel 74 Absatz 1 Nummer 11 GG (privatrechtliches Versicherungswesen), Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 (Sozialversicherung) sowie hinsichtlich der Bußgeldregelungen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 1 GG (Strafrecht).

Der Bund hat die Gesetzgebungskompetenz, da die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet und die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht (Artikel 72 Absatz 2 GG). Die Indienstnahme des privatwirtschaftlichen Versicherungswesens zur Umsetzung der Immunitätsnachweisverpflichtung gegen COVID-19 kann vorliegend nur durch eine bundeseinheitliche Regelung erfolgen, da ansonsten eine für das Verfahren notwendige bundeseinheitliche Umsetzung nicht gewährleistet werden kann.

V. Vereinbarkeit mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union und völkerrechtlichen Verträgen, die die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen hat, vereinbar.

VI. Gesetzesfolgen

Der Gesetzentwurf bezweckt eine Steigerung der Impfquote im Personenkreis der Menschen über 18 Jahre.

1. Rechts- und Verwaltungsvereinfachung

Eine Rechts- und Verwaltungsvereinfachung ist nicht Gegenstand dieses Gesetzes.

2. Nachhaltigkeitsaspekte

Der Gesetzesentwurf steht im Einklang mit dem Leitprinzip der Bundesregierung zur nachhaltigen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lebensqualität, sozialem Zusammenhalt und sozialer Verantwortung, gerade in Zeiten einer Pandemie. Der Gesetzentwurf unterstützt Nachhaltigkeitsziel 3 "Ein gesundes Leben für alle Menschen

jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern" und dabei insbesondere die Prinzipien einer nachhaltigen Entwicklung Nr. 3 b Gefahren und unvermeidbare Risiken für die menschliche Gesundheit zu vermeiden sowie Nr. 5 den sozialen Zusammenhalt in einer offenen Gesellschaft zu wahren und niemanden zurückzulassen.

3. Haushaltsausgaben ohne Erfüllungsaufwand

Der Gesetzentwurf bezweckt eine Steigerung der Impfquote im Personenkreis der Menschen über 18 Jahre. Durch den Gesetzentwurf werden unmittelbar keine zusätzlichen Kosten geschaffen für Schutzimpfungen, die über die nach der Coronavirus-Impfverordnung für die Schutzimpfungen entstehenden Kosten hinausgehen.

Dem Bund entstehen Ausgaben in derzeit nicht quantifizierbarer Höhe durch die Erstattung der Aufwendungen der Kostenträger der Krankenversicherung für die Information aller Versicherten und die Prüfung des Immunitätsnachweises gegen COVID-19 nach § 20a IfSG. Die Höhe der Ausgaben ist von der konkreten Umsetzung des Erhebungsverfahrens in der Rechtsverordnung abhängig.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht entstehen keine Kosten, die über die aufgrund der bisherigen Gesetzesfassung entstehenden Kosten hinausgehen.

4. Erfüllungsaufwand

Erfüllungsaufwand für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Verpflichtung, den zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absätze 3 und 4 IfSG vorzulegen, entsteht für die Bürgerinnen und Bürger ein geringfügiger, nicht näher quantifizierbarer zeitlicher und gegebenenfalls geringfügiger finanzieller Aufwand. Um den Erfüllungsaufwand gering zu halten, werden digitale Lösungen und einfach handhabbare Übermittlungswege geprüft. Eine konkrete Berechnung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich.

Gleiches gilt für die Verpflichtung der Bürgerinnen und Bürger, den nach § 20c IfSG zuständigen Stellen auf Anforderung Nachweise im Sinne des § 20a Absatz 3 IfSG vorzulegen.

Erfüllungsaufwand der Wirtschaft

Den Unternehmen der privaten Krankenversicherung entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens durch die Verpflichtung zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ca. 7,1 Millionen volljährige Krankheitskostenvollversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG ein Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den privaten Krankenversicherungsunternehmen entstehende Aufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

Erfüllungsaufwand der Verwaltung

a) Bund

Im Bereich der Bundespolizei entsteht Erfüllungsaufwand durch die Information über Beratungs- und Impfmöglichkeiten sowie die Anforderung und Prüfung der vorzulegenden Nachweise von den Heilfürsorgeberechtigten der Bundespolizei sowie durch die Benachrichtigung der zuständigen Behörden in Höhe von rund 520.000 Euro.

b) Länder und Kommunen

Durch die gesetzliche Vorgabe, sich Immunitätsnachweise vorzeigen zu lassen bzw. Bußgeldverfahren durchzuführen, ergibt sich für die nach Landesrecht zu bestimmenden zuständigen Behörden ein nicht näher quantifizierbarer Erfüllungsaufwand.

Durch die Anforderung und Prüfung der Impfnachweise und der Ausnahmetatbestände entsteht für die Länder im Rahmen der Kontrollen Erfüllungsaufwand in nicht quantifizierbarer Höhe.

Bezüglich der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht entsteht kein über die bisherige Gesetzesfassung hinausgehender Erfüllungsaufwand.

c) Sozialversicherung

Den Krankenkassen entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für rund 62 Mio. volljährige gesetzlich Krankenversicherte sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c IfSG Erfüllungsaufwand in nicht bezifferbarer Höhe. Der den gesetzlichen Krankenkassen entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

d) Postbeamtenkrankenkasse

Der Postbeamtenkrankenkasse entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Versicherten wie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Postbeamtenkrankenkasse entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

e) Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten

Der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entsteht durch die Information der Versicherten über Beratungs- und Impfmöglichkeiten und in Abhängigkeit von der im Verordnungswege erst noch zu regelnden Ausgestaltung des Verfahrens zur Anforderung und Überprüfung der Nachweise über den Impf- bzw. Genesenenstatus für ihre Mitglieder und die mitversicherten Angehörigen sowie zur Informationsübermittlung an die Stellen nach § 20c Erfüllungsaufwand in derzeit nicht bezifferbarer Höhe. Der der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten entstehende Erfüllungsaufwand wird aus Bundesmitteln erstattet.

5. Weitere Kosten

Auswirkungen auf Einzelpreise und das Preisniveau, insbesondere auf das Verbraucherpreisniveau, sind nicht zu erwarten.

6. Weitere Gesetzesfolgen

Die Regelungen haben keine spezifischen Auswirkungen auf Verbraucherinnen und Verbraucher bzw. keine Auswirkungen gleichstellungspolitischer oder demografischer Art.

VII. Befristung; Evaluierung

Die §§ 20a bis § 20d sind bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023 befristet. Der Deutsche Bundestag kann durch im Bundesgesetzblatt bekanntzumachenden Beschluss die Geltung der §§ 20a bis § 20d aufheben oder die Frist nach Satz 1 um jeweils bis zu ein Jahr verlängern.

Die Bundesregierung evaluiert die Regelungen §§ 20a bis 20d bis zur Aufhebung ihrer Geltung quartalsweise und berichtet an den Deutschen Bundestag.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1

Es handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen in der Inhaltsübersicht des Gesetzes.

Zu Nummer 2

§ 20a (Immunitätsnachweis gegen COVID-19 für Erwachsene, Verordnungsermächtigung)

Zu Absatz 1

Der Nachweispflicht unterfallen Personen über 18 Jahre, die sich voraussichtlich länger als sechs Monate in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Diese Personen sind verpflichtet ab dem 1. Oktober 2022 über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen. Erfasst werden nur längere Aufenthalte am Stück, wobei kürzere Unterbrechungen der Aufenthaltsdauer (z. B. durch Urlaube oder Dienstreisen) nicht berücksichtigt werden. Insbesondere berufsbedingte regelmäßige Kurzaufenthalte, wie sie etwa in der Logistikbranche der Fall sein können, werden nicht zusammengerechnet. Grenzgänger sind nicht erfasst, da sie kontinuierlich und regelmäßig zum Lebensmittelpunkt im Wohnstaat zurückkehren, sodass der Aufenthalt vorübergehend und nicht zeitlich zusammenhängend ist. Die Kriterien für den Impfnachweis werden in § 22a Absatz 1, die Kriterien für den Genesenennachweis werden in § 22a Absatz 2 festgelegt.

Die betroffenen Personen sind über diese Pflicht zu informieren. Dabei ist es wesentlich auf die Bedeutung der Schutzimpfung hinzuweisen. Deshalb soll diese Information gemeinsam mit einer Information über Beratungs- und Impfangeboten erfolgen. Die Informationen sollten in möglichst vielen Sprachen und bezogen auf möglichst viele Zielgruppen und die verbreitetsten Einwände erfolgen. Damit werden zudem die Anstrengungen verstärkt, um die noch Ungeimpften zu erreichen und für die Impfung zu motivieren. Es ist Ziel der Stellen nach Absatz 4 Satz 1, die Gesundheit ihrer Versicherten zu erhalten. Sie sind daher geeignet, im Rahmen des Anschreibens mit dieser Aufgabe der Information der Versicherten im Rahmen der Impfpflicht betraut zu werden.

Die Impfnachweispflicht besteht nicht bereits ab Tag 1 eines Aufenthaltes, der für mehr als 6 Monate geplant ist, sondern erst, nachdem der Zeitraum von 6 Monaten abgelaufen ist, damit für den Fall, dass eine Einreise ohne Impfung mit anerkannten Impfstoffen erfolgt ist, die Möglichkeit zur Nachimpfung genutzt werden kann.

