



Bernard Korn & Partner, Stromberger Straße 2, 55545

Verwaltungsgericht Mainz
Ernst-Ludwig-Straße 9
55116 Mainz

Eilt sehr!

Bitte sofort vorlegen!

Einstweiliger Rechtsschutz!

Nur per beA

DATUM	AKTENZEICHEN	DURCHWAHL	E-MAIL
09.10.2021	0798/2021-JH	(06131) 5547666	hamed@ckb-anwaelte.de

Antrag auf einstweilige Anordnung

In dem Verwaltungsrechtsstreit

des [REDACTED], [REDACTED]

- Antragsteller -

Prozessbevollmächtigte: Bernard Korn & Partner, Rechtsanwältin Jessica
Hamed, Stromberger Straße 2, 55545 Bad Kreuznach

g e g e n

das Land Rheinland-Pfalz, vertreten durch den Minister für
Wissenschaft und Gesundheit Clemens Hoch, Bauhofstraße 9,
55116 Mainz

- Antragsgegner -

wegen: 26. Corona-Bekämpfungsverordnung, Antrag auf
einstweilige Anordnung

Michael Bernard
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Strafrecht

Timo Korn
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Familienrecht
Fachanwalt für Strafrecht

Prof. Dr. Hanno M. Kämpf
Strafverteidiger

Anna Deus-Cörper
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Verkehrsrecht
ADAC Vertragsanwältin

Sven Hartmann
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht
Bankkaufmann

Denis Skaric-Karstens, Mag. rer. publ
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Sozialrecht

Daniela Hery, LL.M. (MedR)
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Fachanwältin für Strafrecht

Jessica Hamed
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Strafrecht

Nadia Thibaut
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Arbeitsrecht

René Ritter
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bau- und Architektenrecht

Markus Cronjäger
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Strafrecht

Timo Berneit
Rechtsanwalt

Franz-Rudolf Dietz
Rechtsanwalt

Rechtsanwälte in Partnerschaft mbB
Amtsgericht Koblenz PR 155
USt-Ident-Nr. DE 219 123 576

www.ckb-anwaelte.de
Info@ckb-anwaelte.de

Kanzleisitz Bad Kreuznach
Stromberger Straße 2
55545 Bad Kreuznach
Telefon +49 671 920 275 0
Telefax +49 671 920 275 9

Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz 3
55118 Mainz
Telefon + 49 6131 55 47 666
Telefax + 49 6131 55 47 667

Kanzleisitz Wiesbaden
Klingholzstraße 7
65189 Wiesbaden
Telefon +49 611 341 487 5
Telefax +49 611 341 532 1

Commerzbank Bad Kreuznach
IBAN DE60 5504 0022 0112 9212 01
BIC COBADEFFXXX

wird unter Verweis auf die beigelegte Vollmachtsurkunde angezeigt, dass der Antragsteller von der Verfahrensbevollmächtigten vertreten wird.

Namens und im Auftrag des Antragstellers wird beantragt,

1. im Wege der einstweiligen Anordnung festzustellen, dass die in § 16 Abs. 1 Satz 1 Sechszwanzigsten Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz vom 08.09.2021 in der aktuellen Fassung vom 08.10.2021 enthaltene Bestimmung (Testnachweispflicht) den Antragsteller in seinen Grundrechten verletzt und ihm gegenüber bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache keine Wirksamkeit entfaltet und
2. dem Antragsgegner die Kosten dieses Verfahrens aufzuerlegen.

Der Antrag zu 1) wird wie folgt begründet:

I.

Die durch den Antragsteller beanstandete Bestimmung des § 16 Abs. 1 Satz 1 Sechszwanzigste Corona-Bekämpfungsverordnung Rheinland-Pfalz vom 08.09.2021 in der aktuellen Fassung vom 08.10.2021 hat folgenden Wortlaut:

§ 16

Hochschulen, außerschulische Bildungsmaßnahmen und Aus-, Fort- und Weiterbildung

(1) Die Teilnahme an der Präsenzlehre an Hochschulen setzt für Studierende und Lehrende den Nachweis über eine Testung nach § 3 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1 voraus; der Nachweis muss tagesaktuell oder vom Vortag sein. Die Testpflicht nach Satz 1 gilt nicht für geimpfte oder

In § 3 Abs. 7 Nr. 1 26. CoBeLVO heißt es:

§ 3

Allgemeine Schutzmaßnahmen, Begriffsbestimmungen

(7) In den in dieser Verordnung bestimmten Fällen, in denen auf diese Vorschrift Bezug genommen wird, muss der dort vorgesehene Test auf das Nichtvorliegen des Coronavirus SARS-CoV-2 durch

1. einen PoC-Antigen-Test durch geschultes Personal (Schnelltest), der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen und auf der Website https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html gelistet ist und vor nicht mehr als 24 Stunden vorgenommen wurde,

Der Antragsteller studiert im zweiten Semester an der Technischen Hochschule Bingen Informatik.

Für das kommende Wintersemester 2021/2022 ist laut seinem aktuellen Vorlesungsplan montags bis freitags jeweils mindestens eine Präsenzveranstaltung geplant:

[aus datenschutzrechtlichen Gründen rausgenommen]

Die vorgenannten Veranstaltungen finden alle ausschließlich in Präsenz statt. Daneben hat der Antragsteller Online-Vorlesungen oder hybrid-Veranstaltungen (wobei [REDACTED] noch nicht hybrid funktioniert).

Ab dem 11.10.2021 gibt es in Rheinland-Pfalz keine allgemeinen kostenfreie Corona-Antigen-Schnelltests (sog. „Bürgertests“) mehr; gleichwohl bleiben die Tests als Zugangsvoraussetzung – sofern man nicht genesen oder gegen Covid-19 geimpft ist – zur Teilnahme an Präsenzveranstaltungen an der Hochschule bestehen. Der Antragsteller ist weder genesen noch geimpft iSd Verordnung und er möchte sich derzeit auch nicht impfen lassen, sodass die einzige Möglichkeit des Zugangs in dem Nachweis eines negativen Corona-Antigen-Schnelltests,

durchgeführt durch geschultes Personal, besteht. Einen Anspruch auf kostenfreie Tests hat der Antragsteller nicht.

Ab dem 11.10.2021 muss der Antragsteller die Antigen-Schnelltests selbst bezahlen, da er, wie dargelegt, durchgängig von montags bis freitags an der Hochschule Präsenzveranstaltungen hat, kommen so monatlich Kosten von ca. 380-456 Euro zusammen (Annahme: 19 Euro/Test, fünf bzw sechs Tests/Woche). Am 06.10.2021 fragte der Antragsteller auch bei einer Teststation nach den zukünftigen Preisen, eine Auskunft darüber konnte man ihm dort aber nicht erteilen.

[aus datenschutzrechtlichen Gründen herausgenommen]

Neben den finanziellen Problemen, die die hier angefochtene Zugangsregelung dem Antragsteller bereitet, entstehen aber auch logistische. Die einzige für ihn in Betracht kommende Teststation in Bingen-Büdesheim wurde am 30.09.2021 abgebaut. Die Apotheken in Büdesheim wiederum bieten keine Testmöglichkeiten an.

Der Antragsteller erkundigte sich mit Email vom 28.09.2021 bei der Hochschule nach der Möglichkeit eines beaufsichtigten Selbstschnelltests bzw. fragte zudem nach einer Teststation an der Hochschule und den Preisen. Die Hochschule antwortete mit Email vom gleichen Tag und teilte mit, dass keine beaufsichtigten Selbsttests vorgesehen seien, es keine Teststation an der Hochschule gebe und daher auch keine Testpreise bekannt seien (Emailkorrespondenz als **Anlage 1**).

Auch rief er wenige Tage vor der Email im Sekretariat der Hochschule an, wies auf die Problematik der fehlenden Teststationen hin und erkundigte sich, wo er sich für den Besuch der Uni testen lassen könne. Als Antwort erhielt er: „Da müssen Sie mal gucken und eigentlich wollen wir auch gar nicht so gerne, dass Sie hier getestet erscheinen,

denn wir sind alle geimpft und von den Getesteten geht immer noch eine Gefahr aus, die Geimpften anzustecken.“

[aus datenschutzrechtlichen Gründen rausgenommen]

Seitdem fährt der Antragsteller jeden Nachmittag/Abend nach Mainz, um einen Test für den nächsten Tag zu machen [REDACTED]
[REDACTED]. Selbst wenn er nur nach Ingelheim hin und wieder zurückfahren würde, würde ihn das täglich mindestens eine Stunde kosten und wäre zudem montags und dienstags nicht möglich, da er an diesen Tagen bis 18 Uhr die Onlinevorlesung „[REDACTED]“ hat und die dortige Teststation nur bis 18 Uhr geöffnet ist. Mit diesem logistischen Aufwand entfällt für ihn auch der Vorteil direkt in Budesheim bei der Hochschule zu wohnen, obwohl er sich extra dafür entschieden hat, dort zu wohnen, um sich ganz auf sein Studium konzentrieren zu können.

Sollte zu diesem logistischen Aufwand zudem die hohe Kostenbelastung kommen, wird ihm die Fortführung seines Studiums nicht mehr möglich sein und er wird quasi gezwungen sein Studium abzubrechen.

Zum Zwecke der Glaubhaftmachung wird auf die beigefügte eidesstattliche Versicherung des Antragstellers verwiesen (Anlage 2).

Sollte die Kammer weiteren Sachvortrag für erforderlich halten, wird höflich um einen entsprechenden richterlichen Hinweis gebeten.

II.

Der Antrag zu 1) ist zulässig und begründet.

1. Zulässigkeit

Der auf die Feststellung der individuellen Unverbindlichkeit der hier beanstandeten Zugangsregelung zur Präsenzlehre an der Hochschule gerichtete Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist als Antrag auf Erlass einer Regulationsanordnung gemäß § 123 Abs. 1 Satz 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) statthaft.

VG Mainz, Beschluss vom 23. Februar 2021 - 1 L 75/21.MZ -,
juris.

Nach § 123 Abs. 1 VwGO kann das Gericht der Hauptsache auch schon vor Klageerhebung eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Sicherungsanordnung) oder die Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes erforderlich ist (Regelungsanordnung). Die Begründetheit des Antrages nach § 123 Abs. 1 VwGO setzt voraus, dass der Antragsteller einen **Anordnungsanspruch**, also das zu schützende materielle Recht, und einen **Anordnungsgrund**, also die besondere Erforderlichkeit gerichtlichen Eilrechtsschutzes, glaubhaft macht (§ 123 Abs. 3 VwGO i. V. m. § 920 Abs. 2, § 294 der Zivilprozessordnung).

Der **Anordnungsgrund** ergibt sich vorliegend daraus, dass dem Antragsteller der Besuch seiner Präsenzveranstaltung aufgrund der beanstandeten Testnachweispflicht ab dem 11.10.2021 nicht mehr auf Dauer möglich sein wird, sodass in diesem Eilverfahren faktisch darüber entschieden werden wird, ob der Antragsteller sein Studium fortführen kann. Die Teilnahme an den Präsenzveranstaltungen, auf die der Antragsteller, was auf der Hand liegen dürfte, zugunsten der Chancen auf einen guten Bildungserfolg auch nicht verzichten kann, setzt nämlich den Nachweis eines negativen Antigen-Schnelltests, durchgeführt durch geschultes Personal, voraus.

In Mainz kostet ein Antigen-Schnelltest bei „15-Minuten-Test“ ab dem 11.10.2021 14,90 Euro (sofern es dabei bleibt):

 Artikel wählen

Schnelltest 07:00 Uhr
11.10.2021
0 14,90 €

Einzelpreis	Anzahl	Gesamtpreis
14,90 Euro	1	14,90 Euro

https://15minutentest-mainz.ticket.io/q6bqcf8q/?onlyTag=test&lang=de&_ga=2.38551971.1602629654.1633627998-1635809356.1633627998#cal

Damit läge der zu erwartende Kostenaufwand für 5 Tests/Woche bei 74,50 Euro pro Woche und damit bei knapp 300 Euro/Monat. Der Antragsteller kann sich diese zusätzlichen Aufwendungen nicht leisten,

Dem Antragsteller ist auch kein Abwarten des Hauptsacheverfahrens zuzumuten, da bis dahin irreversible Schädigungen in Form des Studienabbruchs eintreten würden. Selbst wenn es dazu nicht käme und der Antragsteller versuchen würde, ohne die Veranstaltungen zu studieren, wäre jedenfalls ein geringerer Bildungserfolg zu erwarten, was sich nachhaltig auf den weiteren Lebensweg des Antragstellers auswirkt.

Der **Anordnungsanspruch** wird im Folgenden noch dargelegt und glaubhaft gemacht.

Zwischen dem Antragsteller und dem Antragsgegner besteht ferner ein feststellungsfähiges konkretes streitiges Rechtsverhältnis im Sinne des § 43 Abs. 1 VwGO.

Als feststellungsfähiges Rechtsverhältnis im Sinne des § 43 Abs. 1 VwGO werden die rechtlichen Beziehungen angesehen, die sich aus

einem konkreten Sachverhalt aufgrund einer diesen Sachverhalt betreffenden öffentlich-rechtlichen Norm für das Verhältnis mehrerer Personen untereinander oder einer Person zu einer Sache ergeben. Zwischen den Beteiligten des Rechtsverhältnisses muss zudem ein Meinungsstreit bestehen, aus dem heraus sich eine Seite berührt, ein bestimmtes Tun oder Unterlassen der anderen Seite verlangen zu können.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 28. Januar 2010 - 8 C 19.09 -, juris, Rn. 24.

Es müssen sich also aus dieser Rechtsbeziehung heraus bestimmte Rechtsfolgen ergeben können, was wiederum die Anwendung von bestimmten Normen auf den konkreten Sachverhalt voraussetzt. Daran fehlt es, wenn nur abstrakte Rechtsfragen wie die Gültigkeit einer Norm zur Entscheidung gestellt werden. Auch bloße Vorfragen oder unselbständige Elemente eines Rechtsverhältnisses können nicht Gegenstand einer Feststellungsklage sein.

