

Verfassungsgerichtshof
Freyung 8
1010 Wien



**FORSTHUBER
& PARTNER**

RECHTSANWÄLTE

G 76/2021 (EpiG), **G 78/2021** (MG), **V 98/2021** (SchMaV), **V 99/2021** (WN)

- Antragsteller:**
1. Gastronom, Unternehmer
Niederösterreich
 2. Beautysalon, Unternehmerin
Niederösterreich
 3. „Gastronomie/Freizeit-GmbH“
2700 Wiener Neustadt
 4. Trafikant, Unternehmer
Niederösterreich
 5. Sportverein
Niederösterreich
 6. Pensionistin
Niederösterreich
 7. Pensionist
Niederösterreich

Wiener Straße 80
A-2500 Baden bei Wien
kanzlei@forsthuber.at
+43 2252 86 3 66, Fax DW 2

RECHTSANWÄLTE
Dr. Gottfried Forsthuber
Mag. Gottfried Forsthuber

RECHTSANWALTS-
ANWÄRTER
Mag. Philipp Schada

AKTUELLE
RECHTSNEWS

Jede Woche neu auf
FragDenAnwalt.at
& forsthuber.at

UNSER ANGEBOT
Unternehmensrecht & -gründungen
Gesellschaftsrecht
Arbeitsrecht
Gewährleistung, Schadenersatz &
Zivilrecht allgemein
Strafrecht
Immobilien-, Miet- & Wohnrecht
Hausverwaltungen
Kaufverträge & Treuhandschaften
 Eintreiben von Forderungen
 Verwaltungsrecht
 Verfassungsrecht
 Familienrecht & Erbrecht
 Testamente
 Sport- & Vereinsrecht
 Insolvenzrecht

UNTERSTÜTZUNG
bei Causen mit Bezug
zu Spanien oder Ungarn

vertreten durch: Forsthuber & Partner Rechtsanwälte
Wiener Straße 80
A-2500 Baden bei Wien
Prozess- und Geldvollmacht erteilt
(§ 30/2 ZPO iVm § 35/1 VfGG; § 8 RAO)

Belangte Behörde: Bundesminister für Soziales, Gesundheit,
Pflege und Konsumentenschutz
Stubenring 1
1010 Wien

Sachgebiet: Gesundheitsrecht

wegen: Epidemiegesetz 1950 in StF: BGBl. Nr. 186/1950, idF BGBl. Nr.
33/2021:
§ 1 Abs 1 Z 1 (WF „MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome
Coronavirus/„neues Corona-Virus““); § 4 Abs 4 Z 3 (WF „sofern für die
Zwecke des Abs. 2 erforderlich auch negative Testergebnisse auf SARS-

CoV-2“), **Abs 6** (WF „und aktuell abgelaufene“), **Abs 15** (in eventu WF „Der für das Gesundheitswesen zuständige Bundesminister hat durch Verordnung Details dieser Meldungen festzulegen. Sofern diese Informationen aus fachlicher Sicht zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie erforderlich sind, kann dabei festgelegt werden, dass auch negative Testergebnisse auf SARS-CoV-2 zu melden sind.“), **Abs 18** (in eventu WF „und aktuell abgelaufene“ sowie „und aktuell abgelaufenen“), **Abs 21; § 5a** (Abs 1 Z 1 und 2; Abs 2; Abs 3; Abs 4; Abs 6; Abs 7; Abs 8); **§ 5b** (Abs 2; Abs 3; Abs 5, Abs 6); **§ 5c** (Abs 1 Z 1, Z 5, Z 8; Abs 2 (in eventu WF „von Abs. 1 Z 8“); Abs 3; Abs 4); **§ 15** (Abs 2 Z 5 (in eventu WF „und aktuell abgelaufene“); § 15 Abs 9 (WF „Zudem kann bestimmt werden, dass dem Veranstalter zum Beginn der Veranstaltung der Nachweis vorzuweisen und für die gesamte Dauer der Veranstaltung für eine allfällige weitere Überprüfung durch den Veranstalter oder für eine Überprüfung durch die Behörde bereitzuhalten ist. Zu diesem Zweck ist der Veranstalter im Rahmen der Eingangskontrolle zur Ermittlung von personenbezogenen Daten berechtigt. In diesem Zusammenhang ist der Veranstalter auch berechtigt, die Identität des Teilnehmers festzustellen. Eine Aufbewahrung des Nachweises und des Identitätsnachweises ist unzulässig.“); **§ 27a** (WF „Jedenfalls als geeignet gelten Personen, die ihren Beruf bzw. die Tätigkeiten des Sanitäters in Einrichtungen gemäß § 23 Sanitärer Gesetz, BGBl. I Nr. 30/2002, ausüben.“); **§ 28d** (Abs 1 WF „auch ohne ärztliche Anordnung“, Abs 2 WF „nicht ohnedies“); **§ 43a** (Abs. 4); **§ 50 Abs 10** (WF „§§ 5a und 5b“ sowie „§15, § 27a“); **§ 50 Abs 11** (WF „§ 5a, 5b und“); **§ 50 Abs 14** (WF „§ 5a Abs. 5, § 15 Abs. 1 und Abs. 2 Z 4 und 5, § 15 Abs. 5 bis 8,“ sowie „§43a“); **§ 50 Abs 17** (WF „§ 5a Abs. 1 und Abs. 6, § 5b Abs. 3 Z 1, § 5c samt Überschrift, § 15 Abs. 3,“ sowie „§ 28d samt Überschrift“); **§ 50 Abs 18** (WF „§ 5a Abs. 1, 2, 3, 7 und 8, § 5b Abs. 3, § 5c Abs. 2, § 15 Abs. 2 und 9“, sowie „§ 15 Abs. 2 Z 5 und § 15 Abs. 9 treten mit Ablauf des 31. Dezember 2021 außer Kraft.“); **§ 50 Abs 19** (WF „15, 18“, sowie „§ 15 Abs. 2 Z 5 und Abs. 9“, sowie „§ 28d in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 33/2021“); **§ 51 Z 1 und Z 2.**