Die Zeitspanne von sechs Monaten wurde gewählt, um diesen Personen ausreichend Zeit zu geben, eine vollständige Impfserie, für die man insgesamt mindestens ca. vier Monate benötigt, zu durchlaufen. Personen, die mit einem in der Bundesrepublik Deutschland nicht zugelassenen Impfstoff geimpft wurden, können frühestens 28 Tage nach ihrer letzten Impfung mit einem in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen Impfstoff geimpft werden. Da es in der Praxis vorkommen kann, dass ein Impftermin z.B. aus gesundheitlichen Gründen verschoben werden muss, wurde der Zeitraum auf sechs Monate festgelegt.

Hinsichtlich der Umstände, die erkennen lassen, dass eine Person nicht nur vorübergehend auf dem Bundesgebiet verweilt, stellt die Formulierung „zu verweilen beabsichtigt“ klar, dass auch Personen erfasst sind, deren Aufenthalt nicht von vornherein auf Beendigung angelegt, also zukunfts offen ist, da sie länger als sechs Monate im Bundesgebiet verweilen wollen. Dies gilt insbesondere für Ausländer, die einen Asylantrag in der Bundesrepublik Deutschland gestellt haben und verpflichtet sind, in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen. Von dem Ziel, die Impfquote in der Bevölkerung zu steigern, können Bewohner in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften nicht ausgenommen werden. Ihre Einbeziehung in die allgemeine Impfpflicht ist daher nicht anders zu bewerten, als in Bezug auf die Bevölkerung insgesamt.

Zu Absatz 2

Absatz 2 regelt, welche Personen von der Verpflichtung, über einen Impf- oder Genesenennachweis zu verfügen, ausgenommen sind. Ausgenommen sind Personen, die aufgrund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können. Bislang gibt es nur sehr wenige medizinische Kontraindikationen, warum eine Person sich dauerhaft nicht gegen COVID-19 impfen lassen kann. In der Regel können Personen, die mit einem der verfügbaren Impfstofftypen nicht impfbar sind, mit einem Alternativimpfstoff geimpft werden. Allgemeinverständliche Informationen zu medizinischen Kontraindikationen für die Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 sind den verpflichtenden Produktinformationen der jeweiligen Impfstoffe sowie den Aufklärungsblättern zur Impfung mit den verschiedenen Impfstoffen zu entnehmen, die das Robert Koch-Institut in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Grünen Kreuz e.V. erstellt und auf seiner Internetseite zur Verfügung stellt. In jedem Fall sind die Produktinformationen zu beachten. So sollten zum Beispiel Personen, die vorübergehend aufgrund einer bestehenden akuten Erkrankung nicht geimpft werden können (z.B. Fieber mit 38,5 °C oder höher), erst nach Genesung geimpft werden. Darüber hinaus sind im Einzelfall sonstige medizinische

Ausschlussgründe hinreichend zu würdigen. Eine eingehende Beratung über die empfohlene Impfung ist ggf. anzubieten.

Ebenfalls ausgenommen von der Nachweispflicht sind Schwangere im ersten Schwangerschaftsdrittel. Die Schwangerschaft an sich ist ein relevanter Risikofaktor für schwere COVID-19-Verläufe. Die Impfung erzeugt in gleichem Maße bei Schwangeren wie bei Nicht-Schwangeren eine sehr gute Schutzwirkung vor Infektion und schweren Verläufen (Hospitalisierung). Es liegen nur begrenzte Erfahrungen mit der Anwendung von COVID-19 Impfstoffen bei Schwangeren vor. Die bisher vorliegenden Daten zur Sicherheit zeigen kein gehäuftes Auftreten von schweren unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) nach einer COVID-19 Impfung während der Schwangerschaft. Nach einer umfassenden systematischen Aufarbeitung und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz zur Impfung in der Schwangerschaft sowie in der Stillzeit spricht die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) eine Impfempfehlung für ungeimpfte Schwangere ab dem zweiten Trimenon aus. Die Empfehlungen der STIKO zur COVID-19 Schutzimpfung basieren auf dem aktuellen Wissensstand. Die Nutzen-Risiko-Bilanz einer COVID-19-Impfung für Schwangere wird fortlaufend durch die STIKO bewertet und ggfs. angepasst, sobald zusätzliche Impfstoffe in Deutschland zugelassen und verfügbar sind oder neue relevante Erkenntnisse mit Einfluss auf diese Empfehlung bekannt werden. Die STIKO-Empfehlung sowie die Publikation jeder Aktualisierung erfolgt im Epidemiologischen Bulletin und wird auf der Internetseite des RKI bekannt gegeben.

Zu Absatz 3

Absatz 3 regelt die (sofort vollziehbare) Befugnis der zuständigen Behörden zur anlasslosen Überprüfung, ob die Verpflichtung nach Absatz 1 Satz 1 erfüllt wird. Dies gilt grundsätzlich im gesamten öffentlichen Raum.

Auf Anforderung der zuständigen Behörde haben Personen nach Absatz 1 Satz 1 neben einem amtlichen Lichtbildausweis entweder einen Impf- oder Genesenennachweis nach § 22a Absatz 1 oder 2 oder ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass eine Schwangerschaft im ersten Trimenon oder eine medizinische Kontraindikation besteht oder ein Ausnahmetatbestand nach Absatz 2 Satz 1 in den letzten sechs Monaten vorlag.

Als ärztliches Zeugnis darüber, dass sich eine Person im ersten Schwangerschaftsdrittel befindet, ist auch der Mutterpass geeignet.

Behauptet eine Person, dass sie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, hat sie zur Überprüfung dieser Behauptung auf Anforderung einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen.

Behauptet eine Person, dass sie nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, hat sie zur Überprüfung dieser Behauptung auf Anforderung einerseits einen amtlichen Lichtbildausweis vorzulegen sowie zum anderen diese Behauptung glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung ist es ausreichend, wenn es überwiegend wahrscheinlich erscheint, dass die Person nicht seit mindestens sechs Monaten ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat (beispielsweise durch Vorlage eines Studierendenausweises einer nichtdeutschen Universität).

Zu Absatz 4

In Absatz 4 wird parallel zu den Kontrollen gemäß Absatz 3 eine strukturierte umfassende Nachweisführung der allgemeinen Impfpflicht eingeführt.

Erwachsene Personen nach Absatz 1 Satz 1 sind verpflichtet ab dem 1. Oktober 2022 Nachweise gemäß Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 auf Anforderung vorzulegen. Die Frist ermöglicht es zwischenzeitlich auch bisher nicht oder nicht-vollständig geimpften Personen einen vollständigen Impfschutz entsprechend dem empfohlenen Impfschema zu erlangen.

Die Personen nach Absatz 1 Satz 1 haben die Nachweise der zuständigen Stelle gemäß den Nummern 1 bis 4 daher bis zum 1. Oktober 2022 vorzulegen. Zuständig ist jeweils die Krankenkasse, das private Krankenversicherungsunternehmen oder sonstige Stelle, bei der die Person krankenversichert ist oder von der sie im Krankheitsfall Leistungen beanspruchen kann. Bloße Zusatzversicherungen bleiben außer Betracht.

Zu Nummer 1

GKV-Versicherte (Mitglieder wie Mitversicherte) und diese gleichgestellte Personen, für die die Krankenkassen nach § 264 Abs. 1 und 2 SGB V die Krankenbehandlung übernehmen, haben die Nachweise ihrer Krankenkasse vorzulegen.

Zu Nummer 2

Privat Krankenversicherte führen den Nachweis gegenüber ihrem privaten Versicherungsunternehmen. Mit privat Krankenversicherten sind Personen mit einer privaten Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Absatz 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz gemeint. Das Vorhandensein einer lediglich ergänzenden privaten Zusatzversicherung etwa bei gesetzlich Versicherten (z. B. Zahnzusatzversicherung, Krankenhauszusatzversicherung) löst keine zusätzliche Nachweispflicht gegenüber dem privaten Versicherungsunternehmen aus.

Zu Nummer 3

Die bei der Postbeamtenkrankenkasse grundversicherten Mitglieder und mitversicherten Angehörigen führen den Nachweis gegenüber der Postbeamtenkrankenkasse. Das Vorhandensein einer lediglich ergänzenden Zusatzversicherung löst keine zusätzliche Nachweispflicht gegenüber der Postbeamtenkrankenkasse aus.

Zu Nummer 4

Heilfürsorgeberechtigte sind nur gegenüber dem Heilfürsorgeträger nachweispflichtig, eine möglicher Weise ergänzend bestehende private Zusatzversicherung löst keine (zusätzliche) Impfnachweispflicht gegenüber dem privaten Krankenversicherer aus.

Der Statusgruppe der aktiven Soldatinnen und Soldaten der Bundeswehr wird als besoldungsrechtlicher Anspruch Heilfürsorge in Form der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung gewährt. Dieses Gesundheitsversorgungssystem steht außerhalb der gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung und umfasst auch die Durchführung impfmedizinischer Maßnahmen durch einen Truppenarzt. Durch den Impfarzt der Bundeswehr erfolgt auch eine nachvollziehbare Dokumentation der stattgehabten Impfungen. Dies gilt auch für die Feststellung und Dokumentation eines Genesenenstatus.

Für aktive Soldatinnen und Soldaten besteht eine Duldungspflicht für die Impfung gegen SARS-CoV 2 auf der Grundlage des § 17a Absatz 2 Satz 1 Nummer Soldatengesetzes zur Aufrechterhaltung der Einsatzbereitschaft der Streitkräfte. Die damalige Bundesministerin der Verteidigung, Annegret Kramp-Karrenbauer, hatte am 24. November 2021 entschieden, die Impfung gegen COVID-19 in das duldungspflichtige Basisimpfschema aufnehmen zu lassen. Damit hat sie diese Duldungspflicht auf alle Soldatinnen und Soldaten ausgeweitet.