BVerwG, Urteil vom 28. Januar 2010 - 8 C 19.09 -, juris, Rn. 24.

Darauf beschränkt sich das vorliegende Antragsbegehren jedoch nicht.

Der Antragsteller ist akut von der hier angefochtenen Norm betroffen und es geht ihm nicht um die abstrakte Klärung der Rechtmäßigkeit der Norm. Streitgegenstand ist vielmehr die Anwendung der Vorschrift in seinem konkreten Fall.

Der Zulässigkeit des Antrags auf einstweiligen Rechtsschutz steht es dabei nicht entgegen, dass der Antragsteller bislang in der Hauptsache noch keine Feststellungsklage erhoben hat, da er gemäß § 123 Abs. 1 Satz 1 VwGO bereits zuvor gestellt werden kann. Eine Entscheidung über die noch zu erhebende Feststellungsklage ist zudem nicht vor Ablauf der Verordnung am 07.11.2021 und erst Recht nicht vor Eintritt gravierender Schäden zu erwarten.

Das Feststellungsbegehren ist außerdem nicht subsidiär (§ 43 Abs. 2 VwGO). Es ist nicht ersichtlich, dass für die Rechtsverfolgung durch den Antragsteller unmittelbare und wirksamere Verfahren zur Verfügung stehen.

Der Antragsteller hat auch das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis; er hat bei der Hochschule sogar nachgefragt, ob sie die Durchführung von Selbsttests akzeptieren, dies wurde verneint.

Ihm fehlt das erforderliche Rechtsschutzbedürfnis auch nicht deshalb, weil er vor Erhebung des Antrags auf Erlass einer einstweiligen Anordnung keinen entsprechenden Antrag bei dem Antragsgegner gestellt hat. Dass ein entsprechender Antrag des Antragstellers darauf, dass die Zulassungsvoraussetzung (negativer Test durchgeführt durch geschultes Personal) ihm gegenüber keine Anwendung findet, positiv beschieden wird, ist von vorherein offensichtlich auszuschließen.

Der Antragsteller ist auch entsprechend § 42 Abs. 2 VwGO antragsbefugt, weil er als Normadressat unmittelbar der Testnachweispflicht im Hinblick auf die Teilnahme an Präsenzlehre unterliegt und er dadurch sowohl in seinem **Recht auf Berufsfreiheit** gemäß Art. 12 Abs. 1 GG, seinem **Recht auf körperliche Unversehrtheit** gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, sowie in seinem **allgemeinen Persönlichkeitsrecht** gemäß Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 GG (Preisgabe gesundheitlicher Daten, Selbstbestimmungsrecht) und in seiner **allgemeinen Handlungsfreiheit** gemäß Art. 2 Abs. 1 GG verletzt wird.

Ferner verstößt die beanstandete Bestimmung gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz gemäß **Art. 3 Abs. 1 GG**, denn Geimpfte sind von der gerügten Testnachweispflicht ausgenommen.

III.

Der Antrag ist auch begründet.

Nach § 123 Abs. 1 Satz 2 VwGO kann das Gericht bereits vor Klageerhebung eine einstweilige Anordnung insbesondere zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn diese Regelung nötig erscheint, um wesentliche Nachteile abzuwenden.

Da der Sache nach die Gültigkeit einer Rechtsvorschrift im Einzelfall vorübergehend suspendiert werden soll, können für eine darauf ausgerichtete Entscheidung nach § 123 VwGO keine anderen Maßstäbe gelten als für eine normspezifische einstweilige Anordnung nach § 47 Abs. 6 VwGO. Für diese ist allgemein anerkannt, dass eine Interessenabwägung unter Anlegung eines strengen Maßstabs vorzunehmen ist. Die für die einstweilige Anordnung sprechenden Gründe müssen danach grundsätzlich so schwer wiegen, dass deren Erlass unabweisbar erscheint.

Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 10. Juni 2016 - 4 B 504/16 -, juris, Rn. 24; VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 24. Oktober 2002 - 8 S 2210/02 - juris, Rn. 33.

Prüfungsmaßstab im Verfahren nach § 47 Abs. 6 VwGO sind zunächst die Erfolgsaussichten des in der Sache anhängigen Normenkontrollantrages, soweit sich diese im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes bereits absehen lassen. Ergibt diese Prüfung, dass der Normenkontrollantrag voraussichtlich unzulässig oder unbegründet sein wird, ist der Erlass einer einstweiligen Anordnung nicht zur Abwehr schwerer Nachteile oder aus anderen wichtigen Gründen dringend geboten. Erweist sich dagegen, dass der Antrag zulässig und (voraussichtlich) begründet sein wird, so ist dies ein wesentliches Indiz dafür, dass der Vollzug bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache suspendiert werden muss. In diesem Fall kann eine einstweilige Anordnung ergehen, wenn der (weitere)

Vollzug vor einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren Nachteile befürchten lässt, die unter Berücksichtigung der Belange des Antragstellers, betroffener Dritter und/oder der Allgemeinheit so gewichtig sind, dass eine vorläufige Regelung mit Blick auf die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit einer für den Antragsteller günstigen Hauptsacheentscheidung unaufschiebbar ist. Lassen sich die Erfolgsaussichten des Normenkontrollverfahrens nicht abschätzen, ist über den Erlass einer beantragten einstweiligen Anordnung im Wege einer Folgenabwägung zu entscheiden: Gegenüberzustellen sind die Folgen, die eintreten würden, wenn eine einstweilige Anordnung nicht erginge, das Hauptsacheverfahren aber Erfolg hätte, und die Nachteile, die entstünden, wenn die begehrte einstweilige Anordnung erlassen würde, das Normenkontrollverfahren aber erfolglos bliebe. Die für den Erlass der einstweiligen Anordnung sprechenden Erwägungen müssen die gegenläufigen Interessen dabei deutlich überwiegen, mithin so schwer wiegen, dass der einstweiligen Anordnung - trotz offener Erfolgsaussichten der Hauptsache - dringend geboten ist.

BVerwG, Beschluss vom 25. Februar 2015 - 4 VR 5/14 -, juris, Rn. 12.

Gemessen an diesem strengen Maßstab ist der Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung mit dem Ziel, keinen Testnachweis gemäß § 16 Abs. 1 Satz 1 26. CoBeLVO für die Teilnahme an Präsenzhochschulveranstaltungen erbringen zu müssen, unerlässlich. Die beanstandete Bestimmung, die die in Frage gestellte Testnachweispflicht des Antragstellers begründet, ist offensichtlich rechtswidrig.

0. Vorbemerkung

Der Antragsteller ist auf eine rasche Entscheidung der Kammer angewiesen. Um eine solche zu ermöglichen, wird die Unterzeichnerin im Folgenden lediglich die Hauptgesichtspunkte, aus denen sich klar

ergibt, dass die hier beanstandete Regelung rechtswidrig ist, tiefer darstellen.

Es soll jedoch nicht in Gänze darauf verzichtet werden, die weiteren Aspekte jedenfalls kurz anzureißen:

Es ist nämlich bereits fraglich, ob die Eingangsvoraussetzungen der §§ 32 i.V.m. 28a IfSG gegeben sind, sprich, ob überhaupt noch von einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite gesprochen werden kann. Nach hiesiger Ansicht genügt es nicht, dass diese formell in Form eines Bundestagsbeschlusses vorliegt, sondern sie muss auch materiell vorliegen (vgl. auch Murswiek, Rechtsgutachten vom 04.10.2021, Die Verfassungswidrigkeit des indirekten COVID-19-Impfzwangs, abrufbar unter: <https://impfentscheidung.online/rechtsgutachten-verfassungswidrigkeit-impfzwang/>, dort S. 16 ff.).

Dass das Vorliegen einer epidemischen Lage nationaler Tragweite äußerst umstritten ist, zeigt sich schon daran, dass bei der Abstimmung im Bundestag am 25.08.2021 252 Abgeordnete gegen die Verlängerung einer solchen gestimmt haben. Die Opposition hat vollständig dagegen gestimmt und selbst bei den Regierungsparteien gab es 18 Gegenstimmen und 5 Enthaltungen:

<https://www.bundestag.de/parlament/plenum/abstimmung/abstimmung/?id=754>

Die CDU-Abgeordnete Dr. Saskia Ludwig legte in einer Persönlichen Erklärung dar, warum sie gegen die Verlängerung stimmte. Auszugsweise erklärte sie gegenüber dem Bundestag:

Im Januar 2021 waren deutschlandweit rund 5.500 Menschen mit Covid im Krankenhaus in Behandlung. Selbst der Gesundheitsminister betont, dass das Gesundheitssystem zu keiner Zeit vor einem Kollaps stand. Dies belegen auch die Zahlen des Statistischen Bundesamts sehr eindrücklich: Auf dem Höhepunkt der zweiten und dritten Welle waren mindestens 2.700 Intensivbetten frei. Hinzu kommen circa 10.000 Intensivbetten als Notfallreserve, die über den ganzen Zeitraum seit ihrer Einrichtung nicht genutzt werden mussten.

Zur Zeit liegen 1.316 Menschen mit Corona auf der Intensivstation und 17.616 Intensivpatienten ohne Corona. Diese Zahlen belegen, dass unsere Krankenhäuser in keiner Weise besonders belastet sind, deshalb war es überhaupt erst möglich selbst im Coronajahr die Zahl der Krankenhausbetten weiter zu reduzieren, ohne dass es zu einer Notlage gekommen ist.

[...]

Wir haben unseren Bürgern im letzten Jahr viel abverlangt. Mit den Folgen der Coronapandemie werden wir uns noch viele Jahre lang beschäftigen müssen. Als Bundestagsabgeordnete ist es meines Erachtens nach zum Ende der 19. Wahlperiode nun auch an der Zeit, über das eigene Handeln zu reflektieren und das Geschehene Revue passieren zu lassen.

Wie oft haben wir versprochen, dass die Beschränkungen ein Ende haben? Wie oft haben wir das Einführen harter Maßnahmen, von „Wellenbrechern“, „Lockdown lights“ und „Notbremsen“, damit gerechtfertigt das danach zur Normalität zurückgekehrt werden kann? Wir haben versprochen, dass es keine Impfpflicht geben wird. Wir haben versprochen, dass Kinder wieder ohne Maske in die Schule gehen können. Wir haben nichts davon gehalten.

[...]

Vor diesen Hintergrund und als Ergebnis meiner eigenen Bewertungen kann ich diese erneute Änderung nicht mehr mit meinem Gewissen vereinbaren und werde deshalb der Änderung des Infektionsschutzgesetzes nicht zustimmen.

Dr. Saskia Ludwig MdB

<https://saskia-ludwig.de/persoенliche-erklaerung-nach-31-der-geschaeftsordnung-des-deutschen-bundestages/>

Ferner ist immer noch zu konstatieren, dass die Datenlage in Deutschland zur Corona-Pandemie desaströs ist, obwohl von Beginn an von zahlreichen Expert*innen immer wieder angemahnt wurde, bessere Daten zu generieren. Bereits in einem Thesenpapier vom 05.04.2020 forderte die Autorengruppe Schrappe et al., die Datenbasis zu verbessern. Der Appell blieb jedoch bis heute unerhört:

vgl. Prof. Dr. Schrappe im November 2020:
<https://www.zdf.de/nachrichten/politik/corona-strategie-alternative-schrappe-100.html>; aber auch Prof. Dr. Gerd Antes im

Juni 2021: <https://www.zdf.de/nachrichten/zdf-morgenmagazin/gerd-antes-zu-den-fehlenden-daten-in-der-pandemie-100.html>

Diesseits wird davon ausgegangen, dass die Kammer aus vorherigen Verfahren, die durch die Unterzeichnerin geführt wurden, die Kernkritikpunkte an der Datenlage kennt, weshalb sich darauf beschränkt wird, die Datenlücken nur stichpunkthaft aufzuzählen:

a) Der positive PCR-Test trifft nicht ohne weiteres eine Aussage über die Infektiosität eines Menschen.

b) Der Inzidenzwert beschreibt, wie viele Menschen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in einem bestimmten Zeitraum positiv mittels der PCR-Methode auf das Sars-Cov2-Virus getestet wurden. Mangels repräsentativer Kohortenstudie ist dieser Wert aber je nachdem, welche Teststrategie gerade Anwendung findet und je nach dem, wie viele Tests durchgeführt werden, letztlich willkürlich. Jens Ginsa brachte es im April 2021 auf den Punkt:

„Nur auf die Inzidenz abzustellen ist bei derartig drastischen Maßnahmen willkürlich, weil die reine Inzidenz davon abhängt wie viel getestet wird. Dies ist manipulierbar.“

<https://www.berliner-zeitung.de/news/richter-zu-infektionsschutzgesetz-nichtachtung-der-justiz-und-dauerlockdown-li.151817>

Ferner liegt auf der Hand, dass es sinnvoll wäre danach zu unterscheiden, wer erkrankt. Während bei Kindern und Jugendlichen die Infektionen in der Regel sehr mild verlaufen, besteht bei hochaltem Menschen ein erheblich erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf und damit auch ein entsprechendes Hospitalisierungsrisiko. Zu berücksichtigen ist hier allerdings, dass die

Impfquote bei den Ü60jährigen bei – und vermutlich sind es mehr, da die Impfdatenerfassung ebensowenig gelingt – knapp 85 % aktuell liegt (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1258043/umfrage/impfquote-gegen-das-coronavirus-in-deutschland-nach-altersgruppe/>).

c) Es wird bei den hospitalisierten Covid-Fällen **nicht** danach unterschieden, wer wegen einer Covid-Erkrankung behandelt wird und wer nur mit dem Virus, aber wegen einer anderen Erkrankung im Krankenhaus ist. Dass deshalb die Krankenhauszahlen vorsichtig interpretiert werden müssen, erklärte jüngst auch Prof. Dr. Christian Karagiannidis (<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-studie-impfdurchbrueche-kliniken-impfungen-100.html>). Er wies zudem darauf hin, dass Ungeimpfte häufiger als Geimpfte getestet werden, sodass Infektionen bei Geimpften öfter unentdeckt blieben.