COVID-19 Maßnahmengesetz, StF: BGBl. I Nr. 12/2020, idF BGBl. I Nr. 33/2021, zur Gänze in eventu **§ 1 Abs 5 Z 1, Z 2, Z 3, Z 5** (Z 5 WF „Ein Nachweis ist bei einem negativen Testergebnis auf SARS-CoV-2, bei einer ärztlichen Bestätigung über eine erfolgte und aktuell abgelaufene Infektion oder bei einem positiven Antikörpertest auszustellen. Ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 kann auch im Rahmen einer vom Inhaber bzw. Betreiber veranlassten Testung erlangt werden; § 5a Abs. 8 Satz 5 bis 7 des Epidemiegesetzes 1950 gilt sinngemäß.“, in eventu WF „und aktuell abgelaufene“); **§ 1 Abs 5a, Abs 5b, Abs 5c** (Z 1 und Z 2); **§ 1 Abs 7** (Z 4 WF „durchgeführte SARS-CoV-2-Tests samt Positivrate“); **§ 1 Abs 8; § 2 Abs 1** (WF „gemäß § 1 Abs. 7“); **§ 3; § 4** (Abs 1 Z 2, Abs 2 Satz 1, WF „In einer Verordnung gemäß Abs. 1 kann entsprechend der epidemiologischen Situation festgelegt werden, in welcher Zahl und zu welcher Zeit oder unter welchen Voraussetzungen und Auflagen diese Orte betreten und befahren werden dürfen.“); **§ 5; § 7; § 8; § 11; § 12 Abs 2** (WF „gemäß § 3“), **§ 12 Abs 8** (WF „§ 1 Abs. 5, 5a bis 5c, § 8 Abs. 6“); **§ 12 Abs 9.**

4. COVID-19-SchuMaV) StF: BGBl. II Nr. 58/2021 idF BGBl. II Nr. 111/2021 zur Gänze, in eventu **§ 1, § 2, § 3** („und eine Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine äquivalente bzw. einem höheren Standard

entsprechende Maske zu tragen“, in eventu WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); **§ 4 Abs 1** (WF „Zusätzlich ist eine Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine äquivalente bzw. einem höheren Standard entsprechende Maske zu tragen.“, in eventu WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); **§ 5** (Abs 1 Z 1, Abs 1 Z 2 WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“; Abs 3 Z 1); **§ 6 Abs 2 Z 1**; **§ 6 Abs 2**; **§ 6 Abs 4 Z 3**, **Abs 4** (WF vorletzter Satz „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“), letzter Satz: „Der Nachweis über einen negativen Antigen-Test auf SARS-CoV-2 oder einen negativen molekularbiologischen Test auf SARS-CoV-2 ist gegenüber dem Arbeitgeber vorzuweisen und für die Dauer von sieben Tagen bereitzuhalten“; **§ 6 Abs 6 Z 1**; **§ 6 Abs 7**; **§ 7** (Abs 1; Abs 5 Z 1 (WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); **§ 8 Abs 1**; **§ 8 Abs 4**; **§ 9** (Abs 1); **§ 12** (Abs 1); **§ 13** (Abs 1; Abs 3 WF „Abs 1“; Abs 4 letzter Satz WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil oder eine“ sowie WF „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard“); **§ 19 Abs 1** WF „§ 2“; **§ 19 Abs 1 Z 3**, **§ 19 Abs 2** WF „Atemschutzmaske der Schutzklasse FFP2 (FFP2-Maske) ohne Ausatemventil, oder einer“ sowie die Wortfolge „mit mindestens gleichwertig genormtem Standard oder den Mund- und Nasenbereich abdeckenden und eng anliegenden mechanischen Schutzvorrichtung oder den Mund- und Nasenbereich abdeckenden mechanischen Schutzvorrichtung“; **§ 20**; **§ 21**; **§ 25 Abs 2** WF „§ 5 Abs 1“ WF „Abs 7 und“, WF „§ 13 Abs 7 und 8“, **Abs 3** WF „§ 2 Abs. 2, § 5 Abs. 1 Z 3, § 6 Abs. 6 und 7, § 7 Abs. 2 Z 2“, **Abs 4** WF „§ 5 Abs. 3 Z 1, § 6 Abs. 6 Z 1“, **Abs 5**.

Belangte Behörde: Bürgermeister der Statutarstadt
Wiener Neustadt
Hauptplatz 1-3
2700 Wiener Neustadt

wegen: **Hochinzidenzgebietsverordnung der Statutarstadt Wr. Neustadt (Bürgermeister der Stadt Wiener Neustadt) vom 09.03.2021** zur Gänze, in eventu n § 2 Abs 2 WF „in den letzten sechs Monaten vor der vorgesehenen Testung erfolgte und zu diesem Zeitpunkt aktuell“ sowie die Wortfolge „und aktuell abgelaufene“.

Urkundenerklärung

3-fach

A. Urkundenerklärung; ergänzendes Vorbringen

I. Vorbemerkungen

Zur leichteren Übersicht wurde das Vorbringen in einen rechtlichen („Replik“) und in einen inhaltlichen Teil untergliedert. Mit dieser Urkundenerklärung ist auch ein ergänzendes Vorbringen verbunden.

Zunächst ist das Bemühen der belangten Behörde anzuerkennen, erstmals im Rahmen eines Normenkontrollverfahrens iZm der Pandemie eine Begründung für ihr Vorgehen zu finden.

Leider weisen die einzelnen Urkunden in unterschiedliche Richtungen und geben mit anderen Worten den Standpunkt der belangten Behörde wieder. Quellenangaben fehlen größtenteils. Angaben darüber, wer die zu Grunde gelagten epidemiologischen, immunologischen, et al. Annahmen aufgestellt hat und wie diese belegt werden, fehlen weitestgehend. Studien bzw. Erhebungen, die in eine andere Richtung (etwa in jene, die von den ASt vertreten werden) sind nicht zu finden und wurden auch nicht vorgelegt.

Die **Beilagenbezeichnung** hat durch die belangte Behörde nicht stattgefunden. Die Dateinamen wurden in ihrer Äußerung hineinkopiert. Da diese Beilagen bereits in anderen Verfahren genutzt wurden, wurden diese aus Vereinfachungsgründen mit der alten Beilagenbezeichnung vorgelegt. So ergibt sich eine nicht zu durchschauende Nummerierung und fällt es zudem schwer die einzelnen – in Papierform übermittelten – Beilagen den einzelnen „Bezeichnungen“ in der behördlichen Äußerung zuzuordnen.

Etwas konsequenter ist das BKA (durchnummerierte Beilagen von 1 bis 23). Allerdings hat auch das BKA keine konkrete Bezeichnung direkt auf den Beilagen vorgenommen, weshalb in einzelnen Fällen geraten werden muss, ob das übermittelte Dokument auch jenes ist, das vom BKA gemeint ist. Denn auch das BKA hat offenbar die Dateinamen in ihre Äußerung hineinkopiert, aber immerhin durchnummeriert.