Absatz 4 Satz 2 verpflichtet zur Vorlage eines neuen Nachweises gemäß Absatz 3, wenn der zuvor vorgelegte Nachweis nach Absatz 3 seine Gültigkeit nach dem 1. Oktober 2022 aufgrund Zeitablaufs verliert. Das kann insbesondere der Fall sein, wenn ein Genesenennachweis nach 90 Tagen seine Wirksamkeit verliert. Eine erneute Nachweisführung kann insbesondere auch erforderlich sein, wenn eine Kontraindikation oder Schwangerschaft nicht mehr besteht. Die Vorlage der Nachweise erfolgt an die zuständigen Stellen gemäß den Nummer 1 bis 4 und hat binnen eines Monats nach Ablauf der Gültigkeit des Nachweises zu erfolgen. Wie die Vorlage der Nachweise zu erfolgen hat, wird ebenfalls in der Rechtsverordnung konkretisiert (siehe Absatz 8).

In Satz 3 werden privat krankenversicherte Versicherungsnehmer verpflichtet, ihrem Versicherer auf Anforderung die Anschriften des gewöhnlichen Aufenthaltsortes mitversicherter Personen mitzuteilen. Damit soll gewährleistet werden, dass auch für Mitversicherte, deren Adressen bisher mangels Erfordernis dem Versicherer nicht bekannt waren, Anschriften, insbesondere falls kein erforderlicher Nachweis der Mitversicherten eingeht, erfasst werden können und somit die Prüfung auch für diese Gruppe stattfinden kann. Die Anschriften können dann vom Versicherer für die gezielte Aufforderung zur Übermittlung eines Impf- bzw. Genesenennachweises oder bei fehlendem Nachweis gegebenenfalls für eine Meldung an die zuständige Behörde verwendet werden.

Zu Absatz 5

Absatz 5 ordnet an, dass für eine von den Verpflichtungen nach den Absätzen 3 und 4 betroffene und unter rechtlicher Betreuung stehende Person deren Betreuer für die Erfüllung der Verpflichtungen zu sorgen hat, soweit die Erfüllung dieser Verpflichtungen zu seinem Aufgabenkreis gehört.

Zu Absatz 6

In Absatz 6 wird die Unterstützung der Krankenkassen, der privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie weiterer Stellen für die Erhebung des Impf- bzw. Genesenenstatus ihrer Versicherten geregelt.

Mit Satz 1 werden die Krankenkassen gemäß § 30 Absatz 2 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) beauftragt sowie die privaten Krankenversicherungsunternehmen verpflichtet, bei Personen nach Absatz 1 Satz 1, die bei ihnen versichert sind oder von ihnen versorgt werden, Nachweise zum Vorliegen eines vollständigen Impfschutzes gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 oder über das Vorliegen einer Kontraindikation zu erheben, diese stichprobenhaft auf Echtheit und inhaltliche Richtigkeit zu prüfen und den für die Durchsetzung der Impfpflicht zuständigen Behörden die Versicherten namentlich zu melden, von denen ihnen keine ausreichenden Nachweise oder Bescheinigungen vorgelegt wurden. Eine entsprechende Verpflichtung trifft die Träger der Heilfürsorge sowie die Träger der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten oder der Postbeamtenkrankenkasse. Soweit die entsprechenden Nachweise bereits vorliegen, ist eine erneute Abfrage nicht erforderlich.

Da die Überprüfung der Einhaltung der allgemeinen Impfpflicht nicht in die originäre Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen fällt, bedarf es für diese neue und sozialversicherungsfremde Aufgabe nach § 30 Absatz 2 SGB IV einer expliziten gesetzlichen Aufgabenübertragung.

Die privaten Krankenversicherungsunternehmen werden ausdrücklich zu dieser Aufgabe verpflichtet, da es sich bei der Überprüfung der Einhaltung der allgemeinen Impfpflicht nicht um eine Versicherungsleistung handelt und so eine verbindliche Rechtsgrundlage für diese versicherungsfremden Tätigkeiten geschaffen wird.

In Satz 2 wird diese Aufgabe weiter konkretisiert. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 haben zu diesem Zweck von den Versicherten die erforderlichen Nachweise nach Absatz 3 Satz 1 anzufordern, zu erheben, zu speichern und stichprobenbezogen auf Echtheit und inhaltliche Richtigkeit zu prüfen. Weiterhin werden sie berechtigt und verpflichtet, personenbezogene Daten, d.h. insbesondere Adressdaten den zuständigen Behörden gemäß § 54 („Sanktionsbehörden“) zu übermitteln. Das Nähere zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten wird in einer Rechtsverordnung festgelegt (siehe Absatz 8).

Satz 3 legt abschließend die Verwendungszwecke für die personenbezogenen Daten nach Satz 2 fest. Die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 dürfen die von ihnen erhobenen personenbezogenen Daten nur für die Zwecke der Überprüfung nach Satz 1 und 2 und nur im hierfür notwendigen Umfang verarbeiten.

Satz 4 verbietet grundsätzlich die Zusammenführung der personenbezogenen Daten nach Satz 3 mit anderen Daten. Krankenkassen dürfen die bei den Versicherten erhobenen Daten nur nach Satz 5 mit den Daten des Versichertenverzeichnisses abgleichen, weil dies für die Erfüllung der den Krankenkassen nach Satz 1 übertragenen Aufgaben erforderlich ist. Private Versicherungsunternehmen dürfen die bei den Versicherten erhobenen Daten entsprechend mit ihren Datenbeständen abgleichen. Weiterhin sind nach Satz 5 die Daten zu löschen, wenn sie die Verarbeitung für die Prüfung der allgemeinen Impfpflicht nicht mehr erforderlich sind, spätestens am 31. Dezember 2023.

Da es sich bei der Kontrolle der Impfpflicht nicht um krankenkasseneigene bzw. krankenversicherungseigene Aufgaben handelt, sind nach Satz 6 den Kostenträgern der Krankenversorgung die entstehenden Aufwendungen zu ersetzen. Die Erstattung der durch die Beteiligung an der allgemeinen Impfpflicht entstehenden Kosten für die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 erfolgt aus Bundesmitteln. Das Nähere hierzu wird in einer Rechtsverordnung festgelegt (siehe Absatz 8).

Zu Absatz 7

In Absatz 7 wird normiert, in welchen Fällen die nach § 54 zuständige Stelle zu benachrichtigen ist, sodass diese weitere Untersuchungen sowie Rechtsfolgen anordnen kann.

Die Benachrichtigung erfolgt in den Satz 1 genannten Fällen. Dies ist nach den Nummern 1, 2 und 4 der Fall, wenn sie keinen tauglichen Nachweis gemäß Absatz 3 Satz 1 Nummern 1 oder 2 nach Aufforderung vorgelegt hat oder wenn Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines Nachweises bestehen. Nach Nummer 3 hat auch dann eine Benachrichtigung zu erfolgen, wenn ein zur Mitteilung der Anschriften von Mitversicherten aufgeforderter privat versicherter Versicherungsnehmer diese Anschriften nicht übermittelt. Nach Nummer 5 hat auch dann eine Benachrichtigung zu erfolgen, wenn die Person entgegen der Verpflichtung nach Satz 4 nicht glaubhaft machen kann.

Die Benachrichtigungen erfolgen dabei von den Behörden gemäß Absatz 3 Satz 1 oder den zuständigen Stellen gemäß Absatz 4 Satz 1 oder 2 an die örtlich zuständige Behörde nach § 54, d.h. die Stelle in deren Bezirk die Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Zu Absatz 8

Die Vorschrift ermächtigt das Bundesministerium für Gesundheit, nach Anhörung des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, des Verbands der Privaten Krankenversicherung und der weiteren Träger nach Nummer 3 und 4 ohne Zustimmung des Bundesrats in einer Rechtsverordnung Einzelheiten zur Umsetzung des § 20a zu regeln.

Dies betrifft verschiedene Bereiche, zu denen konkretisierende Regelungen erforderlich sind.

Zu Nummer 1

Nummer 1 bezieht sich zum einen auf die in Absatz 4 normierte Verfahren zur Vorlage eines Impf- oder Genesenachweises oder eines ärztlichen Zeugnisses nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2. Zum anderen können in der Rechtsverordnung Einzelheiten der in Absatz 7 vorgesehenen Benachrichtigung der zuständigen Behörden durch die Behörden nach Absatz 3 und die Stellen nach Absatz 4 Satz 1 geregelt werden.

Zu Nummer 2

Nach Nummer 2 können konkretisierende Vorgaben zur Anforderung nach Absatz 4 Satz 1 geregelt in der Rechtsverordnung geregelt werden. So können z.B. konkrete Inhalte vorgesehen werden.

Zu Nummer 3

Nach Nummer 3 kann Näheres zur die Errichtung und Ausgestaltung eines Portals zur Unterstützung der in Absatz 4 Satz 1 benannten Stellen bei ihren Aufgaben nach den Absätzen 4 und 6 festgelegt werden. Dabei kann insbesondere auch die konkrete Aufgabe des Portals, z. B. die Information der nachweispflichtigen Personen, festgelegt werden.