2020 wurden übrigens einer Studie der IQM zufolge in den zu ihnen gehörenden knapp 500 Kliniken 13,6 % weniger stationär behandelte Patient*innen mit schweren Atemwegserkrankungen – worunter Covid-19 fällt – betreut als 2019 (<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie/ganzjahresanalyse-effekte-der-sars-cov-2-pandemie-2020>). In einem Sonderbericht des Bundesgesundheitsministeriums wurde der Anteil der Covid-Patient*innen an der Gesamtbelegung der Kliniken auf lediglich 1,9 % beziffert

(https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf).

Ungeklärt ist weiterhin die Frage der „verschwundenen Intensivbetten“, die sicherlich in den nächsten Monaten weiter beleuchtet werden wird (<https://www.welt.de/kultur/plus231069687/Corona-auf-der-Intensivstation-Das-Bergamo-Argument.html>).

e) Noch immer ist zudem unbekannt, wie viele Menschen ursächlich an einer Covid-Erkrankung verstorben sind. Bemühungen, diesen Fragen weiter auf den Grund zu gehen, wurden zu Beginn unterbunden, so rief das RKI zunächst explizit dazu auf, Obduktionen zu vermeiden und nahm diese Empfehlung erst auf Druck zweier Berufsverbände zurück (<https://www.pathologie-dgp.de/die-dgp/aktuelles/meldung/pressemitteilung-an-corona-verstorbene-sollten-obduziert-werden/>). Deutliche Kritik an der viel zu geringen **Obduktionsquote** übten mehrere Patholog*innen sowie der Berufsverband der Deutschen Pathologen im Februar 2021:

"Die Obduktionsquote bei Covid-19-Verstorbenen wird sich im zurückliegenden knappen halben Jahr nicht verzehnfacht haben", schätzt Johannes Friemann, Leiter der AG Obduktionen des Bundesverbandes der Deutschen Pathologen und Leiter des Standortes für Pathologie am Klinikum Lüdenscheid des Pathologischen Institutes der Universitätsklinik Köln. Mehr als vielleicht zwei Prozent - bei jetzt aber rund 59.000 Toten deutschlandweit - sind zu Jahresbeginn aus seiner Sicht nicht zu erwarten. Genaueres aber kann er nicht sagen. Eine neue Befragung sei in Arbeit. Aus seiner Sicht wären aber mindestens zehn Prozent bei der Obduktionsquote das notwendige Ziel. So wie es jetzt ist, sei es ein Skandal, so Friemann. Die Frage zu klären, ob Menschen mit oder durch die Infektion versterben, bleibe so die Herausforderung.

[...]

Tatsächlich ist der Altersdurchschnitt der Toten im Zusammenhang mit Covid-19 hoch. In den drei Landkreisen mit der höchsten Zahl von Todesfällen sind die meisten Verstorbenen älter als 70 Jahre. In Vorpommern-Greifswald sind es 90 Prozent von 110 Toten, in Ludwigslust-Parchim sind es 86 Prozent von 84 Toten und im Landkreis Mecklenburgische

Seenplatte 98 Prozent von 56 Toten, die mit Corona in Zusammenhang gebracht werden. Auch die Quote chronischer Vorerkrankungen bei den Verstorbenen ist nach Angabe der Gesundheitsämter der Kreise hoch.

Doch das Alter der Verstorbenen und ihre chronischen Vorerkrankungen sind für den Rostocker Rechtsmediziner Büttner kein Argument, darauf zu verzichten, sie zu obduzieren. Natürlich, so Büttner, seien vielfach ältere Menschen betroffen, doch gerade die Obduktionen könnten klären, warum der eine überlebt und der andere nicht. Und da wäre eben die Obduktion extrem wichtig, um festzustellen, ob die Patienten, die überlebt haben, ganz andere Vorerkrankungen hatten als die die gestorben sind. In dieser Hinsicht würden die Obduktionen immer wieder überraschende Befunde ergeben, mit denen die Klinikärzte nicht gerechnet hätten. Und das könnte helfen, Therapieansätze für alte Menschen zu finden, erklärt der Pathologe.“

<https://www.ndr.de/nachrichten/mecklenburg-vorpommern/Kaum-Obduktionen-bei-Covid-19-Todesfaellen-in-MV,coronavirus4312.html>

f) Auch die korrekte Erhebung der Impfquote gelingt nicht. Das RKI meldete am 07.10.2021 nunmehr eine deutlich höhere Impfquote und geht inzwischen davon aus, dass 80 % der Erwachsenen vollständig geimpft sind

(https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/covimo_studie.html?sessionid=F5E93523437D82C3C0429844CC41CFF5.internet101?nn=2444038#doc15299338bodyText3).

g) Unklar ist auch die Zahl der Genesenen, da wie oben gezeigt mangels repräsentativer Testungen die Anzahl der Infektionen nicht bekannt ist. Aus einem Zwischenbericht zu einer Antikörperstudie des RKI im Juni

2021 geht hervor, dass ca. 14 % der Bevölkerung Antikörper aufweisen (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/SeBluCo_Zwischenbericht.html) und damit eine Immunität gegen SARS-CoV-2 erworben haben. Der aktuellen Stellungnahme der Gesellschaft für Virologie ist zu entnehmen, dass Genesene **mindestens für ein Jahr** noch sehr gut vor Reinfektionen und einem schweren Covid-19-Krankenverlauf geschützt sind (<https://g-f-v.org/2021/09/30/4411/>). Offiziell sind knapp 4,3 Millionen Menschen in Deutschland genesen. Rechnet man konservativ und geht von einer doppelt so hohen oder dreifach so hohen Dunkelziffer aus, kommt man auf ca. 8,6 oder 12,9 Millionen Menschen mit einer stabilen Immunität. Diese Menschen – wobei hiervon sicherlich einige auch geimpft sind – müssen bei der Berechnung der Immunitätsquote hinzugezählt werden.

Blickt man nach Großbritannien, wo am 19.07.2021 alle allgemeinen Corona-Maßnahmen beendet wurden („freedomday“), obwohl zu dem Zeitpunkt „lediglich“ 53,9 % der Bevölkerung vollständig geimpft (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=GBR>) waren, so stellt man fest, dass auch dort das Gesundheitssystem – das deutlich schlechter ist als das deutsche – nicht kollabiert ist – trotz hoher Infektionszahlen.

Hohe Infektionszahlen sind nämlich nicht per se ein Problem. Relevant ist nicht die Anzahl der Infektionen, sondern die damit einhergehende Krankheitslast. Soweit die niedrig ist, etwa weil sich vor allem jüngere Menschen bis ca. 50 Jahren anstecken, sind auch hohe Zahlen unproblematisch.

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat vor dem Hintergrund der deutlich unterschätzten – und ggf. politisch gezielt unterdrückten (<https://www.berliner-zeitung.de/wochenende/kein-freedom-day-hat-die-bundesregierung-das-volk-getaeuscht-li.187601>) – Impfquote seine Forderung nach einem Ende aller Corona-Maßnahmen am 08.10.2021 erneuert und weist darauf hin: "Viel mehr als 80 Prozent

gibt es nirgendwo auf der Welt." (<https://rp-online.de/panorama/coronavirus/gassen-sieht-freedom-day-naeherruecken-angesichts-hoerer-impfquote-aid-63401623>).

Zu den über 80 % erwachsenen Geimpften kommen zudem noch 36,1 % vollständig geimpfte 12-17 Jährige (<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1258043/umfrage/impfquote-gegen-das-coronavirus-in-deutschland-nach-altersgruppe/>).

Es ist mithin zu konstatieren, dass es aufgrund des hohen Immunsierungsgrades in der Gesellschaft – die Ansicht teilte auch der Virologe Alexander Kekulé vor einigen Tagen, noch bevor bekannt war, dass die Impfquote sehr viel höher ist als gedacht – die Überlastung der Intensivstationen unwahrscheinlich (<https://www.morgenpost.de/vermishtes/article233457005/christian-drosten-kekule-streck-brinkmann-corona-herbst-winter-deutschland.html>) und damit das Ziel der Maßnahmen erreicht ist.

Für weitere Maßnahmen ist kein Raum, denn alle Menschen ab 12 Jahre hatten inzwischen ein Impfangebot, Kinder erkrankten glücklicherweise so gut wie nie schwer (https://www.deutschlandfunk.de/coronaschutz-fuer-schueler-berufsverband-der-kinderaerzte.694.de.html?dram:article_id=503828), und es gibt ausreichend Eigenschutzmöglichkeiten (FFP 2-Masken, Impfung) sowie so gut wie keine Kontraindikationen für die Covid-Impfung, sodass es keiner kollektiven Solidarität mehr bedarf.

Schon deshalb darf die hier angefochtene Bestimmung keine Wirkung für den Antragsteller entfalten.

1. Legitimer Zweck der Zugangsbeschränkung

Weiterhin ist die Vermeidung einer systemischen Überlastung der Intensivstationen das Ziel (öffentliche Gesundheit) aller noch

bestehenden Corona-Maßnahmen und damit auch der hiesigen angefochtenen. Wie gezeigt – und später wird dies noch vertieft – ist indes eine derartige Überlastung nicht ersichtlich.

Hans-Jürgen Papier mahnt daher zu Recht:

„Vorsorgliche Verbote allein wegen Überschreitung eines bestimmten Inzidenzwertes im Hinblick auf die gemeldeten Neuinfektionen sind vor allem wegen der erfolgten Impfungen insbesondere bei den Risikogruppen nicht mehr zulässig.“

<https://www.berliner-zeitung.de/politik-gesellschaft/verfassungsrechtler-vorsorgliche-verbote-sind-nicht-mehr-zulaessig-li.182522>

2. Geeignetheit der Zugangsbeschränkung

Den Zugang an den Nachweis einer negativ-Testung zu koppeln ist grundsätzlich geeignet, das Infektionsgeschehen einzudämmen.

Vor dem Hintergrund, dass jedoch Genesene und insbesondere Geimpfte keine sog. sterile Immunität aufweisen und daher weiter potenzielle Träger*innen des Virus sind und dieses auch weitergeben können – wahrscheinlich häufig aufgrund der seltenen Testungen und der erhöhten Wahrscheinlichkeit eines asymptomatischen Verlaufs sogar unentdeckt – ist die Geeignetheit der Testung ausschließlich von Ungeimpfte offensichtlich in Zweifel zu ziehen, da bei den meisten Menschen – nämlich bei mindestens 80 % der Erwachsenen – keine Testung erfolgt und somit nur bei einem zahlenmäßig geringen Bevölkerungsteil eine Testung vorgenommen bzw. verlangt wird.

Vor diesem Hintergrund wird, bevor auf die nicht bestehende Erforderlichkeit der Maßnahme eingegangen wird, auf die nicht

gerechtfertigte Ungleichbehandlung von Geimpften und Ungeimpften in der gebotenen Kürze eingegangen.

3. Ungleichbehandlung mit Geimpften

Es ist kein Grund ersichtlich, Covid-19-Geimpfte von der Testpflicht auszunehmen.

Eine unterschiedliche Behandlung insbesondere von Geimpften und Ungeimpften ist juristisch nicht begründbar, da Geimpfte ebenfalls in relevanter Weise zum Infektionsgeschehen beitragen. Alexander Kekulé sprach in dem Zusammenhang vor kurzem von einer „unsichtbare Welle der Geimpften“ (<https://www.morgenpost.de/vermishtes/article233457005/christian-drosten-kekule-streeck-brinkmann-corona-herbst-winter-deutschland.html>). Der Jurist Rolf Merk sprach sich vor diesem Hintergrund für eine Testpflicht auch für Geimpfte aus und konstatiert am 23.08.2021:

„Bedauerlicherweise aber geht die Entwicklung aktuell in die andere Richtung: Die Privilegierung Geimpfter wird unter völliger Ignoranz der neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht nur fortgesetzt, sondern sogar noch vertieft. So müssen etwa Ungeimpfte nach den aktuellen baden-württembergischen und nordrhein-westfälischen Corona-Verordnungen einen negativen PCR-Test vorlegen, um Eintritt zu einer Diskothek zu erhalten, Geimpfte hingegen noch nicht einmal einen Schnelltest. Wie sich das mit dem Präventionsgedanken des Infektionsschutzgesetz und dem verfassungsrechtlichen Gleichheitsgrundsatz vereinbaren lassen soll erschließt sich nicht und ist aus Sicht des Verfassers daher rechtswidrig.“

<https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/corona-impfpflicht-testpflicht-3g-regel-2g-impfung-immunitaet-genesen-virus-impfdurchbruch/>

Auch das RKI stellte erstmals am 30.09.2021 fest, dass von einer Untererfassung von geimpften Covid-Fällen und einer Überschätzung der Impfeffektivität auszugehen sei (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-09-30.pdf?__blob=publicationFile).

Bei der Gruppe der Über-60jährigen konstatiert das RKI am 07.10.2021 für die Kalenderwochen 36-39, dass 52,6 % der symptomatischen Covid-Fälle auf Geimpfte entfielen und auch 36,8 % der hospitalisierten Covid-Fälle geimpft seien; ferner entfallen 24,1 % der Covid-Fälle auf Intensivstationen ebenfalls auf Geimpfte (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-10-07.pdf?__blob=publicationFile).