Die Sache wird zudem dadurch erschwert, da belangte Behörde und BKA idente Beilagen übermittelt haben, womit die ASt nur mehr vermuten können, was ihnen vorliegt und was nicht.
--

Im Folgenden wird der Beilagenbezeichnung des BKA gefolgt, da dieses die vollständigere zu sein scheint. Doch auch diesbezüglich liegen nicht alle Urkunden vor. Im Einzelnen:

II. Vorhandene Urkunden?

1. Nicht vorhanden, xx

2. xx

3. Fachlicher Input VfGH Verfahren, BMSGPK

Ad S2 – Krisenstab Covid-19, BMSGPK, Version 1.3 / 23.04.2021, Fachlicher Input zum VfGH Verfahren

Dieser fachliche Input bringt den wissenschaftlichen Meinungsstand der belangten Behörde zusammengefasst wieder. Das Dokument leidet bedauerlicherweise an zahlreichen formalen Schwächen, indem etwa die Quellenangaben äußerst schütter sind und die Nachvollziehbarkeit der einzelnen Aussagen nur bedingt gegeben ist.

So etwa ist bei 1.1.2. (bei Beschreibung des Erregers) festzuhalten, dass COVID-19 erstmals 2019 in der Metropole Wuhan, China festgestellt wurde und sich weltweit zu einer Pandemie ausgebildet hätte. Dieses Virus wurde zu keinem Zeitpunkt im Labor angezüchtet, sondern lediglich sequenziert. Und dieses sequenzierte Virus war dann jenes Virus, auf dessen Grundlage der PCR-Test etc. entwickelt wurde. Der PCR-Test hat allerdings nur kurze bzw. kleine Sequenzen aus diesem Virus selektiert. **An dieser Stelle muss auf das bereits umfassende Vorbringen verwiesen werden, wonach die verwendeten Tests auch positiv bei bereits im Europa vorhandenen Betacoronaviren positiv anschlägt. Es ist daher in keiner Weise bestätigt und belegt, dass es sich bei jenen Viren, die in Wuhan zu schweren bzw. tödlichen Krankheitsverläufen geführt haben, auch um jene Viren handeln, die zum positiven Testausfall in der ganzen Welt führen.** Einen Kausalzusammenhang zwischen dem, was den Test positiv werden lässt und das, was zu den schweren Verläufen in den Kliniken Wuhan geführt hat ist, ist nicht bewiesen.

Was die auf Seite 2, letzter Absatz geschilderten schweren Krankheitsverläufe anbelangt, sind sie für zahlreiche Coronaviren beispielgebend, wenn diese Viren in das Blut gelangen. Insbesondere die bei Coronaviren vorhandenen Spikeproteine haben eine sehr toxische Relevanz (Bildung von Mikrothromben; Thrombose und

Gefäßwandschäden). Diese schweren Verläufe sind zum Glück sehr selten, da die Erreger in den oberen Atemwegen abgefangen werden und nur sehr selten in das Blut gelangen.

Betreffend der Langzeitfolgen (von der belangten Behörde auch gelegentlich als „Long-COVID“ bezeichnet) ist festzuhalten, dass es sich hierbei offensichtlich um ein Mischbild handelt. **Es ist nicht eindeutig nachweisbar, ob dieses Krankheitsbild vom Erreger selbst oder durch die Therapie verursacht wurde** (etwa falsche frühzeitige Beatmung oder Überdosierung von Remdesivir oder andere Medikamente, die zum falschen Zeitpunkt eingesetzt wurden).

Hinzuweisen ist zudem darauf, dass es **bis Dato keine Blindstudien** gibt, die **lege artis durchgeführt wurden**. Es handelt sich ausschließlich um sogenannte „Emergency studies“, die auf einem experimentellen Niveau durchgeführt werden. Diese sind nicht in der Lage zum derzeitigen Zeitpunkt, evidenzbasierte Ergebnisse zu liefern.

Zu den Hauptübertragungswegen ist festzuhalten, dass es treffend sein mag, dass Aerosole längere Zeit in der Luft schweben können, allerdings dann - wenn sie keinen Wirt finden - abfallen und sterben. Es ist zweifellos so, dass insbesondere in der kalten Jahreszeit zahlreiche Viren, dort wo sie Menschen treffen, im Umlauf sind. Allerdings ist stets zu berücksichtigen, ob eine bestimmte Person tatsächlich auch Krankheitssymptome zeigt, im Sinne von Erkältungsanzeichen. **Die Maßnahmen, die bei der Grippe insgesamt empfohlen werden, sind auch bei einzelnen Grippeviren, zu denen die Gruppe der Coronaviren zählt, sinnvoll. Darüber hinaus gehende Maßnahmen sind nicht sinnvoll und wird auf das bereits umfassend vorgebrachte im wissenschaftlichen Teil unter Punkt F verwiesen.**

Wenn diese extensiven Maßnahmen, wie wir sie seit mittlerweile 15 Monaten erleben, tatsächlich sinnvoll wären, wären sie schon früher zur Anwendung gelangt und hätten sich schon bei früheren Studien in der Vergangenheit als sinnvoll erweisen müssen. Das ist allerdings nicht der Fall. **Positive Aussagen zum Schutzeffekt von Masken, Abstand halten etc. werden erst seit Anfang 2020 publiziert. Studien, die einen positiven Effekt dieser Maßnahmen bescheinigen sollen, wurden in Review Berichten durchwegs alles qualitativ minderwertig beurteilt.**

Menschen mit einer beginnenden Atemwegsviruserkrankung, die sich verantwortungslos verhalten, wenn sie sich etwa unkontrolliert niesend und hustend durch eine größere Menge bewegen, können tatsächlich andere Menschen anstecken. Das war bereits in der Vergangenheit bei anderen Grippeerkrankungen schon der Fall. Durch normales Atmen ist das Risiko in näherer Umgebung jedoch minimal.

Betreffend die Übersterblichkeit: Einmal mehr ist festzustellen, dass sämtliche angebliche Übersterblichkeiten von der belangten Behörde ausschließlich auf den Erreger Sars-CoV-2 zurückgeführt werden. Nicht berücksichtigt werden dabei die als gigantisch zu bezeichneten Kollateralschäden, die ebenso Menschenleben gefordert haben; weiters liegt das durchschnittliche Sterbealter mit Corona in der Größenordnung des üblichen Sterbealters in der Bevölkerung. Die **Ausführungen betreffend COVID und Grippe** hinsichtlich deren Ähnlichkeit können von Seiten der Antragsteller insofern nicht geteilt werden, als in diesem Zusammenhang das **untaugliche Testdesign zu einer überdiagnostizierten, sowie die fehlende Kreuzdiagnose zu einer Falschbeurteilung führen**. Ein weiterer zu würdigender Aspekt ist der Umstand, dass die Coronaviren Bestandteil der Grippeviren sind und kann daher eine bestimmte Gruppe nicht aus dieser Gesamtgruppe herausgerechnet werden, was zu einer Verdopplung führen würde.