Zu Nummer 4

Nach Nummer 4 können in der Rechtsverordnung technische Verfahren und Systeme festgesetzt werden, die beim Verfahren nach Absatz 4, insbesondere bei der Vorlage und Überprüfung der Nachweise nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 unterstützen können. In der Rechtsverordnung kann auch Näheres zur Bereitstellung dieser Systeme durch die in Absatz 4 Satz 1 benannten Stellen oder durch den Bund geregelt werden.

Zu Nummer 5 bis Nummer 7

Die Nummern 5 bis 7 beziehen sich auf die vorgesehene Kostenerstattung aus Bundesmitteln für die Stellen nach Absatz 4 Satz 1. Der Ordnungsgeber wird befugt, Art und Umfang der Erstattung sowie die hierfür notwendigen Verfahren einschließlich der auszahlenden Stelle zu bestimmen. Insbesondere kann festgelegt werden, ob ein Ausgleich der tatsächlichen Kosten erfolgt oder ob die Zahlung von Pauschalen zum Beispiel je Versicherten oder Mitglied vorgesehen wird. In der Rechtsverordnung können zudem beispielsweise Pflichten zum Nachweis der entstandenen Kosten und Vorlagefristen geregelt werden. Für die verschiedenen Akteure können gegebenenfalls unterschiedliche Verfahren vorgesehen werden.

Zu Nummer 8

Nach Nummer 8 können in der Rechtsverordnung konkretisierende Vorgaben zur Übermittlung von Daten, die im Nachweisverfahren bei den Krankenkassen anfallen, an das Forschungsdatenzentrum nach 303d SGB V getroffen werden. Hierbei kann insbesondere geregelt werden, welche konkreten Daten übermittelt werden, in welcher Form dies geschieht und zu welchen Zeitpunkten eine Datenlieferung durch die Krankenkassen zu erfolgen hat.

Zu Nummer 9

Nach Nummer 9 können notwendige konkretisierende Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten durch die in Absatz 4 Satz 1 benannten Stellen im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung nach Absatz 6 Satz 1 bis 5 und Absatz 7, nach Absatz 10 durch Rechtsverordnung geregelt werden. Auch für weitere im Verfahren einzube-

ziehender Bundeseinrichtungen, insbesondere des Robert Koch-Instituts bei der Anbindung bestehender technischer Systeme sowie des Portals nach Nummer 3, können konkretisierende Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten getroffen werden.

Zu Nummer 10

Nach Nummer 10 kann in der Rechtsverordnung geregelt werden, ob und in welchem Rahmen Validierungsdienste im Rahmen der in Absatz 6 enthaltenen Aufgaben der in nach Absatz 3 Satz 1 benannten Stellen eingesetzt werden können.

Zu Nummer 11

Nach Nummer 11 kann in der Rechtsverordnung geregelt werden, in welchem Rahmen bei der in Absatz 6 und 7 vorgesehenen Datenverarbeitung, beispielsweise im Rahmen der Anforderung, Erhebung, Speicherung und Prüfung der Nachweise, Auftragsverarbeiter miteinbezogen werden dürfen. Ein solcher Auftragsverarbeiter könnte beispielsweise für die privaten Krankenversicherungsunternehmen der Verband der Privaten Krankenversicherung oder eine andere dritte Stelle sein, derer sie sich bedienen, um ein einheitliches, ressourcensparendes Datenverarbeitungsverfahren zu etablieren und zu nutzen.

Zu Absatz 9

In Absatz 9 werden abweichend vom Verbot der Verarbeitung der nach Absatz 4 von den Stellen nach Absatz 4 Satz 1 erhobenen Daten für andere als in Absatz 4 genannte Zwecke Ausnahmen geregelt. Mit Satz 1 wird ermöglicht, diese Daten auch zur versichertenbezogenen Ansprache ihrer Versicherten bezüglich eines direkten Impfangebots zu nutzen. Dies erfolgt im Rahmen der Aufgabe der Krankenkassen nach § 20i Absatz 4 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) über fällige Schutzimpfungen zu versichertenbezogen zu informieren.

Zudem wird mit Satz 2 eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen, dass die in Absatz 4 Satz 1 Nummer 1 und 2 genannten Stellen die nach Absatz 4 erhobenen Daten unmittelbar in die elektronische Patientenakte übertragen können, sofern der Versicherte nicht widerspricht. Der Versicherte ist über diese Übermittlung im Rahmen des in Absatz 6 geregelten Anforderungsverfahrens zu informieren und ihm ist im Rahmen der Information eine einfache Widerspruchsmöglichkeit einzuräumen, indem ein Widerspruch mit Ankreuzoption oder mit der Möglichkeit, einen Haken zu setzen, vorformuliert wird. Dies bietet dem Versicherten den Vorteil, dass die Daten seines COVID-19-Impfzertifikats oder seines COVID-19-Genesenenzertifikats, die seiner Krankenversicherung ohnehin zum Zweck der Überprüfung der Impfpflicht vorliegen, komfortabel in die elektronische Patientenakte eingestellt werden können. Ein Vorteil gegenüber einem eigenständigen Einstellen des Versicherten liegt darin, dass die in den COVID-19-Impfzertifikaten bzw. COVID-19-Genesenenzertifikaten verkörperten Daten bereits in strukturierter Form vorliegen und nach Übertragung in die elektronische Patientenakte dort ebenfalls in strukturierter Form gespeichert sind. Stellt der Versicherte sein Impf- oder Genesenenzertifikat hingegen selbst in die elektronische Patientenakte ein, ist das Zertifikat dort lediglich als PDF-Datei gespeichert und nicht in strukturierter Form. Dieses Verfahren stellt eine Ausnahme (Opt-Out) zu dem in § 341 Absatz 1 Satz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch normierten Konzept der elektronischen Patientenakte dar, welches eine Datenübermittlung in die elektronische Patientenakte auf Verlangen und mit Einwilligung des Versicherten vorsieht.

Über das Opt-Out-Verfahren wird ein benutzerfreundlicher Ansatz verfolgt, damit die Versicherten auf einfache Weise ihre COVID-Zertifikate in der elektronischen Patientenakte, die als Kernelement der medizinischen Anwendungen einen großen Nutzen für die eigene medizinische Versorgung entfaltet, gespeichert werden.

Damit Versicherte, die noch nicht über eine elektronische Patientenakte verfügen, ebenfalls die Daten des COVID-19-Impfzertifikates oder des COVID-19-Genesenenzertifikates in ihrer elektronischen Patientenakte speichern können, müssen für alle Versicherten umgehend eine elektronische Patientenakte eingerichtet werden und die Versicherten unmittelbar auf die Möglichkeit der aktiven Nutzung der elektronischen Patientenakte hingewiesen werden. Die Möglichkeit der Beantragung der aktiven Nutzung sollte benutzerfreundlich ausgestaltet sein und neben dem digitalen Weg auch die Beantragung in einer Geschäftsstelle oder in einer Apotheke erlauben.

Die technischen Voraussetzungen dafür, dass die Daten der Zertifikate als Teil der elektronischen Patientenakte zur Verfügung gestellt werden können, sind von den Adressaten der Regelung bis zum 1. November 2022 zu schaffen.

Zu Absatz 10

Im Verfahren bei der Nachweispflicht fallen bei den zur Überprüfung verpflichteten Stellen wertvolle Daten zu den Impfstatus an. Um gemeinnützige Forschung im Bereich des Coronavirus und von Fragen der Infektiologie, Epidemiologie und Virologie zu ermöglichen, und damit insbesondere für die künftige Pandemievorsorge, werden die Krankenkassen verpflichtet diese an das Forschungsdatenzentrum nach § 303d SGB V zu übermitteln. Die Daten werden dort in pseudonymisierter Form in einem sicheren Verfahren für Forschungszwecke und für weitere gemeinnützige Zwecke nach § 303e Absatz 2 SGB V bereitgestellt. Durch die Überführung der Daten zum Impfstatus der Versicherten bei den Krankenkassen wird der Datenbestand des Forschungsdatenzentrums um eine wertvolle Facette erweitert. Hierdurch wird pandemierelevante Forschung auch in Deutschland in einer neuen Quantität und Qualität ermöglicht. Damit wird sichergestellt, dass die gesamte Bevölkerung von den Daten profitiert.

Zu Nummer 3**Zu Buchstabe a**

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung der Überschrift der Regelungen zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht, die nun in § 20b verschoben wurde.

Zu Buchstabe b

Da die Kriterien für die Impfnachweis nun in § 22a festgelegt werden, wird der Verweis auf die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung durch einen Verweis auf § 22a Absatz 1 ersetzt.

Zu Buchstabe c**Zu Doppelbuchstabe aa und bb**

Da die Kriterien für die Impf- und Genesenennachweise nun in § 22a festgelegt werden, wird der Verweis auf die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung durch einen Verweis auf § 22a Absatz 1 bzw. Absatz 2 ersetzt.

Zu Doppelbuchstabe cc

Parallel zu den Ausnahmetatbeständen für die allgemeine Impfpflicht in § 20a Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 sind auch bei der einrichtungsbezogenen Impfpflicht Personen, die sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, von der einrichtungsbezogenen Impfpflicht ausgenommen. Sie haben dazu ein ärztliches Zeugnis darüber, dass sie sich im ersten Schwangerschaftsdrittel befinden, vorzulegen. Als ein entsprechendes ärztliches Zeugnis ist auch der Mutterpass geeignet.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe d

Die Regelungen des Absatzes 5 wurden in § 20c überführt.

Zu Buchstabe e

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zu Buchstabe f

Dem Zitiergebot wird mit Artikel 5 Rechnung getragen.