Berücksichtigt man nun auch noch, dass bei Geimpften lediglich die Fälle als Covid-Fälle in die Statistik eingehen, soweit Symptome vorliegen, wohingegen bei Ungeimpften jeder positive Fall, also auch ein Asymptomatischer, gezählt wird, wird deutlich, dass die Untererfassung von Geimpften durch diese Zählweise noch weiter vertieft wird (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-10-07.pdf?__blob=publicationFile).

Ferner tragen Geimpfte relevant zum Infektionsgeschehen, was sich z.B. auch bei den Corona-Ausbrüchen auf 2G-Veranstaltungen in Münster (<https://www1.wdr.de/nachrichten/westfalen-lippe/corona-infektionen-clubbesuch-muenster-100.html>) und St. Pauli

(https://www.t-online.de/region/hamburg/news/id_90924448/coronavirus-in-hamburg-corona-ausbruch-in-2g-bar-jeder-zehnte-infiziert.html) zeigte.

Dafür sprechen auch neuere Studienergebnisse. Hiernach besteht zwar eine reduzierte Wahrscheinlichkeit dafür, dass ein vollständig geimpfter infizierter Mensch – **die Covid-Impfungen schützen nicht vor Infektionen**, sondern „sind indiziert zur aktiven Immunisierung zur Vorbeugung der durch das SARS-CoV-2-Virus verursachten COVID-19-Erkrankung“ (<https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>) – das Virus an andere weitergibt, allerdings hält dieser Effekt laut der preprint-Studie **nur bis zu drei Monaten** nach der zweiten Impfung an. In der nature ist zu lesen (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

But that protective effect is **relatively small, and dwindles alarmingly at three months** after the receipt of the second shot.

[...]

The latest study examined the effect of vaccines on transmission more directly. It analysed testing data from 139,164 close contacts of 95,716 people infected with SARS-CoV-2 between January and August 2021 in the United Kingdom, when the Alpha and Delta variants were competing for dominance.

The authors found that although the vaccines did offer some protection against infection and onward transmission, **Delta dampened that effect**. A person who was fully vaccinated and then had a ‘breakthrough’ Delta infection was almost twice as likely to pass on the virus as someone who was infected with Alpha. And that was on top of the higher risk of having a breakthrough infection caused by Delta than one caused by Alpha.

Unfortunately, the vaccine's beneficial effect on Delta transmission waned to almost negligible levels over time. In people infected 2 weeks after receiving the vaccine developed by the University of Oxford and AstraZeneca, both in the UK, the chance that an unvaccinated close contact would test positive was 57%, but 3 months later, that chance rose to 67%. The latter figure is on par with the likelihood that an unvaccinated person will spread the virus.

A reduction was also observed in people vaccinated with the jab made by US company Pfizer and German firm BioNTech. The risk of spreading the Delta infection soon after vaccination with that jab was 42%, but increased to 58% with time.

But the results also offer the "intriguing possibility that if you do run a booster campaign because you want to protect individuals, it may also have this effect of reducing transmission," says Eyre.

Booster campaigns raise a new uncertainty, says Stephen Riley, an infectious-diseases researcher at Imperial College London: "whether the same waning of protection from infectiousness will occur after the third dose".

<https://www.nature.com/articles/d41586-021-02689-y>; zur Studie:
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.28.21264260v1.full-text>

Bekannt ist zudem, dass nicht alle Vakzine gleich wirksam gegen die Delta-Variante im Hinblick auf die Gefahr einer Infektion und der Ansteckungsfähigkeit schützen. Am 07.10.2021 wurde bekannt, dass die Stiko die Impfung von Johnson & Johnson für „ungenügend“ hält

https://www.t-online.de/nachrichten/panorama/id_90933492/stiko-impfschutz-von-johnson-johnson-ungenuegend-.html).

Vor diesem Hintergrund begegnen der **pauschalen Akzeptanz** aller in Deutschland zugelassener Corona-Impfstoffe, **unabhängig von der Wirksamkeit** des jeweiligen Vakzins sowie **ungeachtet des Zeitpunkts der Impfung**, erhebliche Bedenken.

Unter Berücksichtigung dessen erscheint es auch konsequent, dass in Israel der **Geimpften-Status nach sechs Monaten** – was noch großzügig bemessen ist – **abläuft** (<https://www.tagesschau.de/ausland/asien/israel-impfungen-119.html>). Hierzulande dürften – insbesondere in der Altersgruppe der Risikogruppe ab 60 Jahre die meisten Menschen deutlich vor drei Monate und in den meisten Fällen auch vor sechs Monaten vollständig geimpft worden sein.

Es soll in dem Zusammenhang auch nicht unerwähnt bleiben, dass das Paul-Ehrlich-Institut zunächst über Monate fälschlicherweise behauptete, dass die Covid-Impfungen **vor einer Infektion** schützen würden (<https://web.archive.org/web/20210321102118/https://www.pei.de/DE/anzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>). Auf das Bestreben eines Kollegen änderte das PEI dann seine Beschreibung im August 2021 in: „COVID-19-Impfstoffe schützen **vor einem schweren Verlauf** einer Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus.“ (<https://web.archive.org/web/20210907152202/https://www.pei.de/DE/anzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html>). Seit dem 17.09.2021 gilt die o.g. Erläuterung, das bedeutet, **auch der Schutz vor einem schweren Verlauf wird nicht mehr behauptet**.

Abschließend darf darauf hingewiesen werden, dass neben dem Umstand, dass Geimpfte in relevanter Weise zum Infektionsgeschehen beitragen, auch problematisch ist, dass sie sich zugleich deutlich seltener

testen lassen und gleichzeitig weniger Hygienemaßnahmen einhalten (müssen) und so eher eine Infektion auftritt, die zugleich eher unerfasst bleibt als bei Ungeimpften, die sich aktuell quasi ständig testen lassen müssen, um am sozialen öffentlichen Leben teilnehmen zu können. D.h. die Wahrscheinlichkeit unentdeckter Infektionen bei Geimpften ist erheblich höher als bei Ungeimpften.

Es ist daher zu konstatieren, dass sich bedauerlicherweise gezeigt hat, dass die Impfstoffe **nicht** in der Lage sind, eine **Herdenimmunität** herbeizuführen (<https://www.augsburger-allgemeine.de/bayern/Interview-Virologe-Hendrik-Streeck-Es-wird-keine-Herdenimmunitaet-geben-id60646971.html>).

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Erkenntnisse im Hinblick auf die **zahlreichen Impfdurchbrüche** kann auch nicht mehr an der These festgehalten werden, dass eine Impfung und ein negativer Schnelltest die gleiche Aussagekraft besitzen.

Nach alledem lässt sich die Privilegierung von Geimpften nicht mit dem Regelungszweck der Bestimmung in Einklang bringen, sodass die **Ungleichbehandlung rechtswidrig** ist (vgl. hierzu mit demselben Ergebnis auch Murswiek im vorgenannten Gutachten, S. 60 bis 70).

4. Erforderlichkeit der Zugangsbeschränkung

Vor dem Hintergrund, dass zum einen bereits keine Überlastung des Gesundheitssystems in Form eines möglichen Kollapses der Intensivstationen droht und zum zweiten, in der Hochschule überwiegend junge Menschen zusammenkommen, bei denen das Risiko für einen schweren Verlauf äußerst gering ist und sie sich zugleich eigenverantwortlich schützen können, gibt es keinen Grund für die hier beanstandete Zugangsbeschränkung.

Dies insbesondere auch deshalb, da die Verordnung **weitere Hygienemaßnahmen** für Präsenzveranstaltungen vorsieht:

Es gilt entweder das **Abstandsgebot** oder **Maskenpflicht** gemäß § 16 Abs. 1 Satz 3 26. CoBeLVO. Zudem besteht auch in der Bibliothek unabhängig davon, ob Abstand eingehalten wird, eine Maskenpflicht (<https://www.th-bingen.de/hochschule/th-auf-einen-blick/informationen-zum-wise-202122/>).

Die Aufrechterhaltung der hier beanstandeten Zugangsbeschränkung ist **zum Individualschutz offensichtlich nicht mehr erforderlich**, denn es bestehen diverse Möglichkeiten bei einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis das **Risiko eigenverantwortlich zu reduzieren**. Jeder Mensch ab 12 Jahren hat inzwischen ein Impfangebot erhalten und FFP-2 Masken sind erschwinglich und verfügbar und können zum Eigenschutz getragen werden. Vermutlich werden einige Menschen auch freiwillig weiter Maske tragen; wer aber selbst auf eine FFP-2 Maske verzichtet, geht ein geringfügiges Risiko ein, das einzugehen aber Teil der persönlichen Freiheit ist; so dürfen sich Menschen eigenverantwortlich Risiken wie dem Skifahren, Rauchen, Alkohol trinken usw. aussetzen. Ein **konkretes systemisches Risiko besteht erfreulicherweise schlicht nicht mehr**.

Zu letzterem - und entscheidenden - Aspekt darf auf die Ausführungen Murswieks in seinem bereits oben unter Bezug genommenen Gutachten verwiesen werden (S. 34 ff.):

(3) Besteht die konkrete Gefahr einer Überlastung der Intensivstationen?

- 109 Zur Zeit (Stand 27.9.2021) werden auf den Intensivstationen rund 1.400 COVID-19-Patienten behandelt.⁴³ Das ist ein erheblicher Anstieg im Vergleich zum Tief im Juli 2021 mit 350 Patienten, aber relativ wenig im Vergleich zum Hoch am Anfang des Jahres mit über 5.700 Patienten.⁴⁵ Es gibt laut DIVI-Intensivregister zur Zeit 22.415 belegbare Intensivbetten, davon sind 18.883 belegt und 3.532 frei. Hinzu kommt eine Notfallreserve in Höhe von über 10.000 Betten.⁴⁶
- 110 Somit sind die Intensivstationen von einer systemischen Überlastung zur Zeit sehr weit entfernt. Eine Überlastungsgefahr bestünde nur, wenn in absehbarer Zeit mit sehr viel mehr Intensivpatienten zu rechnen wäre als bisher im gesamten Verlauf der COVID-19-Epidemie. Dafür gibt es aber keine Anhaltspunkte.
- 111 Seit Beginn der Epidemie hat es nie eine systemische Überlastung der Intensivstationen gegeben.⁴⁷ Es gab Engpässe an einzelnen Kliniken, wie es sie schon immer auch vor COVID-19 hin und wieder gegeben hat, aber dies ließ sich durch Verlagerung auf andere Kliniken kompensieren. Im ganzen ist über den gesamten Verlauf der Epidemie hin die Auslastung der Intensivstationen in Deutschland ziemlich konstant geblieben. Die Zahl der belegten Betten hält sich – mit geringen Schwankungen – konstant um die 20.000,⁴⁸ und zwar unabhängig davon, wie hoch die Belegung mit COVID-19-Patienten jeweils war.
- 112 Die Zahl der freien Intensivbetten ist während der Epidemie zwar geschrumpft. Die Zahl der freien betreibbaren Betten sank während der Pandemie von zunächst über 10.000 auf im Juli 2020 rund 8.000 und ab November 2020 ständig weiter auf 6.000 bis an manchen Tagen unter 3.000. Dies hat aber nichts mit der Zahl der COVID-19-Patienten zu tun, sondern allein damit, dass die Zahl der belegbaren Betten (jedenfalls in der Statistik) reduziert worden ist. Gab es am 1.8.2020 noch 30.141 betreibbare Intensivbetten, so sind es jetzt (Stand: 27.9.2021) nur noch 22.415.⁴⁹ Die Auslastung der Krankenhausbetten insgesamt war 2020 wesentlich geringer als 2019; sie sank von 75,1 % auf 67,3 %. Die

⁴³ *Ralph Poscher*, *Gefahrenabwehr. Eine dogmatische Rekonstruktion*, 1999, S. 116.

⁴⁴ Genau genommen werden nicht Patienten, sondern belegte Betten gezählt. Deshalb führen die DIVI-Zahlen wegen Mehrfachzählungen (s.u. Fn. 61) zu einer Überzeichnung der epidemischen Situation.

⁴⁵ Zahlen gemäß DIVI-Intensivregister, Stand: 27.9.2021, <https://www.intensivregister.de/aktuelle-lage/zeitreihen> (abgerufen am 27.9.2021).

⁴⁶ S.o. Fn. 45.

⁴⁷ Vgl. z.B. Fachbeirat beim BMG, Pressemitteilung v. 30.4.2021, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html> (abgerufen am 3.10.2021).

⁴⁸ S.o. Fn. 45.

⁴⁹ S.o. Fn. 45.

Auslastung der Intensivstationen sank von 69,6 % auf 68,6 %.⁵⁰ Durchschnittlich wurden 2020 zur Behandlung von COVID-19-Patienten nach Angaben von *Schrappo u.a.* 2 % der stationären und 4 % der intensivmedizinischen Kapazitäten genutzt.⁵¹ Eine im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführte Studie kam sogar zu dem Ergebnis, dass im Jahr 2020 die Intensivbettenkapazität – gerechnet in Verweildauertagen – nur zu knapp 2 % mit COVID-19-Patienten belegt war.⁵² Gemessen an der vorhandenen Bettenkapazität ergab sich laut dieser Studie eine durchschnittliche Belegungsquote von 1,3 % durch COVID-19-Patienten. Die höchsten tagesbezogenen Belegungsquoten habe es in der zweiten Dezemberhälfte mit knapp 5 % aller Betten gegeben.⁵³

- 113 Obwohl die freie Kapazität der Intensivstationen wegen der geringeren Zahl betreibbarer Betten abnahm, gab es nie die Gefahr einer systemischen Überlastung⁵⁴ der Intensivstationen. Zu berücksichtigen ist, dass es eine ständige Notfallreserve von über 10.000 betreibbaren Intensivbetten gibt.⁵⁵ Diese musste noch nie in Anspruch genommen werden. Die Zahl der auf deutschen Intensivstationen behandelten Corona-Patienten schwankte seit Beginn der Pandemie zwischen unter 500 bis in der Spitze rund 5.700, während sie über den allergrößten Zeitraum deutlich unter 4.000 lag.⁵⁶ Da die Zahl der freien und betreibbaren regulären Betten plus der innerhalb von sieben Tagen aktivierbaren Notfallreserve⁵⁷ zu keinem Zeitpunkt geringer als 12.600 war,⁵⁸ wäre es selbst bei einem starken Anstieg der intensivbehandlungsbedürftigen Fälle nicht zu einer systemischen Überlastung der Intensivstationen gekommen.
- 114 Das Absinken der Zahl der betreibbaren Intensivbetten während der Pandemie hängt mit der Veränderung des Personalschlüssels zusammen. Dieser wurde während der Pandemie

⁵⁰ *Bundesrechnungshof*, Bericht an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages nach § 88 Abs. 2 BHO über die Prüfung ausgewählter coronabedingter Ausgabepositionen des Einzelplans 15 und des Gesundheitsfonds, 9.6.2021 – Gz.: IX 1 – 2021 – 0572, S. 8, 26 f., abrufbar unter <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/beratungsbereichte/2021/massnahmen-des-bundes-zur-corona-bewaeltigung-im-gesundheitswesen> (abgerufen am 4.7.2021).