Betreffend der **Kreuzimmunität** ist festzuhalten, dass auch bei wenig Akuten oder intensiven Krankheitsverläufen es zu einer Langzeitimmunsierung kommen kann und wird diesbezüglich auf das Vorbringen in **Pkt. F.IV.1.b.** „*Immunsierung in einem signifikanten Teil der Bevölkerung*“ (S.97) verwiesen. Betreffend die Immunität ist darauf hinzuweisen, dass **allein das ausschließliche Abstellen auf die Anzahl der Antikörper keine ausreichende Antwort darauf geben kann, ob eine bestimmte Person immun gegen einen Erreger ist oder nicht. Je besser die Immunität ausgebildet ist, desto weniger ist die Antikörperbildung gefordert.**

Betreffend Virusvarianten wurde bereits zu anderen Beilagen und Urkunden erklärt und wird auch hier neuerlich auf das Vorbringen in **Pkt. F.IV.1.c.** „*Mutationen und Varianten*“ (S.105) verwiesen. Betreffend die asymptomatische Transmission bzw. Übertragung der Sars-CoV-2 Viren wird auf die Urkundenerklärungen zu Nr 31. (ECDC, 08.04.21, in diesem Dokument Pkt. 31). verwiesen; dies zur Vermeidung von Wiederholungen.

Die auf Seite 12 dargestellte **Grafik des RKI** kann im Grunde genommen auf zwei Kreise reduziert werden, nämlich auf die Expositionsfaktoren und die Abwehrfunktion der Wirte. Angaben wie Enge des Haushaltseinkommens etc. oder Pflegeheim oder ähnliches wirkt sich eben auf die Exposition auf, es sei denn man wollte das Pflegeheim ebenfalls als immunschwächend betrachten.

Was den **physischen Abstand bzw. Abstandsgebot** anbelangt, so ist dies gegenüber Personen mit deutlichen Erkältungsanzeigen sicherlich eine sinnvolle Hygienemaßnahme. Diesbezüglich verweisen die Antragsteller auf die bekannten und üblichen Präventionsmaßnahmen bei der Grippe.

Zu den PCR-Tests und Anti-Gen basierten Diagnosen: Man kann mit diesen Tests nichts zum Erreger an sich sagen, sondern man kann mit dem Test nur sagen, dass Teile des Erregers gefunden wurden. Das bedeutet, dass etwa abgestorbene und inaktive Teile des Virus nachgewiesen werden, ohne, dass die Person an irgendwelchen Symptomen leiden würde. Die Kulturfähigkeit des Erregers sinkt bei höherem ct-Wert. Die **vermehrte Anzuchtbarkeit bei niedrigeren ct-Werten sagt nichts über das von den Untersuchten ausgehende Infektionsrisiko aus.**

Betreffend Massentestungen ist festzuhalten, dass es völlig sinnlos ist gesunde Menschen einem Test zu unterziehen. Diesbezüglich wird auf das bisherige Vorbringen verwiesen.

Zum Thema **Freiheitsbeschränkungen bzw. Modellrechnung als Basis** wurde bereits weitwendig vorgebracht und muss darauf verwiesen werden. Festzustellen ist, dass die Modellierer bei zahlreichen Begebenheiten (z. B. um die Osterzeit 2021) eklatante Fehlereinschätzungen getroffen haben. Wenn dann ihre Einschätzungen nicht eingetreten sind, so wird regelmäßig betont, die Maßnahmen seien die Ursachen hierfür. Es kann aber genauso gut sein, dass lediglich der natürliche Verlauf einer Virusverbreitung in der kalten Jahreszeit beobachtet wurde; auch was Mund-Nasen-Schutz und ähnliches anbelangt, muss auf das bisherige Vorbringen verwiesen.

Anmerkung: Diese Beilage wurde dreifach vorgelegt.

4. xx

5. Comparison of the characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19

Ad *Lionel Piroth, Jonathan Cotten et al*, Comparison of the characteristics, morbidity, and mortality of COVID-19 and seasonal influenza: a nationwide, population-based retrospective cohort study, 12.12.2020, [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30527-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30527-0)

In der Studie kommt zum Ausdruck, dass 89.530 Patienten betreffend COVID-19 und 45.819 betreffend Influenza in Frankreich hospitalisiert wurden. Der Erhebungszeitraum für Influenza lag im Beobachtungszeitraum März bis April 2020, wohingegen der Zeitraum für die Influenza Beobachtung im Dezember 2018 bis Februar 2019 gelegen war. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass in den jeweils unterschiedlichen Jahren, das jeweils andere respiratorische Virus nicht beobachtet wurde. **Mit anderen**

Worten: Es könnte differenzialdiagnostisch ausgeblendet worden sein. Daraus ergeben sich auch unterschiedliche Schlussfolgerungen und ist im Allgemeinen festzustellen, dass auch bei COVID-19 Patienten mittlerweile erhöhte Herz-Kreislaufkrankungen und ähnliches festzustellen sind. **Zudem erscheint das Studiendesign an mehreren systematischen Mängeln zu leiden, insbesondere ist keine Vergleichbarkeit zwischen den einzelnen Patientengruppen gegeben, da die Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden.**

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt

6. xx

7. ELSEVIER, cross-immunity between respiratory coronaviruses may limit COVID-19 fatalities

Ad *Ahmed Yaqinuddin*, Cross-immunity between respiratory coronaviruses may limit COVID-19 fatalities, 14.06.2020, <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.110049>

Hierbei handelt es sich um einen Meinungsbeitrag aus Saudi-Arabien. Es hat die niedrige Sterblichkeit an SARS-CoV2 in Asien und dem mittleren Osten zum Gegenstand und deckt sich in Teilen auch mit dem Vorbringen der Antragsteller. In der Zusammenfassung schreibt der Autor, dass in einer vergleichenden Analyse von D-Zellen und T-Zellen SARS-CoV und SARS-CoV-2 sich ein hoher Grad an Homogenität zwischen diesen beiden Viren feststellen lassen konnte.

