

**KANZLEI FÜR ARBEITSRECHT
HELMUT P. KRAUSE
RECHTSANWALT UND FACHANWALT FÜR ARBEITSRECHT
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT: KÜNDIGUNGSSCHUTZRECHT**

Rechtsanwalt Krause · Frühlingstrasse 29 · 82178 Puchheim

Bayerischer Verfassungsgerichtshof
vorab per Telefax: 089 5597 3986
Prielmayerstraße 5
80335 München

www.rakrause.de
82178 Puchheim
Frühlingstrasse 29
Telefon (089) 123 87 54
Telefax (089) 123 87 58
info@rakrause.de

11. März 2021
AGG300/KE

EILT! Bitte sofort vorlegen!

In der Sache

1. Helmut P. Krause, Frühlingstraße 29, 82178 Puchheim

- Popularkläger, Antragsteller und Prozessbevollmächtigter
der weiteren Popularklägers und Antragstellers -

2.

- Popularkläger und Antragsteller -

3. und andere (Namen werden nachgereicht)

- Popularkläger und Antragsteller -

gegen

Freistaat Bayern, vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und
Pflege, Haidenauplatz 1, 81667 München

- Popularkläger und Antragsgegner -

wegen

Nichtigkeit der 12. BayIfSMV und einstweilige Anordnung

Hiermit erhebe ich Popularklage mit den

Anträgen:

- I. Die Zwölfte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (12. BayIfSMV) vom 5.03.2021 (BayMBI. 2021 Nr. 171; BayRS 2126-1-16-G) ist mit all ihren Regelungen nichtig.**
- II. Im Wege der einstweiligen Anordnung werden die Vorschriften zur Betriebs-, Veranstaltungsuntersagung oder Schließung nach §§ 5, 8 S. 3, 10 Abs. 3, 11 Abs. 1, 11 Abs. 3, 11 Abs. 4, 11 Abs. 5, 11 Abs. 6, 12 Abs. 1 S. 1, 12 Abs. 1 S. 3, 12 Abs. 2 S. 1, 12 Abs. 4 S. 1, 13 Abs. 1, 13 Abs. 2 S. 3, 14 Abs. 1 S. 2, 15, 23 Abs. 1 und 23 Abs. 2 Nr. 1 der 12. BayIfSMV außer Vollzug gesetzt.**
- III. Im Wege der einstweiligen Anordnung wird die Vorschrift über die Kontaktbeschränkung nach § 4 der 12. BayIfSMV außer Vollzug gesetzt.**
- IV. Im Wege der einstweiligen Anordnung werden die Vorschriften über die Maskenpflicht nach §§ 6 Nr. 3, 7 Abs. 1 S. 3, 7 Abs. 2 Nr. 3, 8 S. 1, 8 S. 2, 12 Abs. 1 S. 4 Nr. 3, 12 Abs. 2 S. 2 2. HS., 12 Abs. 3, 14 Abs. 2 Nr. 3, 18 Abs. 2 S. 1, 20 Abs. 1 S. 2, 20 Abs. 3 S. 2, 20 Abs. 4 Nr. 2, 20 Abs. 5 S. 1, 21 S. 3, 22 iVm 12 Abs. 1 S. 4 Nr. 3, 23 Abs. 2 Nr. 2 b) und 24 Abs. 1 der 12. BayIfSMV außer Vollzug gesetzt.**
- V. Im Wege der einstweiligen Anordnung wird § 1 Abs. 2 Nr. 2 der 12. BayIfSMV, soweit es um die Glaubhaftmachung durch eine ärztliche Bescheinigung, die die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie den Grund, warum sich hieraus eine Befreiung der Tragepflicht ergibt, enthält, außer Vollzug gesetzt.**
- VI. Der Popularklagte und Antragsgegner hat die notwendigen Auslagen der Popularkläger und Antragsteller nach Art. 27 Abs. 4 VfGHG zu tragen.**

Begründung:

A. Kurze Zusammenfassung:

Die Popularklage ist begründet, da die Vorschriften § 1 bis einschließlich § 24 der 12. BaylFSMV **offenkundig** die Grundrechte aus **Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109, 113 und 118 Abs. 1 BV verletzen**.

Unabhängig von der in den jeweiligen Grundrechten vorgesehenen Schranke sind sämtliche Grundrechtseingriffe in Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109 und 113 BV wegen **offenkundigem Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht gerechtfertigt. § 1 bis § 24 der 12. BaylFSMV schränken die Grundrechte nach Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109, 113 BV verfassungswidrig ein und § 12 Abs. 1 der 12. BaylFSMV verletzt den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 118 Abs. 1 BV (vgl. Entscheidung des OVG des Saarlandes vom 9.03.2021, Az.: 2 B 58/21, als **Anlage K 7** beigefügt). Damit sind § 1 bis § 24 der 12. BaylFSMV nach **Art. 98 S. 4 BV vom Verfassungsgerichtshof für nichtig zu erklären**.