Zu Nummer 4**§ 20c (Weiteres Verfahren; Verordnungsermächtigung)****Zu Absatz 1**

Jede Person, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Bezirk der vom Land für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde hat, ist verpflichtet, auf deren Anforderung einen Nachweis

nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 vorzulegen, eine Glaubhaftmachung nach § 20a Absatz 3 Satz 4 zu erbringen oder eine Mitteilung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 abzugeben. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

Mit der Verpflichtung zur Mitteilung nach § 20a Absatz 4 Satz 3 wird es den Behörden ermöglicht, von privat versicherten Versicherungsnehmern, die trotz Anforderung des PKV-Unternehmens die Anschriften von Mitversicherten nicht mitteilen, diese ihrerseits anzufordern. Dies dient der Gleichbehandlung von Versicherten bei der Überprüfung der Pflicht zur Übermittlung von Impf- bzw. Genesenennachweisen.

Zu Absatz 2

Die in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Personen haben dem Gesundheitsamt oder der Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, auf Anforderung einen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorzulegen.

Zu Absatz 3

Bestehen Zweifel an der Echtheit oder inhaltlichen Richtigkeit eines vorgelegten Nachweises, so kann die für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 6 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat (Nummer 1), oder das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet (Nummer 2), eine ärztliche Untersuchung der betroffenen Person dazu anordnen, ob die betroffene Person auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden kann. Widerspruch und Anfechtungsklage gegen eine nach Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung. § 20a Absatz 5 gilt entsprechend.

Zu Absatz 4

Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen befindet, kann einer Person, die trotz der Anforderung nach Absatz 2 keinen Nachweis nach § 20b Absatz 2 Satz 1 innerhalb einer angemessenen Frist vorlegt oder der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung nach Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 nicht Folge leistet, untersagen, dass sie die dem Betrieb einer in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Einrichtung oder eines in § 20b Absatz 1 Satz 1 genannten Unternehmens dienenden Räume betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird. Bei der Entscheidung kann die jeweilige Versorgungssituation berücksichtigt werden. Widerspruch und Anfechtungsklage eine Satz 1 erlassene Anordnung haben keine aufschiebende Wirkung.

Zu Absatz 5

Das Gesundheitsamt oder die Stelle nach § 20b Absatz 2 Satz 3, in dessen oder deren Bezirk sich die jeweilige Einrichtung oder das jeweilige Unternehmen nach § 20b Absatz 1 Satz 1 befindet, übermittelt ab dem 1. Oktober 2022 der für das weitere Verfahren nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmten zuständigen Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort die für das weitere Verfahren erforderlichen personenbezogenen Angaben nach § 2 Nummer 16. Bußgeldverfahren und Verwaltungszwangsverfahren sind ab dem 1. Oktober 2022 ausschließlich durch die für das nach § 20a Absatz 7 Satz 1 bestimmte zuständige Behörde, in deren Bezirk die betroffene Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, durchzuführen.

Zu Absatz 6

Bevor Maßnahmen nach Absatz 4 ergriffen oder ein Verwaltungszwangsverfahren eingeleitet werden, ist die betroffene Person auf die Möglichkeit einer Impfberatung und einer kostenlosen Schutzimpfung hinzuweisen und ist ihr Gelegenheit zu geben, einen Nachweis innerhalb einer angemessenen Frist vorzulegen. Sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird, ist die Maßnahme nach Absatz 4 aufzuheben oder das Verwaltungszwangsverfahren oder das Bußgeldverfahren mit sofortiger Wirkung einzustellen.

Zu Absatz 7

Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, ohne Zustimmung des Bundesrates Vorgaben hinsichtlich des Übermittlungsverfahrens sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten nach den Absätzen 1 und 2 festzulegen.

Zu Nummer 5

Hierbei handelt es sich um eine Folgeänderung. Durch das Einfügen neuer Vorschriften wird aus dem bisherigen § 20b der § 20d. Inhaltliche Änderungen sind damit nicht verbunden.

Zu Nummer 6**§ 20e (Befristung, Ermächtigung des Bundestages zur Verlängerung)****Zu Absatz 1**

Die §§ 20a bis § 20d gelten bis zum Ablauf des 31. Dezember 2023.

Zu Absatz 2

Der Deutsche Bundestag kann durch im Bundesgesetzblatt bekanntzumachenden Beschluss die Geltung der §§ 20a bis § 20d aufheben oder die Frist nach Satz 1 um jeweils bis zu ein Jahr verlängern.

Zu Absatz 3

Die Bundesregierung evaluiert die Regelungen §§ 20a bis 20d bis zur Aufhebung ihrer Geltung quartalsweise und berichtet an den Deutschen Bundestag.

Zu Nummer 7

§ 22 Absatz 5 bis 7 wurden in § 22a überführt.

Zu Nummer 8**§ 22a (Impf-, Genesenen- und Testnachweis bei COVID-19; COVID-19-Zertifikate; Verordnungsermächtigung)****Zu Absatz 1****Zu Satz 1**

Ein Impfnachweis ist 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.

Zu Satz 2

Ein vollständiger Impfschutz gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 liegt vor, wenn kumulativ die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind: Die zugrundeliegenden Einzelimpfungen sind mit einem von der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff, mit verschiedenen von der Europäischen Union zugelassenen oder mit äquivalenten Impfstoffen oder mit einer Verordnung nach Absatz 4 bestimmten Impfstoffen erfolgt (Nummer 1), insgesamt sind drei Einzelimpfungen erfolgt (Nummer 2) und die letzte Einzelimpfung ist mindestens drei Monate nach der zweiten Einzelimpfung erfolgt (Nummer 3).

Zu Satz 3

In den folgenden Konstellationen liegt abweichend von Satz 2 Nummer 2 ein vollständiger Impfschutz auch bei zwei Einzelimpfungen vor.

Zu Nummer 1

Ein vollständiger Impfschutz liegt bei zwei Einzelimpfungen vor, 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 Antikörpertest zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch keine Einzelimpfung gegen COVID-19 erhalten hatte.

Zu Nummer 2

Weiterhin liegt ein vollständiger Impfschutz bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn die betroffene Person mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert gewesen ist, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten

Erregernachweis nachweisen kann, und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht (Buchstabe a) sowie zu einer Zeit erfolgt ist, zu der die betroffene Person noch nicht die zweite Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erhalten hat (Buchstabe b).

Zu Nummer 3

Schließlich liegt ein vollständiger Impfschutz bei zwei Einzelimpfungen vor, wenn die betroffene Person sich nach Erhalt der zweiten Einzelimpfung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infiziert hat, sie diese Infektion mit einem Testnachweis über einen direkten Erregernachweis nachweisen kann und die dem Testnachweis zugrundeliegende Testung auf einer Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) beruht (Buchstabe a) sowie seit dem Tag der Durchführung der dem Testnachweis zugrundeliegenden Testung 28 Tage vergangen sind (Buchstabe b).

Zu Satz 4 und 5

Abweichend von Satz 2 Nummer 2 liegt ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei zwei Einzelimpfungen vor. Abweichend von Satz 3 liegt in den dort genannten Fällen ein vollständiger Impfschutz bis zum 30. September 2022 auch bei einer Einzelimpfung vor, an die Stelle der dort genannten zweiten Einzelimpfung tritt in diesen Fällen die erste Einzelimpfung.

Zu Absatz 2

Ein Genesenennachweis ist 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 die vorherige Infektion durch einen direkten Erregernachweis nachgewiesen wurde (Nummer 1) und die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion mindestens 28 Tage und höchstens 90 Tage zurückliegt (Nummer 2).

Zu Absatz 3

In Absatz 3 werden die Anforderungen für einen Testnachweis festgelegt.

Zu Absatz 4

Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates von den Absätzen 1 bis 3 abweichende Anforderungen an einen Impf-, einen Genesenen- und einen Testnachweis zu regeln. Dies gilt jedoch nur, sofern diese abweichenden Anforderungen für die jeweils betroffenen Personen eindeutig vorteilhaft sind. Es dürfen folglich nur Regelungen getroffen werden, die die Voraussetzungen zur Erlangung des Impf-, Genesenen- oder Teststatus erleichtern, insbesondere dürfen in der Rechtsverordnung keine strengeren Anforderungen getroffen werden.

Hinsichtlich des Impfnachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 1 die Intervallzeiten, die nach jeder Einzelimpfung für einen vollständigen Impfschutz abgewartet werden müssen und die zwischen den Einzelimpfungen liegen dürfen (Buchstabe a). Außerdem darf die Bundesregierung hinsichtlich der Zahl und möglichen Kombinationen der Einzelimpfungen für einen vollständigen Impfschutz (Buchstabe b) sowie hinsichtlich weiterer Impfstoffe, deren Verwendung für einen Impfnachweis im Sinne des Absatzes 1 anerkannt werden (Buchstabe c), abweichende Anforderungen durch Rechtsverordnung regeln.

Hinsichtlich des Genesenennachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 2 die Art des Nachweises, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen worden sein kann (Buchstabe a), die Zeit, die nach der Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion vergangen sein muss (Buchstabe b), die Zeit, die die Testung zum Nachweis der vorherigen Infektion zurückliegen darf (Buchstabe c)

Hinsichtlich des Testnachweises darf die Bundesregierung in dieser Rechtsverordnung abweichend von Absatz 3 weitere Nachweismöglichkeiten, mit der die vorherige Infektion nachgewiesen worden sein kann, regeln.