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

8. BMSGPK, Präzisierung Antikörper

Ad *BMSGPK*, Präzisierung zum „Nachweis auf neutralisierende Antikörper“, 01.03.2021

Es ist in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Antikörper als alleinige Kenngröße für die Immunität gegen eine bestimmte Krankheit nicht Aussagekräftig sind. Diesbezüglich wird auf das Vorbringen auf **S.114, FN.24 (Marc Hellerstein)** verwiesen.

Anmerkung: Dieser Bericht wurde doppelt vorgelegt.

9. Nature, Seroprevalence SARS-CoV-2

Ad Aziz, Corman, Drosten et al, Seroprevalence and correlates of SARS-CoV-2 neutralizing antibodies from a population-based study in Bonn, Germany, <https://doi.org/10.1038/s41467-021-22351-5>

Die Ausführungen in diesem Beitrag sind inhaltlich nicht zu folgen; angesichts der gewichtigen Gegenposition, die in **(FN.5, S.90, S.228)** dargestellt wurde.

Anmerkung: Diese Beilage wurde dreifach vorgelegt. Allein durch die Anzahl der vorgelegten Exemplare wird diese aber nicht Aussagekräftig.

10. RKI, Bericht Virusvarianten

Ad RKI, Aktualisierter Bericht zu Virusvarianten von SARS-CoV.2 in Deutschland, insbesondere zur Variant of Concern (VOC) B.1.1.7, 24.03.2021

Dieser Bericht vom 24. März 2021 lässt etwa auf Seite 10 ein ähnliches Ergebnis erkennen, wie es auf die Oxford-Studie zu Tage gefördert hat (FN.30, S.105). Mit steigendem Verlauf (beim RKI war der Betrachtungszeitraum die KW 11, 2021) steigert sich der Anteil der Virusvariante im Vergleich zur Ursprungsvariante. In der genannten KW 11 lag die Verbreitung in Deutschland bei 34 %. Die Ausführungen auf Seite 3, wonach die Verbreitung der Virusvariante B.1.1.7. (britische Variante) besorgniserregend sei, da diese ansteckender wäre, ist nicht zu teilen. Eine „Ansteckungsgefahr“ im Sinne von Übertragbarkeit ist nicht entscheidend, ob eine Person tatsächlich auch erkrankt ist. Wie bereits vorgebracht besteht ein Unterscheid, ob eine Person lediglich von einem Virus kontaminiert oder auch tatsächlich infiziert ist. Alleiniger Träger eines Virus zu sein, macht die betreffende Person nicht schon alleine deswegen zu einer erkrankten Person. **Dieser grundlegenden sprachlichen Verwirrungen trägt das RKI seit Beginn der Pandemie in erheblichen Maße mit.**

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

11. Nature, Fast-Spreading COVID Variant

Ad Ewen Callaway, Fast-Spreading COVID variant can elude immune response, Nature, vo 589, 28.01.2021

Die belangte Behörde legt ein Meinungsbeitrag aus dem Magazin Nature vor, der nahelegt, dass die Virusvariante aus Südafrika eine erhebliche Belastung für das Immunsystem darstelle. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass es sich **hierbei um frühe Studien handelt.** Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist, dass diese

südafrikanische Variante in Südafrika selbst gar nicht so belastend wahrgenommen wurde. Zudem muss an die groß angelegte Oxford-Studie erinnert werden **(FN.30, S.105)**.

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

12. RKI, Epidemiologischer Steckbrief

Ad *RKI*, Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19, 19.04.2021

Diese Beilage mit Stand 19. April 2021 leidet an Schwächen, da zwar eine durchaus erhebliche Anzahl an Quellen angegeben werden, die jedoch nicht die Zusammenfassung an sich nachprüfbar machen. **Überholt ist etwa die Angabe der Risikogruppen im Punkt 15, wenn allein der Faktor Alter als Risiko angesehen wird.**

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

13. WHO, Mask use in the context of COVID-19

Ad *WHO*, Mask use in the context of COVID-19, 01.12.2020

Rundschreiben der WHO vom 1. Dezember 2020. Die WHO schreibt selbst auf Seite 1, das Maskentragen nur ein Teil von einem Bündel an Maßnahmen darstellen könne. Die WHO geht ebenfalls davon aus, dass das Maskentragen allein unwirksam ist, womit sich auch die Effektivität nicht klar bestätigen lässt. Übliche Hygienemaßnahmen, wie wir sie von der Grippe kennen, etwa regelmäßiges Händewaschen, Abstand gegenüber erkrankten (das sind Personen mit Krankheitssymptomen) sind sicher sinnvoll. Darüber Hinausgehendes nicht.

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

14. IDSA, a familial cluster of infection

Ad *Ping Yu, Jiang Zhu et al*, A Familial Cluster of Infection Associated With the 2019 Novel Coronavirus Indicating Possible Person-to-Person Transmission During the Incubation Period, 18.02.2020, DOI: 10.1092/infdis/jiaa077

Bei dieser Studie handelt es sich um eine lediglich sehr kleine Population (eine Gruppe von Menschen, die beobachtet wurden). Der Verweis auf die fast ausschließlich aus China stammenden Publikationen scheint einseitig zu sein.

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

15. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic

Ad *Buitrago-Garcia, Egil-Gany et al*, Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis, 22.09.2020, <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003346>

Bei asymptomatischen Symptomen ist die Person frei von klinischen Symptomen und präsymptomatische Symptome können erst festgestellt werden, sobald Symptome aufgetreten sind, mithin erst in einer Nachschau. Die Kernfrage ist: Sind diese präsymptomatisch oder asymptomatischen ansteckend oder nicht? Die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Symptomen ist wesentlich von der Infektionsdosis beeinflusst. Ein anderes geläufiges Wort ist Erregerdichte oder Viruslast. Erkältungssymptome, die ein Patient zeigt, ergeben sich aus den absterbenden Körperzellen. Sobald Körperzellen absterben, werden auch die darin befindlichen Erreger freigesetzt. Auch hier leidet die Studie an einigen Schwächen, insbesondere, dass die **Kernaussage nicht eindeutig getroffen werden kann**, zumal eine **große Schwankungsbreite von 3 – 67 % in der Vorhersagegenauigkeit gegeben ist**. Diese Schwankungsbreite bezieht sich insbesondere auf die positiv getesteten Personen, die im Durchschnitt 20 % ausmachten. **Zudem kann auch nicht gesagt werden, welche Bedeutung eine angebliche asymptomatische Erkrankung bei diesen 20 % gehabt hat.** Insbesondere ist in diesem Zusammenhang neuerlich darauf hinzuweisen, dass die dringend angezeigte Differenzialdiagnostik mittlerweile ausgeblendet wird und **ausschließlich ein einziger, singulärer Erreger in das Zentrum der Aufmerksamkeit gerückt** ist.