⁵¹ Bei deutlichen Differenzen in zeitlicher und räumlicher Hinsicht, *Mathias Schrappo u.a.*, Die Pandemie durch SARS-CoV-2/COVID-19. Zur intensivmedizinischen Versorgung in der SARS-CoV-2/COVID-19-Epidemie. 3. Ad hoc-Stellungnahme, Update 17.5.2021, S. 4, http://www.mathias.schrappo.com/index_html_files/thesepapier_adhoc3_210517_endfass.pdf (abgerufen am 24.5.2021).

⁵² *RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung / TU Berlin (Boris Augurky / Reinhard Busse u.a.)*, Analysen zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise, 30.4.2021, S. 12, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/C/Coronavirus/Analyse_Leistungen_Ausgleichszahlungen_2020_Corona-Krise.pdf (abgerufen am 20.9.2021)

⁵³ S.o. Fn. 52.

⁵⁴ Mit „systemischer Überlastung“ ist die Überlastung des Gesundheitssystems (des Systems der Intensivstationen) gemeint. Die Überlastung einzelner Intensivstationen kann unter keinen Umständen einen Lockdown rechtfertigen, weil Patienten dann anderen Intensivstationen zugewiesen werden können.

⁵⁵ S.o. Fn. 45.

⁵⁶ DIVI-Intensivregister, Anzahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID-19-Fälle, <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-Jage/zeitreihen> (abgerufen am 4.7.2021).

⁵⁷ Die Reserve wird vor allem durch Personalverschiebungen aktiviert, vgl. Deutsche Krankenhausgesellschaft, <https://www.dkgev.de/dkg/presse/faktencheck/> (abgerufen am 4.7.2021).

⁵⁸ S.o. Fn. 45.

mehrmals geändert. Vor der Corona-Pandemie war jeder Pfleger tags für 2,5 Betten und nachts für 3,5 Betten verantwortlich. In der ersten Welle wurde diese Begrenzung außer Kraft gesetzt, was automatisch die Zahl der betreibbaren Intensivbetten erhöhte. Seit 1.8.2020 galt die alte Grenze wieder, und ab 1.1.2021 ist ein Pfleger nur noch für zwei Betten tags und für drei Betten nachts zuständig.⁵⁹ Das ist im Sinne einer optimalen Versorgung der Patienten und der Vermeidung einer Überlastung des Pflegepersonals zu begrüßen. Die daraus resultierende weitere Verknappung der Intensivbetten darf aber nicht zur Begründung freiheitseinschränkender Maßnahmen benutzt werden. Wenn es in einer Notsituation eng werden sollte, müsste eben der Pflegeschlüssel vorübergehend wieder geändert werden. Die Gefahr einer systemisch bedingten Triage-Situation lässt sich mit einer auf diese Weise zustande gekommenen Bettenknappheit nicht begründen.

- 115 Hinzu kommt, dass das DIVI-Intensivregister die mögliche Kapazität der Intensivstationen nicht zuverlässig widerspiegelt.⁶⁰ Das liegt zum Teil daran, dass im DIVI-Register wesentlich mehr Fälle gezählt werden als über die Krankenkassen abgerechnet werden. Das liegt an Mehrfachzählungen, wenn Patienten von einer Station auf eine andere (z.B. von Normal auf Intensiv, zurück auf Normal und wieder auf Intensiv) verlegt werden.⁶¹ Ein anderer Grund dafür, dass die DIVI-Daten keine zuverlässige Grundlage für Epidemiekämpfungsmaßnahmen sind, ist der Umstand, dass die Daten des Registers auf den Meldungen der Krankenhäuser beruhen. Das Krankenhausmanagement aber steuert die Zahl der verfügbaren Betten (auch) nach ökonomischen Gesichtspunkten. Wenn die Ausgestaltung der Krankenhausfinanzierung Anreize für die Erhöhung der Zahl der freien Intensivbetten setzt, wird die Zahl der freien Betten steigen. Wenn dagegen finanzielle Anreize für die Verringerung der Zahl der freien Betten gesetzt werden, wird die Zahl der freien Betten abnehmen.
- 116 Dass dies im Pandemieverlauf auch so geschehen ist, ist mittlerweile statistisch nachgewiesen worden. Als zu Beginn der Pandemie (vom 16.3. bis 12.7.2020) die Krankenhäuser für jedes gegenüber 2019 zusätzlich freie Bett eine Freihaltepauschale erhielten und zusätzlich für neugeschaffene Intensivbetten ein Bonus von 50.000 Euro gezahlt wurde, gab es viele freie Intensivbetten. Als ab Oktober 2020 die Freihaltepauschale und die Bonusregelung entfielen, sank auch die Zahl der freien Intensivbetten, und als ab 18.11.2020 eine neue Ausgleichzahlung in Kraft trat, die voraussetzte, dass in dem jeweiligen Landkreis weniger als 25 % der betreibbaren Intensivbetten frei waren,⁶² verringerte sich die Zahl der im DIVI-Intensivregister gemeldeten freien Intensivbetten nochmals

⁵⁹ Focus 8.4.2021, Warum in elf Monaten 7000 deutsche Intensivbetten verschwunden sind, https://www.focus.de/gesundheits/coronavirus/von-31-000-auf-24-000-warum-in-elf-monaten-7000-deutsche-intensivbetten-verschwunden-sind_id_13167403.html (abgerufen am 4.7.2021).

⁶⁰ So der *Bundesrechnungshof* (Fn. 50), S. 8, 29 m. Hinw. auf eine entsprechende Einschätzung des RKI.

⁶¹ Laut *Reinhard Busse* hat der Unterschied zwischen im DIVI-Register gezählten und abgerechneten Fällen im Jahr 2020 fast 30 % betragen, *Janina Lionello*, Experten-Kritik an Intensivversorgung: Der Faktencheck, Nordbayern 20.5.2021, <https://www.nordbayern.de/politik/experten-kritik-an-intensivversorgung-der-faktencheck-1.11086133> (abgerufen 3.10.2021)

⁶² Zu den verschiedenen Förderregimen vgl. *Bundesrechnungshof* Fn. 50, S. 23 f.; BT-Drs. 19/21742.

stark. Dies lässt sich schon an der Zeitreihe des DIVI-Intensivregisters ablesen.⁶³ Ein Informatiker hat dies anhand der Daten genauer analysiert und nachgewiesen.⁶⁴

- 117 Der Bundesrechnungshof berichtet, das RKI habe gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 11.1.2021 die Vermutung geäußert, dass Krankenhäuser zum Teil weniger intensivmedizinische Behandlungsplätze meldeten als tatsächlich vorhanden waren. Dadurch könnte der für die Gewährung von Ausgleichszahlungen erforderliche Anteil freier betreibbarer intensivmedizinischer Behandlungsplätze von unter 25 % erreicht werden. Auch seien Länder an das RKI herangetreten und hätten rückwirkend um eine Anpassung der Zahl der gemeldeten freien betreibbaren intensivmedizinischen Betten gebeten. Dabei seien Anpassungen nur für Zeiträume gefordert worden, die für die Ausgleichszahlung relevant waren. Nach Auffassung des RKI seien die gemeldeten Daten nicht mehr für die Bewertung der Situation geeignet.⁶⁵
- 118 Der Bundesrechnungshof beanstandet, dass das BMG bis heute nicht in der Lage sei, die Zahl der tatsächlich aufgestellten sowie die der zusätzlich angeschafften Intensivbetten verlässlich zu ermitteln.⁶⁶
- 119 Für den Aufbau neuer Intensivbetten zahlte das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) von Mitte März 2020 bis Anfang März 2021 rund 686,1 Mio. Euro aus. Damit sollten 13.700 zusätzliche Intensivbetten geschaffen werden.⁶⁷ Der Bundesrechnungshof beanstandet, dass ein solcher Kapazitätswachstum aus den vorliegenden Statistiken und Daten sowie aus dem DIVI-Intensivregister nicht abzulesen sei.⁶⁸ – Aus dem DIVI-Intensivregister ergibt sich vielmehr, dass während der Pandemie die Zahl der betreibbaren Intensivbetten nicht gestiegen, sondern von über 30.000 auf weniger als 23.000 gesunken ist.⁶⁹ Ein Teil dieses drastischen Verlustes dürfte auf Änderungen in der statistischen Zuordnung beziehungsweise auf die Änderungen des Personalschlüssels zurückzuführen sein, insbesondere der steile Abfall Anfang August 2020. Statistische Effekte erklären aber nicht das gesamte Volumen des Verlustes von 7.000 Betten, und sie erklären vor allem nicht, was aus den zusätzlichen 13.700 Betten geworden ist, für die das Geld an die Krankenhäuser geflossen ist.
- 120 Wenn befürchtete Engpässe bei den Beatmungskapazitäten ein Grund für die diversen Lockdowns waren, fragt sich, warum die Länder von den im Februar 2020 vom BMG beschafften 14.200 Beatmungsgeräten bis Mitte Februar 2021 nur etwa 4.500 Geräte abgerufen haben.⁷⁰ Mit den rund 10.000 noch nicht abgerufenen Beatmungsgeräten hätte man vermutlich eine erhebliche Anzahl von Low-Care-Intensivbetten auf High-Care-Intensivbetten aufrüsten können, so dass sich das Risiko einer Überlastung der Intensiv-

⁶³ S.o. Fn. 45.

⁶⁴ Dazu Bericht in der WELT 14.5.2021, Als der Informatiker seine Daten vorstellte, bekam er eine erstaunliche Antwort, <https://www.welt.de/kultur/plus231069687/Corona-auf-der-Intensivstation-Das-Bergamo-Argument.html?cid=onsite.onsitesearch> (abgerufen am 3.6.2021).

⁶⁵ Fn. 50, S. 8, 29.

⁶⁶ Fn. 50, S. 10, 39.

⁶⁷ Bundesrechnungshof (Fn. 50), S. 10, 37, 40.

⁶⁸ Fn. 50, S. 10, 40.

⁶⁹ S.o. Fn. 45.

⁷⁰ Bundesrechnungshof (Fn. 50), S. 37.

betten durch Corona-Patienten weiter entspannt hätte – es sei denn, das BMG hätte untaugliche Beatmungsgeräte bestellt, aber dann hätte dieser Fehler doch längst korrigiert werden müssen.

- 121 Der Gesundheitsökonom Reinhard Busse behauptet, die Zahlen des DIVI-Intensivregisters seien eine Überschätzung. Da das Register Fälle erfasse und nicht Patienten,⁷¹ komme es zu Doppelzählungen. Die tatsächlichen Patientenzahlen lägen um etwa 30 Prozent tiefer.⁷²
- 122 Berücksichtigt man diese Umstände, so gibt es zur Zeit keinen Grund für die Annahme, dass im Laufe der befürchteten „vierten Welle“ eine Überlastung der Intensivstationen bevorsteht. Im Unterschied zu der Situation vor einem Jahr, als es im Winter zu einer maximalen Anzahl von 5.700 Corona-Intensivpatienten gekommen war, sind heute die Angehörigen der vulnerablen Gruppen ganz überwiegend geimpft.⁷³ Zudem hat man daraus gelernt, dass der mangelnde Schutz der Alten- und Pflegeheime ein Hauptgrund für eine große Zahl von „Corona-Toten“ und von intensivbehandlungsbedürftigen Fällen war.
- 123 Menschen unter 50 Jahren sind nur in seltenen Fällen schwer an COVID-19 erkrankt, und für junge Leute, vor allem für Kinder und Jugendliche war SARS-CoV-2 bislang nicht gefährlicher oder sogar weniger gefährlich als eine Grippe.⁷⁴ Intensivbehandlungs-

⁷¹ So auch *RWI* (Fn. 52).

⁷² Welt 16.6.2021, „Ein Patient wird unter Umständen doppelt gezählt“, <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus231872027/Corona-Krankenhaeuser-Ein-Patient-wird-unter-Umstaenden-doppelt-gezaehlt.html> (abgerufen am 4.7.2021) – Anlage 8.