Bei § 28 bis § 30 der 12. BaylFSMV handelt es sich um Schlussvorschriften, die ohne die vorausgehenden Vorschriften nach § 1 bis § 24 keine eigene Bedeutung haben können. Bei § 25 bis § 27 der 12. BaylFSMV handelt es sich um Möglichkeiten erleichternde Abweichungen von und weitergehende Anordnungen zu den Bestimmungen in der Verordnung zu erlassen. § 25 bis § 27 haben damit auch ohne die vorausgehenden Vorschriften von § 1 bis § 24 keine eigenständige Bedeutung. Folglich hat der Verfassungsgerichtshof die komplette 12. BaylFSMV nach Art. 98 S. 4 BV für nichtig zu erklären.

Soweit der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz missachtet wird, liegt darin zugleich auch ein **offenkundiger Verstoß** gegen das **Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV**.

Zudem ist das **Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV** auch deshalb **offenkundig verletzt**, da die Bayerische Staatsregierung, insbesondere der Verordnungsgeber, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, **keine Behördenakte** für die 6. BaylFSMV geführt hat. Die 12. BaylFSMV baut als Folgeverordnung auf der 6. BaylFSMV auf. Mangels Behördenakte kann auch nicht nachvollzogen werden, welche Erwägungen die Staatsregierung beim erstmaligen Erlass eines Lockdowns oder der Maskenpflicht zugrunde lagen, welche Experten die Staatsregierung gehört hat und welche Zahlenbasis diesen Anordnungen zugrunde liegt. Die Popularkläger klagten bereits gegen die 8. BaylFSMV und brachten das Fehlen einer Akte vor, sowie die Frage nach der Existenz einer Akte. Dieser Frage ist der BayVerfGH bislang nicht nachgegangen, obwohl das Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV verlangt, dass alle entscheidungserheblichen Unterlagen entweder elektronisch oder in Papierform festgehalten werden. Die Staatsregierung schwieg sich in ihrer Stellungnahme vom 26.01.2021 zu diesem Thema aus. Schon allein aus diesem Grund ist die 12. BaylFSMV verfassungswidrig, da nach wie vor nicht bekannt ist, auf welche wissenschaftlichen Studien die Staatsregierung die Grundrechtseingriffe stützt. Aus demselben Grund hat der Österreichische Verfassungsgerichtshof die entsprechenden Corona-Verordnungen für gesetzwidrig bzw. verfassungswidrig erklärt.

Wie sich aus den Begründungen BayMBl. 2020 Nr. 738, BayMBl. 2021 Nr. 6 und BayMbl. Nr. 172 ergibt, stützt die Staatsregierung ihre Grundrechtseingriffe im Wesentlichen auf den **7-Tage-Inzidenz-Wert**. Jedoch ist dieser 7-Tage-Inzidenzwert bereits **nach eigenen Angaben des RKI unzutreffend**, da das RKI selbst davon ausgeht, dass nur bei 28,78 % der positiv getesteten Menschen eine Infektion vorliegt. Zudem wird der 7-Tage-Inzidenzwert durch einen beträchtlichen Probenrückstau verfälscht. Entgegen § 28a Abs. 3 IfSG fließen auch positive Ergebnisse von Proben in den 7-Tage-Inzidenzwert ein, die bereits vor mehreren Wochen oder Monaten entnommen wurden. Nach der Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021 dürfen positiv getestete Menschen, die keine klinischen Symptome aufweisen, nicht mehr als „Fälle“ erfasst werden, sondern ist eine erneute Testung durchzuführen. Trotz dieser Empfehlung der WHO werden nach der Stellungnahme der Bayerischen Staatsregierung vom 26.01.2021 alle positiven Laborfälle unabhängig vom Vorliegen von Symptomen als „Fallzahlen“ erfasst.

Darüber hinaus ist dieser 7-Tage-Inzidenzwert auch fehlerhaft, weil er sich aus der Anzahl der positiven PCR-Tests zusammensetzt. Nach einhelligem wissenschaftlichem Stand sagt ein **PCR-Test allein nichts** über eine **Infektion** aus. Ferner werden PCR-Tests verwendet, die mehr als 35 Zyklen fahren. Ab **35 Zyklen** ist der **PCR-Test nicht mehr aus-**

Ferner werden PCR-Tests verwendet, die mehr als 35 Zyklen fahren. Ab **35 Zyklen** ist der **PCR-Test nicht mehr aussagekräftig**, da die Viruslast derart gering ist, dass das Virus mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr vermehrungsfähig ist. Hinsichtlich des am Anfang der COVID-19-Pandemie ausschließlich verwendeten und nach wie vor im Umlauf befindlichen **PCR-Test von Prof. Drosten** stellten 22 internationale Wissenschaftler in einer Studie vom 27.11.2020 fest, dass dieser **PCR-Test gravierende wissenschaftliche Fehler** aufweist und rieten der Eurosurveillance zur Rücknahme des entsprechenden Papiers zum PCR-Test.