Die Zusammenfassung der genannten Beilage wurde auf Grundlage einer Metastudie getroffen, die erhebliche Schwankungsbreiten aufweist. Demgemäß können auch die daraus gezogenen Schlüsse nicht in ihrer Absolutheit zutreffen.

Diese **Studie enthält zahlreiche systematische Fehler**, wie z.B. den *observation-bias*, den *attention-bias* und insbesondere auch den *publication-bias*. Hintergrund: Wenn in einem Fachbereich publiziert werden möchte, dann braucht es auch den Fokus der Arzneimittelindustrie, so etwa iZm. Tamiflu bei Vogelgrippe bzw. die Influenziervakzine, die jeder Jahr als Grippe Vorsorgeimpfung verkauft werden. Diese werden beobachtet, um den Impfstoff jährlich anzupassen. Mit Corona gibt es ein neues Marktfeld, aus dem sich ergibt, dass der Impfstoff auch jedes Jahr bzw. halbjährlich anzupassen sein wird.

Angesichts der über 100 vergleichbaren saisonalen Atemwegsviren, von deren etwa 20 – 25 in der Routinediagnostik erfasst werden können, lässt sich dieser Markt beliebig ausweiten und das Interesse der Wissenschaftsforschung und Industrie weiterentwickeln.

Generell ist Angst kein guter Ratgeber und wird damit aber offensichtlich Marketing betrieben. Besonders aus epidemiologischer Sicht werden all diese Erreger unter Grippeviren zusammengefasst. Sie werden in der Beobachtung als ARE (akute respiratorischer Erkrankung) oder als ILI (Influenza like illness) bezeichnet; wobei letztere definiert werden als mit Fieber einhergehend. Die Summe dieser Erkrankungen kann immer schwerer wiegen als eine einzelne ARE und die Familie der Coronaviren ist immer nur ein Erreger aus einer Familie von 20 verschiedenen Viren. Von den diagnostizierten Coronaviren macht Sars-CoV-2 lediglich 5 – 15 % aus. Allein diese Zahlen machen deutlich, dass das Abstellen auf einen einzelnen Erreger gesamt betrachtet nicht zweckmäßig und sinnvoll ist.

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

16. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission...

Ad *Byambasuren, Cardona et al*, Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta-analysis

Es handelt sich hierbei um eine Metastudie unbekanntem Datums. Auf Seite 2 im Punkt „Discussion“ wird ausgeführt:

„further robust epidemiological evidence is urgently needed“ = weitere robuste epidemiologische Beweise werden dringend benötigt; dies unter Hinweis auf den zuvor genannten Absatz, wonach eine asymptomatische Übertragung niedriger als bei anderen publizierten Studien ist, aber es trotz allem angezeigt wäre, diese aufmerksam zu beobachten. Die Zusammenfassung steht unter der Voraussetzung, dass ein RT-PCR Test hinreichend Aussage darüber liefern kann, ob eine bestimmte Person tatsächlich infiziert im Sinne von erkrankt ist. Ein lediglich positives Testergebnis wird unter dem Gesichtspunkt dieser Studie bereits als infiziert angesehen, was jedoch – wie schon wiederholt vorgebracht – sachlich einfach nicht stimmt. Das verwendete Testdesign ist darüber hinaus aufgrund aktueller Erkenntnisse (vgl. das Vorbringen im **Pkt F.IV.3**, S.119) Gegenstand starker wissenschaftlicher Kontroversen.

17. xx

18. xx

19. Rechtliche Begründung zur 3. COVID NotMV

Ad BMSGPK, Rechtliche Begründung zur 3. COVID-19-NotMV

Die rechtliche Begründung gibt mit anderen Worten den Verordnungsinhalt wieder und entspricht daher nicht den von Seiten des Verfassungsgerichtshofes herausgearbeiteten Grundsätzen einer rechtsstaatlichen Begründung für behördliches Vorgehen und insbesondere dem Vorgehen eines Verordnungsgebers.

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

20. xx

21. Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Grundprinzipien Mund-Nasen-Schutz

Ad GÖG, Evidenz und Empfehlungsstärke zu den Grundprinzipien Mund-Nasen-Schutz (MNS), Abstand, Hygiene, Quarantäne und reisebezogenen Maßnahmen

Der Autor dieses Dokumentes ist nicht bekannt. **In diesem Dokument werden ältere und jüngere Studien vorgestellt, wobei insbesondere jene aus dem Jahr 2020 vorsichtig positiv für die Maßnahmen der belangten Behörde sprechen, zumindest werden sie so interpretiert.** Die Studien vor dem Jahr 2020 bieten durchwegs keine positive Wirkung von nichtpharmazeutischen Maßnahmen. **Durchgehend ist von Wahrscheinlichkeitsannahmen, Plausibilität und „schlüssigen“ Überlegungen die Rede. Von tatsächlicher Evidenz ist allerdings in diesem Dokument weitestgehend nichts zu bemerken.** Jedes „Ergebnis“ wird mit „möglich“, „wahrscheinlich“ oder „es spricht einiges dafür“ relativiert. An dieser Stelle kommt der wissenschaftliche Diskurs in aller Deutlichkeit hervor, allerdings sind seit 20. November 2020 zahlreiche neue wissenschaftliche Studien veröffentlicht worden, die den Standpunkt der Antragsteller unterstützen und die bereits auch im bisherigen Vorbringen erwähnt wurden. Es handelt sich bei dem in diesem Dokument vorgestellten Studien um eine eher willkürliche Auswahl von Person oder Personengruppe, die das eigene Handeln, nämlich

freiheitsbeschränkende Maßnahmen zu implementieren – rechtfertigen wollen. **Es handelt sich aber gerade um keine ausdifferenzierte, das Meinungsspektrum berücksichtigende Arbeit, womit festzustellen ist, dass die belangte Behörde den festzustellenden Sachverhalt nur in eine Richtung hin untersucht hat.**