Zu Absatz 5

Zusätzlich zu der Impfdokumentation ist auf Wunsch der geimpften Person die Durchführung einer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Impfzertifikat) durch die zur

Durchführung der Schutzimpfung berechnigte Person (Nummer 1) oder nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker (Nummer 2) zu bescheinigen.

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Impfdokumentation über eine Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Impfzertifikats, insbesondere, um die Identität der geimpften Person und die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat. Zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats übermittelt die zur Bescheinigung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 verpflichtete Person die in § 22 Absatz 2 Satz 1 und § 22 Absatz 4 genannten personenbezogenen Daten an das Robert Koch-Institut, das das COVID-19-Impfzertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

Zu Absatz 6

Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der betroffenen Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Genesenzertifikat) entweder durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigte Person (Nummer 1) oder nachträglich von jedem Arzt oder Apotheker (Nummer 2).

Die Verpflichtung nach Satz 1 Nummer 2 besteht nur, wenn dem Arzt oder Apotheker eine Testdokumentation in Bezug auf einen positiven Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 vorgelegt wird und er sich zum Nachtrag unter Verwendung geeigneter Maßnahmen zur Vermeidung der Ausstellung eines unrichtigen COVID-19-Genesenzertifikats, insbesondere, um die Identität der getesteten Person und die Authentizität der Testdokumentation nachzuprüfen, bereit erklärt hat.

Zu Absatz 7

Die Durchführung oder Überwachung einer Testung in Bezug auf einen negativen Erregernachweis des Coronavirus SARS-CoV-2 ist auf Wunsch der getesteten Person durch die zur Durchführung oder Überwachung der Testung berechnigten Person in einem digitalen Zertifikat (COVID-19-Testzertifikat) zu bescheinigen.

Zu Nummer 9

Da die Kriterien für die Impf-, Genesenen- und Testnachweise nun in § 22a festgelegt werden, wird der Verweis auf die Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung durch einen Verweis auf § 22a Absatz 1, Absatz 2 oder Absatz 3 ersetzt.

Zu Nummer 10

§ 54c Satz 1 sieht vor, dass die Vollstreckung einer Anforderung nach § 20c Absatz 1 und Absatz 2 ausschließlich durch die Verhängung eines Zwangsgeldes erfolgen kann. Im Falle der Uneinbringlichkeit des Zwangsgeldes ist die Anordnung von Ersatzzwangshaft oder (einige Bundesländer betreffend) Erzwingungshaft durch § 54c Satz 2 ausgeschlossen.

Die Beschränkung der Zwangsmittel auf das Zwangsgeld und der Ausschluss der Ersatzzwangshaft bzw. Erzwingungshaft sind aus gesellschaftspolitischen Gründen gerechtfertigt. Die zuständigen staatlichen Stellen sind längere Zeit davon ausgegangen, dass eine Impfpflicht nicht erforderlich sein werde, und haben dies entsprechend kommuniziert. Vor diesem Hintergrund würde eine mit dem vollen Arsenal staatlicher Zwangsmittel verknüpfte Impfpflicht als besonders schwerwiegend empfunden werden, so dass in diesem Ausnahmefall von diesen Zwangsmitteln nur eingeschränkt Gebrauch gemacht werden soll.

Zu Nummer 11

Die Ordnungswidrigkeitentatbestände werden angepasst.

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Es werden folgende neuen Bußgeldtatbestände eingeführt:

- a) Absatz 1a Nummer 7e sanktioniert die Zuwiderhandlung gegen eine vollziehbare Anordnung nach § 20a Absatz 3 Satz 1,
- b) Nummer 7f sanktioniert, die nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erfolgte Vorlage eines Nachweises nach § 20a Absatz 4 Satz 1 oder 2,
- c) Nummer 7g sanktioniert, denjenigen, der entgegen § 20a Absatz 5, auch in Verbindung mit § 20c Absatz 1 Satz 1, nicht dafür sorgt, dass eine dort genannte Verpflichtung eingehalten wird.

Zu Doppelbuchstabe bb

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung der Nummer 3 (der bisherige § 20a wird § 20c).

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung der Nummer 3 (der bisherige § 20a wird § 20c) sowie der Nummer 4 Buchstabe d) (Aufhebung des Absatzes 5). Eine entsprechende Neuregelung findet sich nun in § 20c Absatz 4 Satz 1.

Zu Doppelbuchstabe dd

Es handelt sich um eine notwendige Folgeänderung der Nummer 3 (der bisherige § 20a wird § 20c).

Zu Doppelbuchstabe ee

Auf Grundlage des § 20c Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 wird folgender neuer Bußgeldtatbestand eingeführt:

Absatz 1a Nummer 7k sanktioniert die nachweispflichtigen Personen, die entgegen § 20c Absatz 1 Satz 1 (allgemeine Nachweispflicht) oder Absatz 2 (einrichtungsbezogene Impfpflicht) einen dort genannten Nachweis nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig vorlegen oder eine dort genannte Glaubhaftmachung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erbringen oder eine dort genannte Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig abgeben.

Zu Buchstabe b

Eine Ordnungswidrigkeit der Nummer 7k kann nach § 73 Absatz 2 mit einer Geldbuße bis zu zweitausendfünfhundert Euro geahndet werden.

Zu Nummer 12

Satz 1 Nummer 1 reduziert das Ermessen der Verfolgungsbehörde sowie des Gerichts in Bußgeldverfahren wegen Verstößen gegen die Nachweis- bzw. Erbringungspflicht nach § 20c Absatz 1 Satz 1 und Absatz 2 dahingehend auf Null, dass bei Vorliegen der Voraussetzungen des 20c Absatz 6 Satz 2 das Verfahren einzustellen ist. Sobald ein Nachweis nach § 20a Absatz 2 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder nach § 20b Absatz 2 Satz 1 vorgelegt wird, ist ein bereits eingeleitetes, aber noch nicht rechtskräftig abgeschlossenes Bußgeldverfahren einzustellen. In diesen Fällen ist eine Ahndung nicht mehr erforderlich.

Durch Satz 1 Nummer 2 wird zudem die Erzwingungshaft nach § 96 des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) in den Fällen des § 73 Absatz 1a Nummer 7e, 7f, 7g und 7k ausgeschlossen. Die Erzwingungshaft kann nach ihrer gesetzgeberischen Intention gegen Betroffene angeordnet werden, die zwar zahlungsfähig, aber nicht zahlungswillig sind. Der Ausschluss der Erzwingungshaft bei den bußgeldbewehrten Nachweis- bzw. Erbringungspflichten nach § 20c Absatz 1 und 2, § 20a Absatz 3 und 4 im Rahmen der Impfpflicht ist sachgerecht, weil eine mit diesem sehr stark wirkenden staatlichen Zwangsmittel verknüpfte Nachweis- bzw. Erbringungspflicht im Rahmen der Impfpflicht als besonders schwerwiegend empfunden werden würde und die Befolgungsbereitschaft gefährden könnte. Eine breite Akzeptanz für die Impfpflicht in der Gesellschaft ist aber erforderlich, um durch eine hohe Impfquote die Ziele des Gesetzes zu erreichen. Deshalb soll in diesem Ausnahmefall vom Mittel der Erzwingungshaft kein Gebrauch gemacht werden.

Die gleichen Erwägungen gelten für den in Satz 1 Nummer 3 vorgesehenen Ausschluss der Anordnung einer Erzwingungshaft nach § 802g ZPO zur Abgabe einer Vermögensauskunft.

Satz 2 bestimmt, dass die Zustimmung der Staatsanwaltschaft abweichend von § 47 Absatz 2 Satz 1 OWiG in den Fällen des Satzes 1 Nummer 1 nicht erforderlich ist.

Zu Nummer 13

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung, da § 22 Absatz 5 bis 7 in § 22a überführt wurden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**Zu Nummer 1**

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu § 20a Absatz 6 Infektionsschutzgesetz. Mit der Ergänzung werden die Krankenkassen befugt, ihnen bereits im Versichertenverzeichnis nach § 288 SGB V vorliegende versichertenbezogene Daten auch für die Wahrnehmung der ihnen nach § 20a Absatz 6 Infektionsschutzgesetz zugewiesenen Aufgaben im erforderlichen Umfang zu verarbeiten.

Zu Nummer 2

In § 303b Absatz 1 wird eine weitere Ziffer 3a ergänzt, wonach Daten hinsichtlich Angaben zur Erfüllung der COVID-19-Nachweispflicht nach § 20a Infektionsschutzgesetz durch die die Krankenkassen an den Spitzenverband Bund der Krankenkassen als Datensammelstelle übermittelt werden.

Zu Nummer 3

Durch die Regelung wird ermöglicht, dass in diesem Bereich der elektronischen Patientenakte, neben den Daten der Impfdokumentation nach § 22 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Impfdokumentation) auch die Daten des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Genesenzertifikats nach § 22a Absatz 5 und 6 des Infektionsschutzgesetzes (elektronische Zertifikate) eingestellt werden können

Zu Nummer 4

Durch die Regelung wird festgelegt, dass, abweichend von der Verpflichtung der Krankenkassen zur Umsetzung der elektronischen Impfdokumentation in der elektronischen Patientenakte zum 1. Januar 2022, die Umsetzung der elektronischen Zertifikate zum 1. November 2022 zu erfolgen hat.