Schließlich ist die **hohe Fehlerquote von PCR-Tests** aus Nachtestungen bekannt und der langjährige Vizepräsident und leitender Direktor der Abteilung Forschung und Entwicklung des US-Pharmaunternehmens Pfizer, Dr. Mike Yeadon, geht sogar davon aus, dass seit Mai 2020 **90 % der positiven PCR-Tests falsch positiv** sind.

Danach ist ein **positiver PCR-Test ohne jede Aussagekraft**. Damit einhergehend sind die Zahlen der positiv Getesteten entkoppelt von den Hospitalisierungen und COVID-19-Todesfällen. Wie es Prof. Dr. Matthias Schrappe in einem ZDF-Interview am 23.11.2020 sagte, sind **diese Zahlen das Papier nicht wert**.

Im Weiteren führt die Staatsregierung in der Begründung an, dass es eine kritische Situation auf den Intensivstationen der Krankenhäuser gebe. Dies trifft nur auf manche Krankenhäuser zu. Die **Auslastung der Intensivbetten** ist seit **Sommer 2020 auf etwa gleichbleibendem Niveau**. Eine Auswertung der Daten von knapp 500 Kliniken durch die Initiative Qualitätsmedizin e.V. ergab, dass 2020 sogar deutlich weniger Menschen im Krankenhaus, auf Intensivstation waren als 2019 und 2020 auch weniger Menschen beamtet wurden als 2019. Es bestehen **freie Kapazitäten** hinsichtlich Intensivbetten und Kliniken, die als milderer Mittel zuerst ausgeschöpft werden müssen. In diesem Jahr tritt die **Grippe kaum in Erscheinung**, sodass es zu einer Doppelbelastung nicht kommen wird.

Schließlich kam es auch in den **Vorjahren während der Grippezeit zu Engpässen** in den Krankenhäusern und regionalen Überlastungen, ohne dass weitere freiheitsbeschränkende Maßnahmen ergriffen wurden. Es trifft nicht zu, dass ein Zusammenbruch des Gesundheitssystems zu erwarten sei. Ein **etwaiger Notstand** auf den Intensivstationen wurde von der **Staatsregierung selbst herbeigeführt**, da seit Juli 2020 über 6000 Intensivbetten abgebaut wurden. Daneben wurden im Jahr 2020 während der Pandemie 17 Krankenhäuser in Deutschland geschlossen.

Die Angaben zu den COVID-19-Todesfällen sind unzuverlässig und daher nicht als Grundlage für Grundrechtseinschränkungen geeignet. Es ist zu berücksichtigen, dass es bei den Meldungen von Todesfällen zu sehr erheblichen **Meldeverzügen** kam und kommt. Daneben wird nicht unterschieden, ob der Todesfall an oder mit COVID-19 erfolgte. Es werden sogar Verdachtsfälle als COVID-19-Todesfälle gezählt, wie die Staatsregierung in ihrer Stellungnahme vom 26.01.2021 angab. Es geht sogar so weit, dass **verstorbene Heimpatienten im Nachhinein** durch einen positiven PCR-Test nach ihrem Ableben **umgewidmet** werden **zu COVID-19-Todesfällen**. Zudem gab es bereits falsche Meldungen von Todeszahlen, wie das Beispiel aus dem Landkreis Meißen zeigt.

Die **offenkundige Verletzung** des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit ergibt sich auch daraus, dass die vom Ordnungsgeber mit der 12. BayLfSMV **getroffenen Maßnahmen nicht geeignet** sind, COVID-19 zu bekämpfen. Die Grafiken zum R-Wert sowie sieben Studien belegen, dass die Wirksamkeit von Lockdowns wissenschaftlich nicht belegt ist. Darunter auch eine neuere Studie des führenden Epidemiologen Prof. Dr. John Ioannidis von der Stanford University. Auch ist eine Ansteckung durch asymptomatische Personen wissenschaftlich nicht belegt, vielmehr spricht eine groß angelegte Studie aus Wuhan entschieden gegen eine Ansteckungsgefahr von asymptomatischen Personen. 39 Studien zeigen, dass eine Wirksamkeit von Masken wissenschaftlich nicht belegt ist. Fünf Studien belegen, dass Kinder und Jugendliche kaum am Infektionsgeschehen teilnehmen.