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

22. OECD, Health at a Glance 2019

Ad *OECD, Health at a Glance 2019*

Es ist den Antragstellern nicht ganz klar, zu welchem Beweis diese Beilage vorgelegt wurde. Es ist anzunehmen um einen Beleg für das Österreichische Gesundheitswesen zu liefern. Jedenfalls ist auf Seite 9 eine Zusammenfassung zu finden, die auch das Vorbringen der Antragsteller stützt. So ist etwa schon im 1. Punkt dieser Seite 9 zu lesen, dass auch das Jahr 2015 ein besonders schlechtes Jahr war; mit einer in 19 Staaten sinkenden Lebenserwartung. Das bedeutet, dass schon in der Vergangenheit Faktoren zu einer früheren Sterblichkeit geführt haben. Auf Seite 11 wird die Zusammenfassung fortgesetzt und ist zu lesen, dass Staaten sehr viel für ihr Gesundheitswesen ausgeben aber nicht so gut investieren, wie sie es könnten. Auf Seite 13 ist zu lesen, dass in dieser Studie 36 OECD Mitgliedsstaaten auf ihre Schlüsselindikatoren hinsichtlich der Gesundheit der Bevölkerung und das Gesundheitssystem verglichen wurde. Darüber hinaus wurden Drittstaaten ebenfalls berücksichtigt. **Bei einer derart umfangreichen Studie mit 240 Seiten wäre es zumindestens angebracht gewesen konkret darzulegen, welche Kernaussage(n) in dieser Beilage das eigene Vorbringen stützt(en) sollen.**

Anmerkung: Diese Beilage wurde doppelt vorgelegt.

III. Weitere, unbezeichnete Beilagen, bzw. nicht zuordenbare

23. WHO, Diagnostic testing for SARS-CoV-2, 11.09.2020

Ad WHO, Diagnostic testing for SARS-CoV-2, 11.09.2020

Diese Angaben der WHO sind mittlerweile aufgrund der Veröffentlichung vom 21.01.2021 überholt. Auf das diesbezügliche Vorbringen der Antragsteller **(FN.78, S.128)** muss verwiesen werden.

24. „Sachverhalt“

?

Diese nicht näher bezeichnete und nicht mit Seitenangaben versehene Urkunde scheint eine Begründung für die COVID-19 SchuMaV zu sein. Sie fällt etwas umfangreicher aus und stellt tatsächlich die umfangreichste „Begründung“ dar, die die Antragsteller bis dato zu Gesicht bekommen haben. Bedauerlicherweise leidet sie jedoch ebenfalls an der bereits vorhin angeführten Schwäche, wonach diese Begründung nur mit anderen Worten den Verordnungsinhalt wiedergeben und trifft dies auch auf diese Beilage zu. Hier werden zusätzliche Erwägungen angeführt, die allerdings ihrerseits nicht hinreichend begründet und auch nicht nachvollziehbar argumentiert werden, da die Quellen nicht eindeutig bezeichnet werden. Blickt man in die Bibliographie, so kann man nur mutmaßen wer von den genannten Autoren bzw. Institutionen was konkret argumentiert hat und in welchem Kontext.

25. ControlCOVID

Ad ControCOVID, Strategie und Handreichung zur Entwicklung von Stufenkonzepten bis Frühjahr 2021, 19.03.2021, Änderung: Grenzwerte des Indikators Hospitalisierungsinzidenz

Diese aus 4 nummerierten Seiten und einem Anhang bestehende **Beilage steht im Widerspruch zum Vorbringen der belangten Behörde**, wonach der Katalog im § 1 Abs 7 COVID-19-MG lediglich eine beispielhafte Aufzählung wären (der im Übrigen auf Punkt und Beistrich gefolgt wird). In der vorliegenden Beilage befindet sich auf Seite 3, im Punkt 6. ein „Intensitäts-Stufenkonzept“, die noch dazu nicht vollständig in den Normenbestand übernommen wurden. So sind etwa bei der Inzidenz lediglich die hospitalisierten Fälle über 60-Jährigen (!) pro 100.000 gemeint. Gegenwärtig werden jedoch nicht nur über 60-Jährige sondern viel mehr die gesamte Bevölkerung einbezogen. Wer diese Beilage erstellt hat, bleibt unbekannt. Daran angeschlossen ist eine Grafik des RKI samt

Quellenverzeichnis. Woher all diese Angaben kommen und wie sich diese begründen lassen, ist nicht ersichtlich.

26. BMSGPK, österreichische Teststrategie SARS-CoV-2, 17.12.2020

Diese Beilage wurde bereits durch die Antragsteller vorgelegt und wird auf das eigene Vorbringen auf **S.136, FN.88** verwiesen.

27. Eurosurveillance, Corman-Drosten

Ad *Corman/Drosten et al*, Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR, 21.01.2020, <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000045>

Diesem Beitrag widmen sich die Antragsteller bereits intensiv in ihrem Vorbringen und wird in diesem Zusammenhang auf **Pkt F.IV.1**, „*Erste Fehlannahme: Keine Grundimmunität*“ (S.92ff) verwiesen.

28. Österreichische Laboratoriumsmedizin und klinische Chemie

Ad *ÖGLMKC* (Österreichische Gesellschaft für Laboratoriumsmedizin und Klinische Chemie, Labordiagnostik bei Coronavirus SARS-CoV-2, 17.11.2020

Diese Zusammenfassung enthält durchaus interessante Anmerkungen. Allerdings führt die belangte Behörde nicht aus, inwiefern diese Ausführungen dem Vorbringen der Antragsteller entgegengestellt werden. Tatsächlich findet sich auch in dieser Beilage verklausuliert das Problem eines ct-Wertes bzw. die problematische Festlegung an einem ct-Wert etwa von 30. Wie auf **Seite 5 in Punkt 1.1.4.3** (Äußerung der belangten Behörde) treffend ausgeführt wird, sind die unterschiedlichen Laboratorien auch unterschiedlich mit Gerät ausgestattet, um die Testproben zu analysieren.

Treffend ist die Aussage im vorletzten Absatz:

„hingegen gibt es keine hinreichenden Daten zum Zusammenhang zwischen Viruslast am Beginn der Erkrankung und Infektiosität“.

Ebenso bezeichnend ist der Hinweis auf andere Einflussfaktoren, wie der Zeitpunkt im Erkrankungsverlauf und die Qualität der Probenentnahme etc. All diese Umstände

werden – soweit der Antragsteller es in Erfahrung bringen konnten – **weitgehend von den Gesundheitsbehörden unberücksichtigt gelassen**. Auf die weiteren, durchaus interessanten Ausführungen können sich die Antragsteller derzeit nicht einlassen, da nicht geklärt ist, inwiefern konkret mit dieser Urkunde dem Vorbringen der Antragsteller entgegentreten werden soll.