Zu Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeregelung zur Regelung in § 20a Absatz 9 des Infektionsschutzgesetzes. Sie enthält den Anspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Übermittlung und Speicherung seiner nach § 341 Absatz 2 Nummer 5 gespeicherten Daten des COVID-19-Impfzertifikats und des COVID-19-Genesenzertifikats, die die Krankenkasse nach § 20a Absatz 4 des Infektionsschutzgesetzes erlangt hat, in der elektronischen Patientenakte. Der Anspruch entsteht, sofern der Versicherte nicht widersprochen hat. Die Übermittlung der Daten erfolgt über den Anbieter der elektronischen Patientenakte.

Zu Artikel 3 (Änderung des Gesetzes zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie)

Die Artikel 2 und 23 Absatz 4 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.5162) werden aufgehoben. Damit wird die Regelung aufgehoben, dass die bisherigen § 20a und § 20b mit dem 1. Januar 2023 außer Kraft treten. Im neuen § 20e wird stattdessen eine Befristung auf den 31. Dezember 2023 vorgesehen.

Zu Artikel 4 (Einschränkung von Grundrechten)

Die Vorschrift trägt den Anforderungen des Zitiergebotes nach Artikel 19 Absatz 1 Satz 2 GG umfassend Rechnung. Die Zitierung im bisherigen § 20a Abs. 7 IfSG kann dementsprechend entfallen.

Zu Artikel 5 (Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung)

Artikel 6 enthält Folgeänderungen der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung (SchAusnahmV), die der Aufnahme der bisher in § 2 Nummer 3, 5 und 7 SchAusnahmV enthaltenen Begriffsbestimmungen des Impf-, des Genesenen- und des Testnachweises in § 22a Absatz 1 bis 3 IfSG Rechnung tragen.

Zu Artikel 6 (Änderung der Coronavirus-Einreiseverordnung)

Artikel 7 enthält Folgeänderungen der Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV), die der Aufnahme der bisher in § 2 Nummer 5, 7 und 9 CoronaEinreiseV enthaltenen Begriffsbestimmungen des Test-, des Genesen- und des Impfnachweises in § 22a Absatz 1 bis 3 IfSG Rechnung tragen.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Das Gesetz tritt am Tag nach der Verkündung in Kraft.

- Leerseite -



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

17
2020

23. April 2020

Epidemiologisches Bulletin

**Krankheitsschwere von COVID-19,
Nowcasting: Erkrankungsfälle und
Reproduktionszahl**

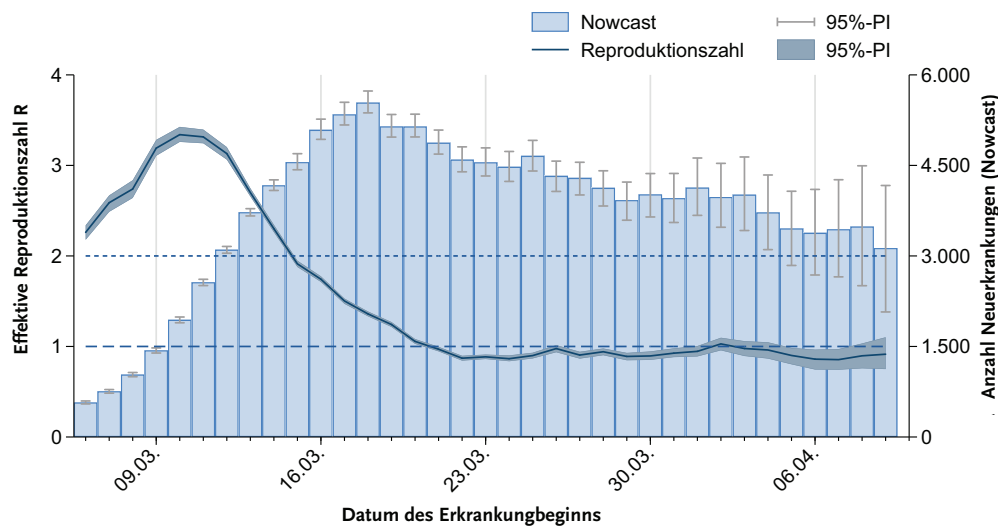


Abb. 4 | Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen und die durch das Nowcasting geschätzten Anzahlen von Neuerkrankungen, auf denen die R-Schätzung beruht.

mik kann man umgekehrt nun verwenden um die effektive Reproduktionszahl aus den Daten zu bestätigten SARS-CoV-2-Neuerkrankungen zu schätzen.

Bei einer konstanten Generationszeit von 4 Tagen, ergibt sich R als Quotient der Anzahl von Neuerkrankungen in zwei aufeinander folgenden Zeitabschnitten von jeweils 4 Tagen[#].⁴ Der so ermittelte R-Wert wird dem letzten dieser 8 Tage zugeordnet, weil erst

dann die gesamte Information vorhanden ist. Daher beschreibt dieser R-Wert keinen einzelnen Tag, sondern ein Intervall von 4 Tagen. Das dazu gehörende Infektionsgeschehen liegt jeweils eine Inkubationszeit vor dem Erkrankungsbeginn. Hat sich die Anzahl der Neuerkrankungen im zweiten Zeitabschnitt erhöht, so liegt das R über 1. Ist die Anzahl der Neuerkrankungen in beiden Zeitabschnitten gleich groß, so liegt die Reproduktionszahl bei 1. Dies entspricht dann einem linearen Anstieg der Fallzahlen. Wenn dagegen nur jeder zweite Fall eine weitere Person ansteckt, also $R = 0,5$ ist, dann halbiert sich die Anzahl der neuen Infektionen innerhalb der Generationszeit.

[#]Wenn die Generationszeit als Verteilung geschätzt werden kann, ergibt sich eine etwas kompliziertere Formel mit ähnlicher Grundstruktur.

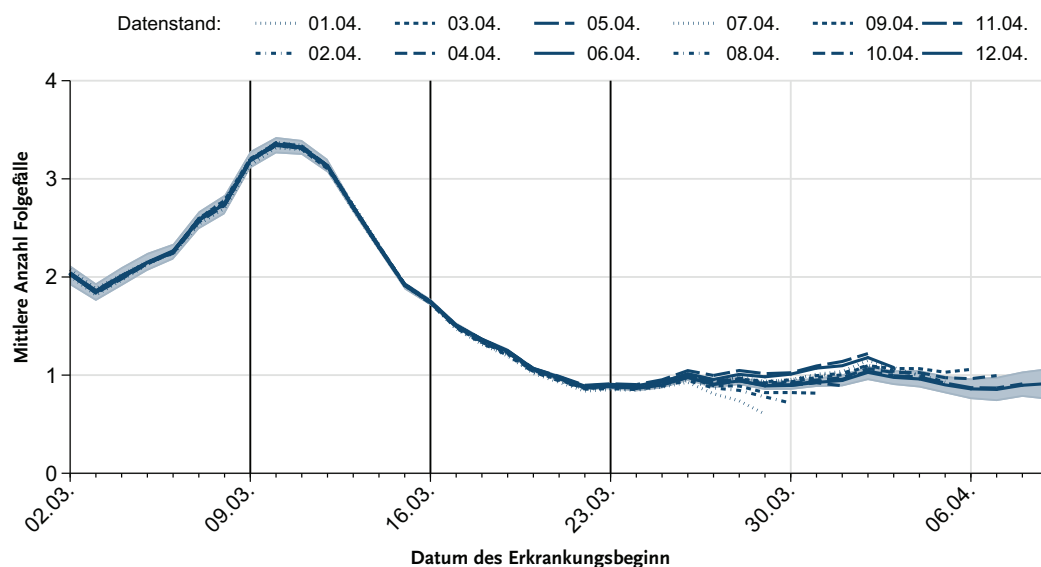


Abb. 5 | Vergleich der Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen zu unterschiedlichen Datenständen. Die schwarz hervorgehobenen vertikalen Linien kennzeichnen den Start der in Tab. 1 (S. 15) genannten Maßnahmen am 9. März, 16. März und 23. März 2020.

[Startseite](#)

[NRW informieren](#)

[Pressemitteilungen](#)

Landesregierung beschließt weitreichendes Kontaktverbot

Landesregierung beschließt weitreichendes Kontaktverbot und weitere Maßnahmen zur Eindämmung der Corona-Virus-Pandemie

Zusammenkünfte in der Öffentlichkeit von maximal zwei Personen / Bei Nichteinhaltung: Geldbußen bis zu 25.000 Euro und Freiheitsstrafen möglich / Ministerpräsident Laschet: Wir überwachen nicht die Vernünftigen, sondern bestrafen die Uneinsichtigen

📅 22. März 2020



Foto: Land NRW

Die Landesregierung hat ein weitreichendes Kontaktverbot für Nordrhein-Westfalen per Rechtsverordnung erlassen, das **ab Montag (23. März 2020) in Kraft** tritt. Demnach werden Zusammenkünfte und Ansammlungen in der Öffentlichkeit von mehr als zwei Personen untersagt.

Staatskanzlei Nordrhein-Westfalen

Die Landesregierung hat ein weitreichendes Kontaktverbot für Nordrhein-Westfalen per Rechtsverordnung erlassen, das ab Montag (23. März 2020) in Kraft tritt. Demnach werden Zusammenkünfte und Ansammlungen in der Öffentlichkeit von mehr als zwei Personen untersagt. Ausgenommen sind die Verwandten in gerader Linie, Ehegatten, Lebenspartnerinnen und Lebenspartner sowie in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen, die Begleitung minderjähriger und unterstützungsbedürftiger Personen, zwingend notwendige Zusammenkünfte aus geschäftlichen, beruflichen und dienstlichen sowie aus prüfungs- und betreuungsrelevanten Gründen. Die Nutzung des Öffentlichen Personennahverkehrs bleibt zulässig.