⁷³ Das *RKI* beschreibt die Impfsituation im Wochenbericht vom 30.9.2021 so: »Der Anteil der vollständig bzw. der noch nicht Geimpften variiert stark nach Alter: Während in der älteren Bevölkerung (60+ Jahre) weiterhin etwa 14 % noch gar nicht und bereits 84 % vollständig geimpft sind, liegen diese Anteile bei den Erwachsenen unter 60 Jahren bei jeweils etwa 30 % und 70 %. Bei Kindern und Jugendlichen von 12–17 Jahren sind etwa 59 % noch ungeimpft und fast 34 % bereits vollständig geimpft. Im Zeitverlauf betrachtet zeigt sich die unterschiedliche Dynamik im Impffortschritt zwischen den Altersgruppen (Abbildung 16). In der Altersgruppe 60+ Jahre stieg der Anteil der vollständig Geimpften zwischen KW 19 und KW 28 besonders stark an, während er seitdem nur noch langsam weiter ansteigt. Kurz darauf (ab KW 20) begann auch der Anteil der vollständig Geimpften in der Altersgruppe 18–59 Jahre sichtbar anzusteigen. Für den Anteil der vollständig geimpften Jugendlichen trifft dies seit KW 28 zu und der Anstieg setzt sich in dieser Gruppe kontinuierlich fort.«, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-09-30.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 3.10.2021). – Neben den im Wochenbericht des *RKI* auf Basis des sog. Digitalen Impf-Monitorings (DIM) berichteten Impfdaten führt das *RKI* sog. COVIMO-Studien durch. Die Ergebnisse weichen voneinander ab. Im 6. COVIMO-Report sagt das *RKI*, es liege nahe, »dass die auf Grundlage der COVIMO-Daten berechneten Impfquoten eher eine Überschätzung darstellen, während die Meldungen im DIM die Impfquoten vermutlich unterschätzen, die Impfquote liegt voraussichtlich zwischen diesen Werten.«, COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO), 10.8.2021, Report 6, S. 3, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVIMO_Reports/covimo_studie_bericht_6.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 3.10.2021). Da im COVIMO-Report Nr. 6 die Quote der Erstimpfungen in der Altersgruppe 60+ bereits mit Datenstand vom 13.7.2021 mit 94,3 % angegeben wurde (S. 3) und seither in den meisten Fällen die Zweitimpfungen stattgefunden haben müssten, wird man schätzen können, dass nach den COVIMO-Daten die Quote der vollständig Geimpften in dieser Altersgruppe mittlerweile deutlich über 90 % liegt.

⁷⁴ Der Median der hospitalisierten Covid-19-Patienten in Deutschland lag im Jahr 2020 bei 71 Jahren, vgl. *Reinhard Busse / Ulrike Nimptsch*, COVID-19-Pandemie: Historisch niedrige Bettenauslastung, Deutsches Ärzteblatt 2021, <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung> (abgerufen am 29.9.2021).

bedürftige Fälle hat es in diesen Altersgruppen kaum gegeben.⁷⁵ Ob, wie manche befürchten, die Delta-Variante des Virus dieses Bild wesentlich ändern wird, kann man jetzt noch nicht wissen. Es spricht aber bislang nichts dafür, dass die grundsätzliche Charakteristik des Virus – dass es nämlich für alte Menschen gefährlich und für junge Menschen ungefährlich ist – bei Delta wesentlich anders ist. Da die allermeisten alten und gefährdeten Menschen mittlerweile geimpft sind (Rn. 125) und der ungeimpfte Teil der Bevölkerung ganz überwiegend jung und nicht multimorbid vorbelastet ist, wird die Ausbreitung des Virus in der „vierten Welle“ bei weitem nicht zu so vielen hospitalisierungsbedürftigen Fällen führen wie in den vorangegangenen Wellen.

- 124 Dazu trägt auch die immer größer werdende Zahl der Menschen, die auf natürliche Weise – durch Infektion mit SARS-CoV-2 – Immunität erworben haben. Das RKI zählt zwar „nur“ rund vier Millionen „Genesene“,⁷⁶ also rund 4,8 % der Bevölkerung. Da aber – insbesondere bei Kindern und Jugendlichen – in sehr vielen Fällen die Infektion symptomlos verläuft, kann man davon ausgehen, dass die Zahl der natürlich Immunisierten ein Mehrfaches davon beträgt.⁷⁷
- 125 Gegenwärtig dürfte die Immunisierungsquote der besonders stark gefährdeten Personen (80+ sowie multimorbid Vorbelastete) über 90 % betragen. In der Altersgruppe 60+ sind es bereits mehr als 85 % (einschließlich der Genesenen).⁷⁸ Dies bedeutet, dass aus den Altersgruppen, aus denen in den letzten Wellen die allermeisten Intensivpatienten kamen, nur noch maximal 15 % der intensivbehandlungsbedürftigen Fälle im Vergleich zur Zeit vor der Immunisierung zu erwarten sind, unter Berücksichtigung des jetzt besseren Schutzes der Alten- und Pflegeheime noch erheblich weniger. Die Zahl der intensivbehandlungsbedürftigen Fälle aus den Altersgruppen unter 60 Jahren wäre auch ohne Impfung so gering, dass sie weit davon entfernt wäre, zu einer Überlastung der Intensivstationen zu führen. Die zu erwartende Fallzahl ist inzwischen durch eine Impfquote von fast 70 % unter den 18-59-Jährigen und durch eine natürlich erworbene Immunität bei mindestens 5 % (vielleicht aber weit über 10 %) der Ungeimpften weiterhin drastisch gesunken (nämlich um mindestens 75 %, sofern nicht die Delta-Variante zu einer anderen Prognose führt).
- 126 Ein Blick auf die Entwicklung in England bestätigt dies. Dort ist die in Relation zu den Inzidenzen zu erwartende Hospitalisierungsquote parallel zur stark gestiegenen Impfquote drastisch gesunken und trotz im Sommer sehr hoher Inzidenzwerte⁷⁹ niedrig

⁷⁵ Nachweise dazu unten Rn. 348, 350.

⁷⁶ https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Sept_2021/2021-09-30-de.pdf?__blob=publicationFile (abgerufen am 30.9.2021).

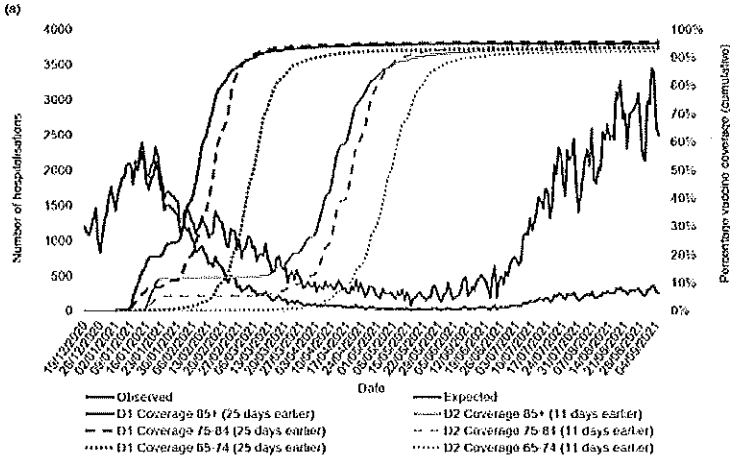
⁷⁷ Vgl. STIKO-Empfehlung zur COVID-19-Impfung, Aktualisierung vom 18.8.2021, Epidemiologisches Bulletin 33/2021 v. 18.8.2021, S. 4, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/33_21.pdf?__blob=publicationFile: „COVID-19 ist in der Regel bei Kindern und Jugendlichen keine schwere Erkrankung. Die Mehrzahl der SARS-CoV-2-Infektionen verläuft asymptomatisch oder mit milden Symptomen; Todesfälle bei Kindern und Jugendlichen ohne Vorerkrankungen sind eine absolute Seltenheit.“

⁷⁸ Impfquoten siehe Fn. 73; zur Quote der Genesenen Rn. 124. Die Impfquoten beruhen auf dem DIM; auf der Basis von COVIMO käme man zu höheren Quoten, siehe Fn. 73. Legt man den Mittelwert zugrunde, sind in der Altersgruppe 60+ bereits rund 90 % vollständig geimpft.

⁷⁹ Vgl. <https://coronavirus.data.gov.uk/details/cases> (abgerufen am 3.10.2021).

geblieben, wie folgende von der englischen Gesundheitsbehörde – Public Health England PHE – veröffentlichte Grafik⁸⁰ zeigt:

Figure 6. Plot of daily observed and expected COVID-19 hospitalisations in (a) adults aged 65 and over (b) adults aged 45 to 64



Da in Deutschland der Anteil der vollständig Geimpften in der hinsichtlich des Risikos einer intensivbehandlungsbedürftigen COVID-19-Erkrankung relevantesten Altersgruppe (60+)⁸¹ mittlerweile so hoch ist wie in England, verdeutlicht dieses Beispiel, dass die Wahrscheinlichkeit einer hohen Belastung der Intensivstationen durch COVID-19-Patienten in Deutschland vergleichbar abgenommen hat.

- 127 Meines Erachtens ist daher die Wahrscheinlichkeit einer systemischen Überlastung der Intensivstationen in der „vierten Welle“ derart gering, dass schon das Vorliegen einer konkreten Gefahr verneint werden muss. Mangels vorhandener Gefahr sind freiheitseinschränkende Schutzmaßnahmen zur Zeit nicht erforderlich.

Sähe man das anders, ist jedenfalls zu konstatieren, dass es mildere Mittel gibt. Es ist sich an dieser Stelle auch bewusst zu machen, dass die hier angefochtene Zugangsbeschränkung eine Maßnahme ist, die sich gegen die Allgemeinheit richtet und davon auszugehen ist, dass sie damit zu über 99 % nicht mit SARS-CoV-2 infektiöse Menschen betrifft – mithin also Nichtstörer*innen.

Mildere Mittel zur Verhinderung einer Überlastung der Intensivstationen – das ist der einzige verbliebene legitime Zweck, da es ausreichend Eigenschutzmöglichkeiten gibt – liegen auf der Hand:

a) Besonderer Schutz der vulnerablen Gruppen, insbesondere der alten Menschen

Gerade bei Menschen über 60 ist am ehesten mit einem schweren Krankheitsverlauf und damit mit einer durch sie verursachten Belastung

- so werden aktuell Menschen, die in eine gesundheitliche Notlage geraten von der Gesellschaft bedauerlicherweise betrachtet - des Gesundheitssystems zu rechnen. Es liegt daher auf der Hand im Sinne der Strategie „Protection“ jene zu schützen, statt die Allgemeinheit mit Maßnahmen zu belegen.

b) Verstärkte Förderung der Entwicklung von Therapiemöglichkeiten

Es wurden Milliarden für die Entwicklung von Impfstoffe ausgegeben, wohingegen nur ein Bruchteil für die Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung steht (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/arzneimitteln-gegen-covid-19.html>).

c) Aufstockung der Intensivbettenkapazitäten

Für eine Aufstockung der Intensivbettenkapazitäten sieht die Bundesregierung indes keine Veranlassung, was die hier vertretene Meinung, dass keine Überlastung der Intensivstationen droht, bestätigt. Die Bundesregierung teilte im Rahmen einer kleinen Anfrage in ihrer Antwort vom 09.09.2021 u.a. mit (BT-Drs. 19/32393):

lichen Horizonts von sieben Tagen zur Verfügung. Mit Stand vom 6. September 2021 befinden sich laut DIVI-Intensivregister 10 806 Intensivbetten (davon 416 Kinder-ITS-Kapazitäten) in der Notfallreserve (https://www.divi.de/joomla/tools-files/docman-files/divi-intensivregister-tagesreports/DIVI-Intensivregister_Tagesreport_2021_09_06.pdf). Neben den aktuell freien 4 437 Intensivbetten (davon 811 Kinder-ITS-Kapazitäten, Stand: 6. September 2021) bestehen daher folglich mindestens 10 806 zusätzliche Intensivbetten, die im Notfall aktiviert werden können. Im Hinblick auf die bestehenden Reservekapazitäten im Rahmen der 7-Tage-Notfallreserve sieht die Bundesregierung derzeit keinen Bedarf, den Ausbau weiterer intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten zu fördern.

Darüber hinaus ist aus Sicht der Bundesregierung die Impfung gegen COVID-19 die entscheidende Maßnahme zur Pandemiebewältigung im kommenden Herbst und Winter 2021/2022.

<https://dserver.bundestag.de/btd/19/323/1932393.pdf>

d) Hygienekonzepte statt Zugangsbeschränkungen

Dieser Punkt ist wie oben gezeigt bereits erfüllt. In der Kombination „3G“ und Abstand oder Maske hat der Antragsgegner eine Art **doppelte Absicherung** gewählt, die offensichtlich eine **Übersicherung** darstellt und der hiesigen Situation, in der mehr als 80 % aller Erwachsenen vollständig geimpft sind, evident nicht gerecht wird. Diese Dopplung an Sicherung verstößt gegen das **Übermaßverbot**.

Es ist nicht nachvollziehbar, wieso nicht auf das eine oder das andere – vorliegend wäre auf die einschneidendere Maßnahme, nämlich die hier angefochtene Zugangsbeschränkung – zugunsten der geringeren Grundrechtseingriffe verzichtet wird. Dies umso mehr vor dem Hintergrund, dass im letzten Jahr noch kein Impfschutz zur Verfügung stand und zugleich die Zahl der Genesenen noch deutlich niedriger war, mithin der Immunitätsgrad sehr gering war und gleichwohl Freizeitbäder, Restaurants usw. geöffnet hatten. Auch Antigen-Schnelltests standen nicht zur Verfügung.

Es ist geradezu grotesk, dass in der gegenwärtigen Lage, in der weit über 80 % der Erwachsenen als immunisiert gelten, die Sicherheitsvorkehrungen **strenger** sind als zu einem Zeitpunkt, zu dem allenfalls – äußerst großzügig geschätzt – 10 % der Bevölkerung als genesen gelten konnte.

Oder um es mit den Worten von Hans-Jürgen Papier vom 05.10.2021 zu sagen:

„Auch das allgemeine legitime Ziel, die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, rechtfertigt nicht jeden Grundrechtseingriff. Nutzen und Schaden müssen stets in einem angemessenen Verhältnis stehen, und die Beweislast für das Vorliegen der Verhältnismäßigkeit trägt der Staat.