29. RKI, Epidemiologisches Bulletin

Ad RKI, Epidemiologisches Bulletin, 08.10.2020

Die Beilage, die den Stand 8. Oktober 2020 aufweist, stellt regionalisieren den Stand in Deutschland dar, mithin einer Situation, die mit der österreichischen Situation durchaus vergleichbar ist. Auf einzelne Aspekte kann gerne eingegangen werden, doch bleibt es die belangte Behörde schuldig zu erklären, **was konkret mit dieser Urkundenvorlage bescheinigt werden soll**.

Anmerkung: Dieser Bericht wurde doppelt vorgelegt.

30. ECDC, technical report, 29.03.2021

Ad ECDC, technical report, Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly-infected individuals with documented previous infection or vaccination, 29.03.2021

Eingangs ist die Frage zu stellen, ob in dieser Erklärung der ECDC lediglich „PCR-Testergebnisse“ gezählt wurden oder ob bei den einzelnen Patienten oder als positiv getesteten Personen auch klinische Symptome festgestellt werden konnten. **Hinzu kommt auch die Zuordnung des Testergebnisses zu den Symptomen, meist weil eben keine Differenzialdiagnose vorgenommen wird.** Auch hier ist neuerlich zu betonen, dass es einen **wesentlichen Unterschied** macht, ob eine positiv getestete Person lediglich Virusträger (kontaminiert) ist oder auch infiziert (erkrankt mit Krankheitssymptomen) ist. Ein anderes Begriffspaar lautet Virusverbreiter und Virusausscheider (spreader vs. producer).

Der 2. Punkt in der Zusammenfassung ist nach Ansicht der Antragsteller höchst spekulativ. Es ist nicht nachvollziehbar, in wie weit die ECDC festgestellt haben kann, dass die protektive Immunität eines zuvor an Sars-CoV-2 Erkrankten zwischen 81- 100 % ab Tag 14 bis zu einem Zeitraum von fünf bis sieben Monaten andauert. Das allein lässt sich nicht – wie bereits vorgebracht wurde – nicht ausschließlich an der Antikörperproduktion ableiten. Es wurde bereits im Einzelnen in **F.IV.1.b.** „*Immunisierung in einem signifikanten Teil der Bevölkerung*“ (S.97) dargestellt, dass bei MERS

und SARS überlebende eine Immunität schon auch nach 12 bzw. 17 Jahren vorhanden ist. Das gleiche gilt für Virusvarianten, dies unter Hinweis auf den bereits vorgebrachten Aspekt der Kreuzimmunität. **Bemerkenswert sind die Ausführungen der ECDC bzgl. der Herdenimmunität. Die ECDC geht offensichtlich davon aus, dass die Herdenimmunität erst ab jenem Zeitpunkt einsetzt, bei dem sie begonnen hat diese spezifische Herdenimmunität zu beobachten.**

Gesondert zu würdigen ist die Aussage der **Impfungen** in diesem Dokument, auf die nur am Rande eingegangen wird. Generell ist auch hier das Thema **Kreuzimmunität** ins Treffen zu führen. Der Kontakt mit dem natürlichen Erreger führt in jedem Fall zu einer Kreuzimmunität auch bei artverwandten Viren. Dieser Vorgang kann auch auf eine Immunität, die durch eine Impfung herbeigeführt wird, übertragen werden, allerdings in einem geringeren Ausmaß, da die Immunität durch eine Impfung gleich über die Hintertür erfolgt (Spritzen unter die Haut), worauf das Immunsystem aber nicht eingerichtet ist.

31. ECDC, 08.04.2021

Ad ECDC, Technical Report, Reinfection with SARS-CoV-2: implementation of a surveillance case definition with the EU/EEA, 08.04.2021

Die Kernaussage dieses Dokumentes bleibt den Antragstellern weitestgehend verborgen. Zusammenfassend ist festzustellen: Insbesondere unter Hinweis auf Punkt 2 in der Zusammenfassung („Key messages“ auf Seite 1) ist davon die Rede, dass 13 der 17 EU-Staaten in der unterschiedlichen Art und Weise Überwachungsmaßnahmen gesetzt haben und auf ebenso unterschiedliche Art und Weise Minimumintervalle zwischen von 45 bis 90 Tagen für Falldefinitionen festgesetzt haben. **Unter Hinweis auf die diagnostischen Testkriterien variieren die einzelnen Staaten demnach erheblich. Eine gesamthafte Darstellung für die europäische Union oder eine Tendenz oder eine generelle Aussage kann daher aufgrund der mangelnden Vergleichbarkeit der erhobenen Daten in keiner Weise getroffen werden.**

Infektionsfälle: Diesbezüglich wird auf die Ausführungen betreffend der vorhergehende Beilage verwiesen (ECDC technical report 29.03.2021). Auch bezüglich der Virusvarianten findet sich alter Wein in neuen Schläuchen. Virusvarianten sind praktisch nicht gefährlicher als die Ursprungsvariante, sondern bilden nur eine Anpassung des Virus an das bereits stabile Immunsystem ab. Das bedeutet: Je höher die Virusvariantenrate ist, desto höher ist auch der Status der Immunisierung innerhalb der Population. Durch die spezifischen Eigenschaften des Immunsystems wird eine flexible Immunität sichergestellt.

32. ECDC, 16.02.2021

Ad ECDC, technical report, Detection and characterisation capability and capacity for SARS-CoV-2 variants within the EU/EEA

In diesem Bericht ist von der Ausweitung der Sequenzierungskapazitäten die Rede; mithin: Welche Schritte werden in den einzelnen Mitgliedsstaaten gesetzt, um Virusvarianten mittels Labordiagnostik zu entdecken. Diese zweifelsohne akademisch sehr reizvolle (Grundlagen)Arbeit, ist für Epidemiologen eine wesentliche Erkenntnisquelle. Auf das bisherige Vorbringen, insb. betr. Virusvarianten, muss verwiesen werden (**Pkt F.IV.1.** „Erste Fehlannahme: Keine Grundimmunität“ (S.92ff)

33. Zusammenfassung

Tatsächlich tödliche Viren sind auch nicht in der Lage eine Pandemie zu verursachen, da das primäre Ziel des Virus ist zu überleben. Um zu überleben, benötigt das Virus eine möglichst hohe Anzahl an Wirten, die befallen werden können. Sollte der Wirt in weiterer Folge sterben, hätte auch das Virus keine Überlebenschance mehr, weshalb es sich in diesem Zusammenhang um einen natürlich-selbstlimitierenden Ausbruch handelt. Schwere Verläufe gab es bereits in der Vergangenheit bei Coronaviren bzw. auch bei Influenza-Viren und haben diese intensiven Krankheitsverläufe hauptsächlich mit einem geschwächten Immunsystem zu tun.

Baden bei Wien, am 14.06.2021