[Rechtsverordnung zum Schutz vor dem Coronavirus / Kontaktverbot](#)

Ministerpräsident Armin Laschet: „Nordrhein-Westfalen hat als eines der ersten Länder das öffentliche Leben in der Corona-Krise massiv heruntergefahren. Das war richtig, diesen Weg gehen wir weiter – und verstärken die Maßnahmen in diesem Bereich. Während die Mehrheit der Bürgerinnen und Bürger erkannt hat, dass es um Leben und Tod geht, beobachten wir aber auch noch viel Unvernunft. Es gibt immer noch Menschen, die Regeln und Empfehlungen missachten und sich so maximal unsolidarisch und gefährlich verhalten. Das dulden wir nicht. Wir setzen deshalb jetzt ein weitreichendes Kontaktverbot in Kraft. Ab Montag null Uhr sind Zusammenkünfte und Ansammlungen in der Öffentlichkeit von mehr als zwei Personen verboten. Mit der neuen Rechtsverordnung überwachen wir nicht die Vernünftigen, sondern bestrafen die Uneinsichtigen. Konsequenz und hart. Es ist gut, dass sich Bund und Länder auf dieses gemeinsame und geschlossene Vorgehen einigen konnten.“

Zur Umsetzung der Rechtsverordnung sind die zuständigen Behörden gehalten, die Bestimmungen energisch, konsequent und, wo nötig, mit Zwangsmitteln durchzusetzen. Dabei werden sie von der Polizei unterstützt. Verstöße werden als Ordnungswidrigkeiten mit einer Geldbuße bis zu 25.000 Euro und als Straftaten mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren verfolgt. Die zuständigen Behörden sind gehalten, Geldbußen auf mindestens 200 Euro festzusetzen.

COVID-19: Fallzahlen in Deutschland und weltweit

Anlage B137

Fallzahlen in Deutschland

Stand: Mittwoch 16.3.2022, 00:00 Uhr (online aktualisiert um 7:45 Uhr)

Die Tabelle wird montags bis freitags aktualisiert. Die aktuellen COVID-19-Meldedaten nach Bundesland und bis auf Kreisebene sind täglich, auch am Wochenende, dem [Dashboard](#) zu entnehmen.

Die "Differenz zum Vortag" bezieht sich auf Fälle, die dem [RKI](#) am Vortag übermittelt worden sind (bis 0.00 Uhr), diese Fälle wurden am gleichen Tag oder bereits an früheren Tagen beim Gesundheitsamt elektronisch erfasst. Bei den "Fällen in den letzten 7 Tagen" und der "7-Tage-Inzidenz" liegt das Meldedatum beim Gesundheitsamt zugrunde, also das Datum, an dem das lokale Gesundheitsamt Kenntnis über den Fall erlangt und ihn elektronisch erfasst hat (also nicht das Datum, an dem ein Fall im RKI übermittelt wird).

"Todesfälle" ist die Zahl, wie sie dem RKI übermittelt wurde, die Differenz der Todesfälle zum Vortag ist im [Dashboard](#) unter corona.rki.de veröffentlicht.

Außerdem stellt das RKI arbeitstäglich eine Gesamtübersicht der pro Tag ans RKI übermittelten Fälle und Todesfälle sowie die 7-Tage-Inzidenzen auf Kreisebene im Excelformat zur Verfügung.

Bundesland	Elektronisch übermittelte Fälle				
	Anzahl	Differenz zum Vortag	Fälle in den letzten 7 Tagen	7-Tage-Inzidenz	Todesfälle
Baden-Württemberg	2.553.041	39.533	210.505	1.895,9	14.696
Bayern	3.330.510	45.009	263.918	2.008,5	21.967
Berlin	816.698	8.834	40.392	1.102,4	4.307
Brandenburg	604.804	8.342	39.339	1.554,2	5.317
Bremen	129.005	1.863	7.601	1.117,6	695
Hamburg	384.657	4.239	15.329	827,5	2.342
Hessen	1.219.897	13.550	72.639	1.154,3	9.432
Mecklenburg-Vorpommern	314.671	8.304	37.049	2.300,1	1.870
Niedersachsen	1.314.063	25.185	121.817	1.522,1	7.744
Nordrhein-Westfalen	3.621.983	52.246	251.625	1.403,7	22.944
Rheinland-Pfalz	711.384	13.064	56.973	1.390,1	5.120
Saarland	197.804	4.386	20.551	2.088,5	1.452
Sachsen	1.095.403	14.933	72.262	1.781,2	14.476
Sachsen-Anhalt	502.509	6.238	41.702	1.912,3	4.873
Schleswig-Holstein	401.782	9.203	41.373	1.421,3	2.202
Thüringen	496.999	7.664	43.279	2.041,2	6.705
Gesamt	17.695.210	262.593	1.336.354	1.607,1	126.142

Detaillierte Fallzahlen in Deutschland: Dashboard

Eine detaillierte Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Landkreis und Bundesland stellt das COVID-19-Dashboard (<https://corona.rki.de>) bereit... mehr anzeigen

Hinweise zur Erfassung und Veröffentlichung von COVID-19-Fallzahlen

In Einklang mit den internationalen Standards der [WHO](#) wertet das RKI alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle. In den folgenden Darstellungen sind unter „COVID-19-Fälle“ somit sowohl akute... mehr anzeigen

Fallzahlen weltweit

Die tagesaktuellen Fallzahlen weltweit sind auf den Internetseiten der Weltgesundheitsorganisation und des Europäischen Zentrums für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (ECDC) abrufbar.

Weitere Informationen

Situationsberichte, ausführliche Wochenberichte und COVID-19-Trends

RKI-Seite zu COVID-19, [u.a.](#) mit Hinweisen zu Diagnostik, Hygiene und Infektionskontrolle

Stand: 16.03.2022



Bundesregierung einigt sich auf eine Milliarde Euro für „Kampf gegen Rechts“

Deutschland | 25. November 2020 | JF | 25 Kommentare

BERLIN. Die Bundesregierung hat sich am Mittwoch auf ein Maßnahmenpaket in Höhe von **einer Milliarde Euro** im „Kampf gegen Rechts“ geeinigt. Das Vorhaben solle „Ursachen von Rechtsextremismus und Rassismus besser verstehen lernen, dem Handeln von Rechtsextremen als starker Staat Antworten geben und die Förderung der demokratischen Zivilgesellschaft stärken“, teilte die Bundesregierung mit.

Die Mittel im Durchschnitt 250 Millionen Euro pro Jahr seien für den

Kampfen und Minister einig: mit Engagement müssen verstärkt werden

Es sei „ein stärkeres Bewußtsein für Rassismus als gesamtgesellschaftliches Phänomen notwendig“, begründete die Regierung den Vorstoß. Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) sei sich mit den beteiligten Ministern einig, „daß der Kampf gegen Rechtsextremismus und Rassismus verstärkt werden müsse“.

Deutschland sei ein Land der Vielfalt. „Rechtsextremismus und Rassismus, Antisemitismus, Muslimfeindlichkeit und alle anderen Formen gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit haben keinen Platz in Deutschland.“ Außenminister Heiko Maas (SPD) lobte die Einigung. „Damit stärken wir alle, die so unermüdlich dafür kämpfen, daß Rechtsextremismus in unserer Demokratie keinen Platz hat“, schrieb er auf Twitter.

Der Kabinettausschuss [#Rechtsextremismus](#) hat heute den Weg für eine dauerhafte [#Demokratieförderung](#) mit einem [#WehrhafteDemokratieFördergesetz](#) freigemacht. Bundesfamilienministerin Franziska [#Giffey](#) wird dazu gemeinsam mit dem Bundesinnenminister zügig Eckpunkte vorlegen. pic.twitter.com/i48Lam1yg2

— Familien-, Senioren-, Frauen- & Jugendministerium (@BMFSFJ) [November 25, 2020](#)

Der Kampf gegen Rechtsextremismus braucht konkrete Maßnahmen – und die kosten auch Geld. Eine Milliarde Euro wollen wir bis 2024 zur Verfügung stellen. Damit stärken wir alle, die so unermüdlich dafür kämpfen, dass [#Rechtsextremismus](#) in unserer Demokratie keinen Platz hat.

— Heiko Maas EU (@HeikoMaas) [November 25, 2020](#)

Im [Vorfeld der Ausschußsitzung](#) hatten sich rund 60 zumeist linke Vereine und Organisationen in einem offenen Brief an das Gremium gewandt. Darin drängten unter anderem die Amadeu-Antonio-Stiftung und die Neuen deutschen Medienmacher auf eine verstetigte finanzielle Förderung.

„Lassen Sie uns deutlich sagen: Die bisherige Form der Unterstützung von zivilgesellschaftlicher Demokratiewerk ist demotivierend, und ohne eine gesetzliche Grundlage bleibt der vereinbarte Regierungskompromiss ohne Substanz.“ Daher bedürfe es schnellst möglich eines „Demokratiefördergesetzes“.

Bereits Anfang des Jahres [hatten mehrere Organisationen über mangelnde Unterstützung](#) des Bundes geklagt. Die Mittel für das Programm „Demokratie leben“ vom Bundesfamilienministerium waren nicht erhöht worden und blieben bei 115 Millionen Euro im Jahr. Dadurch wären einige Arbeitsplätze zumeist linker Vereine weggefallen. Anschließend sprang im Falle Berlins die Landesregierung ein. (Is)