Schwerwiegende Freiheitsbeschränkungen aus bloßer Vorsorge sollte es künftig nicht mehr geben. Wir müssen uns

rechtsstaatlich wappnen - das waren wir diesmal lange Zeit nicht.“

<https://www.welt.de/politik/deutschland/plus234193236/Hans-Juergen-Papier-Vertrauen-in-Handlungsfahigkeit-des-Staates-erschuettert.html?>

e) Selbsttest (ggf. unter Aufsicht) statt Schnelltest durch geschultes Personal

Völlig unbegreifbar ist vorliegend, dass der Antragsgegner den Studierenden, also gerade der Gruppe, die üblicherweise in prekären Verhältnissen lebt, **nicht** gestattet, einen Selbsttest gemäß § 3 Abs. 7 Nr. 2 26. CoBeLVO durchzuführen.

Die Landesverordnung kennt grundsätzlich drei anerkannte Testmethoden gemäß § 3 Abs. 7 26. CoBeLVO:

(7) In den in dieser Verordnung bestimmten Fällen, in denen auf diese Vorschrift Bezug genommen wird, muss der dort vorgesehene Test auf das Nichtvorliegen des Coronavirus SARS-CoV-2 durch

1. einen PoC-Antigen-Test durch geschultes Personal (Schnelltest), der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen und auf der Website https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html gelistet ist und vor nicht mehr als 24 Stunden vorgenommen wurde,
2. einen vor Ort unter Aufsicht durchgeführten PoC-Antigen-Test zur Eigenanwendung (Selbsttest), der durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zugelassen und auf der Website

https://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Antigentests/_node.html gelistet ist und vor nicht mehr als 24 Stunden vorgenommen wurde, oder

3. eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik), die vor nicht mehr als 24 Stunden vorgenommen wurde,

durchgeführt werden (Testpflicht). Eine Testung nach Satz 1 Nr. 2 ist, sofern der Betreiber einer Einrichtung diese Möglichkeit anbietet, vor dem Betreten der Einrichtung in Anwesenheit einer von dem Betreiber der Einrichtung beauftragten Person von der Besucherin oder dem Besucher durchzuführen. Der Betreiber der Einrichtung hat der Besucherin oder dem Besucher auf Verlangen das Ergebnis und den Zeitpunkt der Testung nach Satz 1 Nr. 2 zu bestätigen. Für die Bestätigung des Testergebnisses des Schnelltests oder Selbsttests ist durch die ausstellende Stelle das dieser Verordnung als Anlage 1 beigefügte Formular zu verwenden. Die Testpflicht gilt als erfüllt, wenn die Besucherin oder

Während **Selbsttests** bei Veranstaltungen (§ 5 26. CoBeLVO), in Betrieben (§ 8 26. CoBeLVO), ja, sogar bei dem Besuch einer Prostitutionsstätte (§ 8 Abs. 5 26. CoBeLVO) sowie in der Gastronomie (§ 9 26. CoBeLVO) und im Beherbergungsgewerbe (§ 10 26. CoBeLVO) ebenso wie beim Sport (Schwimm- und Spaßbäder eingeschlossen) (§ 12 26. CoBeLVO) und auch im Freizeitbereich (Freizeitparks usw.) (§ 13 26. CoBeLVO) gestattet sind, ist in der Hochschule diese Möglichkeit **ausgeschlossen**.

In der Schule besteht für die Schüler*innen sogar die Möglichkeit der Selbsttestung zuhause unter Aufsicht der Erziehungsberechtigten (§ 14 Abs. 1 Satz 3 26. CoBeLVO). Abseits von der Präsenzlehre an Hochschulen ist bei Bildungsangeboten bei privaten und öffentlichen Einrichtungen auch die Selbsttestung erlaubt (§ 16 Abs. 2 26. CoBeLVO). Ebenso wie beim außerschulischen Musikunterricht (§ 16 Abs. 6 26. CoBeLVO) sowie bei Kulturveranstaltungen und in Museen usw. (§ 17 26. CoBeLVO).

Es ist mithin zu konstatieren: **Überall sind Selbsttests**, die auch für Studierende gerade noch preislich zumutbar sein dürften (1 -2 Euro/Test aktuell), **zulässig, außer an Hochschulen**.

Dieser Umstand lässt sich nach hiesiger Ansicht nur politisch erklären.

Während nach Wahrnehmung der Unterzeichnerin die meisten privaten Unternehmen die Möglichkeit der Selbsttestung ihren Kund*innen aufgrund des personellen Aufwands nicht anbieten (können), wäre eine staatliche Hochschule, wie sie auch die Technische Hochschule Bingen eine ist, gezwungen, die Möglichkeit anzubieten, wenn sie in der Verordnung vorgesehen wäre.

Der Umstand, dass **ausschließlich** an Hochschulen die **Selbsttestung nicht möglich ist, entlarvt die Feigenblattpolitik des Antragsgegners.**

Es ist davon auszugehen, dass ihm bewusst ist, dass private Unternehmen von der Möglichkeit selten, bis keinen Gebrauch machen, und er sich aber gleichzeitig zurückziehen und behaupten kann, er habe diese Möglichkeit eingeräumt und könne nichts dafür, wenn sie nicht genutzt würde. Es wird so – einmal mehr – die Flucht ins Private gewählt. Die Unternehmen müssen dann die Streitigkeiten mit Kund*innen und Gästen, die sich selbst testen wollen, führen und der Verordnungsgeber kann sich auf das formale Argument, er habe das nicht zu verantworten, zurückziehen. **Politisch gewollt sind Selbsttests also offensichtlich nicht. Andernfalls würde der Verordnungsgeber die Unternehmen verpflichten, Selbsttest zu akzeptieren.** So wie er sie verpflichtet, Desinfektionsmittel bereit zu stellen, Abstand einzuhalten, Gesundheitszeugnisse zu kontrollieren und vieles mehr.

Eine andere Erklärung für den auffälligen Befund, dass überall Selbsttestungen gestattet sind, außer an Hochschulen, ist nicht ersichtlich.

Die Selbsttestung stellt gegenüber der hier als rechtswidrig beanstandeten Zugangsvoraussetzung in Form von Antigenschnelltests durch geschultes Personal offensichtlich das mildere Mittel dar. Selbsttests werden vom Antragsgegner auch als gleich geeignet betrachtet, schließlich lässt er sich überall sonst zu. Mithin gibt es –

außer den angeführten illegitimen politischen Gründen – keinen Grund, Selbsttests bei Studierenden an der Hochschule nicht zuzulassen.

Die hier angefochtene Zugangsbeschränkung ist nach alledem nicht erforderlich.

5. Angemessenheit der Zugangsbeschränkung

Die Zugangsbeschränkung ist auch nicht angemessen.

Der Antragsteller wird durch die hier beanstandete Bestimmung um seine **Bildungschancen** gebracht. Er kann sich die Testungen schlicht nicht – auch nicht für einen Monat – leisten. Die hiesige Verordnung hat bis zum 07.11.2021 Gültigkeit, bis dahin würden bereits Kosten in Höhe von mindestens 300 Euro (15 Euro/Test) auflaufen.

Ferner ist aber auch davon auszugehen, dass die Regelung über den 07.11.2021 hinaus aufrechterhalten werden soll. So wurde bereits Mitte August 2021 vom Verordnungsgeber die 3G-Regelung für das Wintersemester 2021/2022 angekündigt:

25. Corona-Bekämpfungsverordnung: 3-G für einen sicheren Herbst – Hochschulen im Wintersemester wieder mit mehr Präsenz – Familienimpftag für Kinder und Jugendliche

Rheinland-Pfalz rüstet sich für einen sicheren Herbst. Der Ministerrat hat heute die 25. Corona-Bekämpfungsverordnung beraten, die die Beschlüsse der Konferenz der Ministerpräsidentinnen und Ministerpräsidenten von vergangener Woche umsetzt. Ab Montag, 23. August, gilt dann: Ab einer Inzidenz von 35 greift die 3-G-Regel für Aktivitäten im Innenraum. Auf dieser Grundlage werden auch die Hochschulen ins Wintersemester starten und für Geimpfte, Genesene und Getestete wieder mehr Präsenzmaßnahmen anbieten.

<https://mwg.rlp.de/de/service/pressemitteilungen/detail/news/News/detail/25-corona-bekaempfungsvorordnung-3-g-fuer-einen-sicheren-herbst-hochschulen-im-wintersemester-wied/>

Auch Bundesgesundheitsminister Spahn machte vor wenigen Tagen nach Bekanntwerden der höheren Impfquote deutlich, dass er für den Herbst/Winter 2021 weiter an den derzeitigen 3G und 2G Bedingungen in Innenräumen festhalten wird

(<https://www.merkur.de/welt/corona-rki-impfung-impfquote-deutschland-bericht-prozent-abweichung-monitoring-spahn-91037822.html>).

Anhaltspunkte dafür, dass der hiesige Ordnungsgeber seine Ansicht ob der bekannt gewordenen höheren Impfquote geändert hat, sind nicht ersichtlich. Vielmehr ist das Gegenteil der Fall; er hat die hier angefochtene Verordnung am 08.10.2021 – also **nach Bekanntwerden der höheren Impfquote** – nochmals um einen Monat verlängert, ohne „Lockerungen“ vorgenommen zu haben. Es ist daher zu erwarten, dass auch über den 07.11.2021 hinaus für den Antragsteller weiterhin eine Testnachweispflicht (keine Selbsttestung) gelten wird, sofern das hiesige Gericht den Antragsteller nicht davor schützt und ihm so die Fortführung seines Studiums ermöglicht.

Soweit der Antragsgegner sich dazu erdreisten sollte, einzuwenden, dass der Antragsteller sich auch impfen lassen könnte, ist dem entgegenzuhalten, dass der Antragsteller sich nicht gegen Covid impfen lassen möchte.

Faktisch kommt der hier ausgeübte indirekte Druck auf die freie Impfentscheidung des Antragstellers einer direkten Impfpflicht gleich. Schließlich hängt nicht sein Privatvergnügen von der Impfung ab, sondern seine Ausbildung.

Der sich so entfaltende indirekte Impfwang verletzt den Antragsteller in seinem Recht auf Selbstbestimmung über die körperliche Integrität sowie in sein Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Dieser Eingriff lässt sich schon deshalb nicht rechtfertigen, da die Covid-19-Impfung wie oben gezeigt keinen Fremdschutz im Sinne einer sterilen Immunität vermitteln, sondern in erster Linie, wenn nicht gar ausschließlich, ein Selbstschutz darstellt.

Die Juristin Prof. Dr. Katrin Gierhake arbeitete bereits im Mai 2021 Kriterien für eine staatliche Impfpflicht heraus (ZRP 2021, 115, 116), die hier allesamt nicht vorliegen:

1. Es müsste die Notwendigkeit der flächendeckenden Impfung bestehen (also eine Bedrohungslage, die die Impflichtnahme der gesamten Bevölkerung gestattet).
2. Die Impfstoffe müssten effektiv Infektionen verhindern und damit auch die Weitergabe des Virus an andere, weil der reine Selbstschutz keine Impfpflicht begründen kann.
3. Die Impfstoffe müssten idealerweise ein Leben lang Schutz vor Infektionen bzw. vor der Weitergabe des Virus bieten.
4. Die Impfstoffe dürften keine oder nur geringe Nebenwirkungen haben.
5. Dies müsste nicht nur für die unmittelbare Verträglichkeit in den ersten Wochen nach der Impfung, sondern auch im Hinblick auf Langzeitfolgen erwiesen sein.

Bei summarischer Prüfung sind diese Voraussetzungen zum jetzigen Zeitpunkt entweder klar zu verneinen oder im Hinblick auf noch fehlende empirische Erkenntnisse nicht mit Gewissheit zu bejahen oder zu verneinen: Da es auch und gerade bei den meisten Risikogruppen nach derzeitigem Wissenstand keine Kontraindikationen für eine Impfung zum Selbstschutz gibt (insb. können und sollen sich auch ältere und vorerkrankte Personen nach Aussage des RKI/der STIKO impfen lassen),⁹ ist eine Bedrohungslage, die eine Impfpflicht rechtfertigen würde, eher zu verneinen. Ob die Impfstoffe Infektionen und die Weitergabe des Virus verhindern, ist zurzeit nicht erwiesen.⁹ Dasselbe gilt für die Frage, für wie lange eine Impfung ihre Schutzwirkung entfaltet. Im Hinblick auf die Nebenwirkungen stehen durchaus erhebliche, nicht nur geringe Nebenwirkungen im Raum.¹⁰ Langzeitstudien gibt es wegen der vergleichsweise kurzen Zulassungsphasen bisher nicht, so dass keine Aussagen über mögliche Spätfolgen der Impfungen möglich sind.¹¹

Sie weist in ihrem Fazit ferner darauf hin, dass es die Aufgabe des Staates sei, die Freiwilligkeit der individuellen Impfscheidung zu gewährleisten.

Genau diese ist hier aber gerade durch den Staat bedroht. Der Antragsteller möchte sich nicht impfen lassen und hat somit bei der herrschenden Rechtslage lediglich die „Wahl“, sein Studium abzubrechen oder sich entgegen seinem ausdrücklichen Willen impfen zu lassen, da er sich die Tests nicht leisten kann. Eine Impfung lehnt er indes ab, sodass letztlich nur der Studienabbruch oder der Verzicht auf einen Teil seiner Lehrveranstaltungen bliebe.

Vor dem Hintergrund, dass ausschließlich an Hochschulen keine Selbsttests zugelassen sind, dem Antragsteller vom Sekretariat der Hochschule mitgeteilt wurde, dass man es ohnehin nicht so gerne habe,

wenn jemand nur getestet und nicht geimpft sei und unter Berücksichtigung des allgemeinen, geradezu feindseligen Klima (satt vieler: <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/mehrwirtschaft/impfpflicht-von-leopoldina-forscher-armin-falk-gefordert-17460074.html>) gegenüber Menschen, die von ihrem Recht Gebrauch machen, eine Impfung gegen Covid abzulehnen, ist davon auszugehen, dass diese Regelkonstruktion gewählt wurde, um auf Studierende Druck für die Impfung auszuüben.

Dass damit genau jene Gruppe am härtesten getroffen wird, die während der gesamten Pandemie quasi unsichtbar war und über die niemand – anders als über Schüler*innen – öffentlich gesprochen hat, ist besonders betrüblich.

Die Unterzeichnerin ist selbst auch Lehrende und hat nunmehr Studierende, die in das vierte Semester kommen und noch nie die Universität oder Hochschule von innen gesehen haben. Wieviel Leben, Erfahrungen und Wissen den Studierenden entgangen ist, dürfte den hiesigen Richter*innen ebenso schmerzlich bewusst sein, wie der Unterzeichnerin.

Jetzt „dürfen“ die Studierenden endlich an die Hochschulen – die im Übrigen als einzige Einrichtungen während der Pandemie bislang noch nie geöffnet hatten – aber der Preis ist hoch. Wörtlich und im übertragenen Sinne.

Für den Antragsteller zu hoch.

Warum mahnen die Hochschulen und Studierendenvertretungen die Misstände nicht lautstark an? In den Hochschulleitungen finden sich diesselben Streitpunkte wieder, wie es sie in der Gesellschaft gibt, sodass eine gemeinsame Positionierung offenbar nicht möglich ist und daher geschwiegen wird.

Erschütternd ist die Stellungnahme von Jonathan Dreusch, Vorstandsmitglied des Freien Zusammenschluss von Student*innenschaften, er fordert sogar 2G bei Präsenzveranstaltungen und damit den Ausschluss von Menschen, die sich nicht impfen lassen möchten (<https://www.rnd.de/beruf-und-bildung/corona-und-studium-was-bedeutet-die-3g-regel-fuer-studierende-SMMOF55LN5FY5HEBG2U6XGI3P4.html>).

Grundrechtsschutz bedeutet schon immer insbesondere auch Minderheitenschutz.

Der Antragsteller ist im Übrigen bei weitem kein Einzelfall. Die Unterzeichnerin bekam zahlreiche Anfragen aus ganz Deutschland zu diesem Thema und auch auf twitter wird es „diskutiert“:

Prof. Patzig
@PatzigProf

...

Telefon steht nicht still.
Lauter verzweifelte Studis wegen 3G und Kostenpflicht
ab Montag.
Es nervt.

12:14 nachm. · 8. Okt. 2021 · Twitter Web App

4 Retweets 2 Zitierte Tweets 98 „Gefällt mir“-Angaben





Kilian Löser @LoeserKilian · 8. Okt. ...

Antwort an @PatzigProf

Dabei gibt's so einen einfachen Weg raus. 🤔

Mitleid für Sie.

Nicht für die Studenten.



1



3



metrixon @metrixon · 8. Okt. ...

Das Problem ist, dass der Weg eben nicht so einfach ist, wenn man

Bedenken hat. Die Überheblichkeit, mit der so getan wird, als habe die

Impfung überhaupt keine Nebenwirkungen und man solle sich mal nicht so

anstellen, nervt und hilft keinem.

Und das sage ich als Geimpfter.



1



23



Antworten anzeigen

https://twitter.com/PatzigProf/status/1446418715235569675?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Etweet

Auch der Merkurist berichtete am 14.09.2021 über die Problematik (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„Eigentlich wollte Maxim Laborenz an der Johannes Gutenberg-Universität (JGU) Physik studieren. Doch nun befürchtet er, dass ihm das teuer zu stehen kommen kann. Denn alle, die weder geimpft noch genesen sind, müssen ein negatives Testergebnis vorweisen, wenn sie eine Veranstaltung besuchen. „Wenn ich jeden Tag mindestens eine Präsenzveranstaltung besuchen würde, wäre ich jeden Tag testpflichtig, also würden mich entweder jede Woche fünf Schnelltests oder zwei PCR-Tests erwarten, da Schnelltests für 24 Stunden und PCR-Tests für drei Tage gültig sind“, so Laborenz.

Nun weiß er nicht, wer für die Kosten der Tests aufkommen wird. Das Studierendenbüro der JGU habe er innerhalb der vergangenen zwei Wochen bereits mehrfach kontaktiert, jedoch bislang keine Rückmeldung erhalten. Für einen Corona-

Schnelltest zahlt der Bund momentan zwischen 10 und 20 Euro, für PCR-Tests fallen etwa 45 Euro an. Jedoch kann es sein, dass die Preise nach Ende der kostenlosen Tests steigen werden, wenn die Testzentren schließen und so das Angebot kleiner wird. „Völlig unbezahlbar für mich, sofern ich nicht parallel Vollzeitarbeit aufnehmen“, so Laborenz.

Das Bundesprojekt „Testen für alle“, das die Kosten eines Tests in den offiziellen Schnellteststellen übernimmt, gilt noch bis zum 11. Oktober, läuft also eine Woche vor dem Start des Wintersemesters aus. „Danach müssen Nicht-Geimpfte ihre Testkosten selbst tragen, sofern sie nicht eine Bestätigung haben, dass eine Impfung nicht möglich ist“, teilt Pauline Kopf von der Pressestelle des Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit (MWG) mit. Wer also keine medizinischen Gründe vorlegen kann, muss dann, anders als etwa in Bayern, die geforderten Tests selbst zahlen.

Ob an den Universitäten Teststationen eingerichtet werden, entscheiden die Unis selbst, so Kopf. „Einzelne Hochschulen hatten mit Trägerinnen und Trägern teilweise die Einrichtung von Teststationen vereinbart.“ Die Mainzer Universität sei gerne bereit, interessierten Betreibern von Testzentren Räumlichkeiten auf dem Campus bereitzustellen, sagt Petra Giegerich, Pressesprecherin der JGU. Zudem werde es zu Vorlesungsbeginn erneut ein Impfangebot auf dem Campus geben.

Laut dem MWG gelte die 3G-Regelung künftig für alle Lehrveranstaltungen vor Ort, nicht jedoch beim Betreten der Gebäude oder anderer Einrichtungen der Hochschulen. Ob die Testpflicht tatsächlich eingehalten wird, müsse die Hochschule vor Ort überprüfen. An der JGU sei ein zentral organisierter Sicherheitsdienst für die Kontrollen zuständig, ist von Seiten der Universität zu erfahren. In Stichproben werde die Einhaltung der

3G-Regeln überprüft. Als Nachweis gelte ein entsprechendes Zertifikat eines negativen PoC-Antigen-Test, durchgeführt von geschultem Personal. „Bei Verstößen gegen die 3G-Regel, das heißt, wenn Teilnehmende kein entsprechendes Zertifikat vorweisen können, nutzt die Johannes Gutenberg-Universität Mainz alle Möglichkeiten des Hausrechts“, so Giegerich. Bei einem einmaligen Verstoß bedeute das insbesondere, dass ein Platzverweis ausgesprochen werde. „Die Veranstaltung und das Gebäude sind unverzüglich zu verlassen.“

Wie viele der Studierenden sich nun tatsächlich regelmäßig testen lassen müssen, kann das Ministerium nicht genau sagen. Umfragen an einigen Universitäten zum Impfstatus hätten aber „sehr hohe Impfquoten“ ergeben. Allein bei den Sonderimpfaktionen an sechs rheinland-pfälzischen Hochschulstandorten seien 12.000 Erst-Impfungen durchgeführt worden - wobei auch Personen über 27 Jahren und Mitarbeiter unabhängig von ihrem Alter eingeladen waren.

Unterdessen wirbt die Universität weiter für Impfungen. In einem Schreiben des Fachbereichs Rechts- und Wirtschaftswissenschaften an die Studierenden heißt es etwa: „Niemand kann ernsthaft bestreiten, dass die Gefahren einer Erkrankung, die in Ihrer Generation im Vergleich zu unserer statistisch geringer sein mögen [...] um ein Vielfaches größer sind als die mit einer Impfung verbundenen minimalen Restrisiken“, so die Verfasser des Schreibens, Dekan Prof. Dr. Roland Euler sowie Prodekan Prof. Dr. Volker Erb. Wer sich impfen lasse, schütze dabei sowohl seine eigene Gesundheit als auch die seiner Mitmenschen. „Denken Sie außerdem daran, welcher lästiger Aufwand Ihnen erspart bleibt, wenn Sie als Geimpfte von den Testpflichten befreit sind.“

https://merkurist.de/mainz/semesterstart-3g-an-universitaeten-wer-zahlt-die-verordneten-corona-tests_FpQ

Kritik kommt auch von der GEW:

„Pooths Stellvertreterin Sabine Kiel sagte: "Ein Eintrittsgeld darf es an den Hochschulen nicht geben." Umfragen der GEW zufolge habe sich die finanzielle Lage vieler Studierender seit Beginn der Pandemie ohnehin weiter verschlechtert.“

https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/hannover_wesser-leinegebiet/GEW-lehnt-Impf-Armbaender-an-Hannovers-Hochschulen-ab,armbaender100.html

Abgesehen davon, dass keine Überlastung der Intensivstationen droht und es diverse individuelle Schutzmöglichkeiten gibt, liegt es auf der Hand, dass die hier angefochtene Maßnahme für den Antragsteller keine Wirksamkeit entfalten kann, da ihn diese unverhältnismäßig belastet. Der Ordnungsgeber hätte hier *jedenfalls* Selbsttests – die dann natürlich von den Hochschulen auch zu ermöglichen wären – zulassen müssen.

6. Schlussbemerkung

In der Corona-Politik wurden zahlreiche Entscheidungen getroffen, die Menschen in prekären Lebenssituationen besonders belastet haben. So waren Quarantänepflichten als Kontaktpersonen für Menschen in beengten Wohnverhältnissen ebenso unzumutbar wie monatelanges Home-Schooling für Kinder aus weniger privilegierten Haushalten.

Auch Hans-Jürgen Papier, der abschließend nochmal zu Wort kommen soll, mahnte das fehlende Augenmaß der Exekutive im vorgenannten jüngsten Interview an:

„Das Vertrauen in die Handlungsfähigkeit des Staates und die Rationalität seiner Entscheidungen ist im Laufe der Zeit erschüttert worden. Es wurde nicht generell, aber doch teilweise ziemlich irrational, widersprüchlich, kopflos und im Übermaß reagiert. Manche Entscheidungen waren fast absurd oder schlicht nicht durchsetzbar, nehmen Sie nur die unkontrollierbaren Aufenthaltsbeschränkungen in Privatwohnungen. Wenn das Recht aber nur auf dem Papier steht und gar nicht durchsetzbar ist, ist das Gift für einen freiheitlichen Rechtsstaat.“

<https://www.welt.de/politik/deutschland/plus234193236/Hans-Juergen-Papier-Vertrauen-in-Handlungsfahigkeit-des-Staates-erschuettert.html>

Dass der Staat die Ausübung von Freiheitsrechten von dem Nachweis eines Gesundheitszeugnisses abhängig macht, ist bereits gravierend – und spätestens jetzt auch rechtswidrig – genug, dass er aber nunmehr von seinen Bürger*innen auch noch verlangt, diesen Nachweis, den er fordert so sie sich nicht für die Impfung entscheiden, selbst zu zahlen, ist perfide. Der Antragsteller nimmt hier keine freiwillige Dienstleistung in Anspruch, sondern er wird dazu vom Staat gezwungen, da er andernfalls nicht in seine Vorlesungen darf. Wieso sollte er dafür auch noch selbst bezahlen?

Im Übrigen ist vor dem Hintergrund, dass Milliarden über Milliarden (das Handelsblatt spricht von 1,32 Billionen Euro <https://www.handelsblatt.com/politik/deutschland/rekord-neuverschuldung-1-32-billionen-euro-corona-schulden-und-kein-ende-in-sicht-so-teuer-wird-die-krise-fuer-deutschland/27034064.html?ticket=ST-10995889-10s5QYMAO2iHrmWq1waJ-ap2>) für die Corona-Maßnahmen bislang ausgegeben wurden, das „Argument“ der Kostenbelastung für den Staat für die paar wenigen Tests, die er noch bezahlen müsste, wahrhaft lächerlich.

Das hat auch Österreich erkannt und daher sich von den ursprünglichen Plänen, die Tests ebenfalls ab Oktober kostenpflichtig zu machen, abgewandt. Die Tests bleiben bis März 2022 kostenfrei (<https://www.finanzen.net/nachricht/aktien/oesterreich-haelt-vorerst-an-kostenlosen-corona-tests-fest-10590104>).

Dieser Tiefpunkt an sozialer Ungerechtigkeit darf nicht bestehen bleiben, weshalb abschließend um antragsgemäße Entscheidung gebeten wird.

IV.

Da aufgrund der prekären finanziellen Situation des Antragstellers effektiver Rechtsschutz zu versagen droht und eine frühere Antragstellung aufgrund dessen, dass erst seit dem 08.10.2021 am späten Nachmittag bekannt wurde, dass die Verordnung, die am 10.10.2021 ausgelaufen wäre, unverändert verlängert wird, nicht möglich gewesen ist, wird beantragt,

1. dem Antragsgegner eine Frist zur Stellungnahme bis längstens zum 13.10.2021 einzuräumen und
2. die Antragstellerin über die seitens der Kammer erfolgte Fristsetzung in Kenntnis zu setzen.

Die Frist ist angemessen, da der Antrag nicht nur aufgrund des **evident milderen Mittels des Selbsttest** offensichtlich begründet ist, sondern auch bewusst knappgehalten wurde und andernfalls fachgerichtlicher Rechtsschutz kaum mehr zu erlangen wäre.

Diesseits wird zudem zugesichert, binnen 24 Stunden nach Übermittlung der Stellungnahme abschließend zu replizieren.

Jessica Hamed
Rechtsanwältin.