Dass Maßnahmen wie Lockdown, Schul- und Kitaschließungen und Maskentragen nichts geeignet sind im Kampf gegen COVID-19 sieht man am Beispiel von Schweden. In Schweden gab es keinen Lockdown und keine Maskenpflicht. Ferner waren in Schweden die Schulen und Kindergärten die ganze Zeit geöffnet. In Schweden ist trotz des anderen Weges weder das Gesundheitssystem zusammengebrochen noch gab es dort eine Übersterblichkeit.

Auch sind die Maßnahmen wie Kontaktbeschränkung, Lockdown und Maskentragen **offenkundig nicht erforderlich**, da **mildere Mittel im Kampf gegen die Pandemie** zur Verfügung stehen. So stellt das **Aufstocken der seit Juli 2020 abgebauten 6.000 Intensivbetten und die Wiederinbetriebnahme von 2020 geschlossenen Krankenhäusern** ein milderes Mittel dar. Nach den führenden Epidemiologen der Eliteuniversitäten (Stanford, Oxford, Harvard) und 13.000 Wissenschaftlern und 40.000 Ärzten gibt es ein milderes Mittel in der **Great Barrington Declaration**. Danach sollen die Nicht-Risiko-Gruppen so schnell wie möglich zum normalen Leben zurückkehren, während die Risikogruppen bis zum Erreichen der Herdenimmunität geschützt werden sollen.

Schließlich sind die Maßnahmen auch **offenkundig nicht verhältnismäßig im engeren Sinne**. Die von der Pandemie ausgehende Gefahr wurde überschätzt, da **nicht positiv berücksichtigt** wurde, dass die **Infektionssterblichkeit deutlich niedriger** ist als zunächst angenommen, bei 0,23 %. Trotz Pandemie gab es in Deutschland betreffend der

Monate März bis Mai **keine Übersterblichkeit**, sondern unter Berücksichtigung des Einwohnerzuwachses eine Untersterblichkeit. Die Sterblichkeit ist vergleichbar mit den Vorjahren laut Berechnungen des Instituts für Statistik der LMU München. Auch in Ländern ohne Lockdown wie Schweden gibt es keine Übersterblichkeit. Schließlich wurde nicht positiv berücksichtigt, dass der **Altersmedian** der an COVID-19 verstorbenen Menschen **bei 84 Jahren** liegt und damit zwei Jahre über der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland. Die Situation in den Krankenhäusern und hinsichtlich der Sterblichkeit unterscheidet sich in keiner Weise von der Situation der Vorjahre während der Grippesaison. Während in den Vorjahren keine derartigen die Grundrechte einschränkenden Maßnahmen ergriffen wurden, werden diese nun ergriffen. Dies ist angesichts der Tatsache, dass es in den Jahren 1968/1969 wegen der Hongkong-Grippe zu weit mehr Todesfällen kam als es jetzt der Fall ist, offensichtlich unverhältnismäßig.

Ferner wurden die vom Maskentragen ausgehenden **gesundheitlichen Risiken für Erwachsene und insbesondere für Kinder** im Rahmen des Abwägungsprozesses entgegen Art. 99 S. 1 BV **nicht berücksichtigt**, obwohl die Gesundheitsgefahren des Maskentragen im Hinblick auf Erwachsene aus dem Arbeitsschutz bekannt sind.

Das Gericht darf sich aufgrund des aufgezeigten **bestehenden Interessenkonflikts** nicht auf die Gefahreinschätzung des **RKI** stützen. Auch eine **Berufung auf die Einschätzung der Leopoldina** ist aufgrund des **unwissenschaftlichen** Vorgehens der Leopoldina und der **Kritik aus den eigenen Reihen** der Leopoldina.

B. Tatsachenvortrag:

I. Zu den Popularklägern

Die Popularkläger wohnen in Bayern. Der Popularkläger zu 1 ist Rechtsanwalt und hat seine Anwaltskanzlei in Puchheim. Der Popularkläger zu 2

II. Keine drohende Überlastung des Gesundheitssystems

2. Seit Juli 2020 in etwa gleichbleibendes Niveau der Gesamtbelegung von Intensivbetten

Das DIVI-Intensivregister ist Das DIVI-Intensivregister dient der Echtzeit-Datenerfassung von Behandlungskapazitäten in der Intensivmedizin und aggregierter Fallzahlen für Deutschland. Es wird in Zusammenarbeit des DIVI e.V. (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) mit dem RKI (Robert Koch-Institut) als gemeinwohlorientiertes Projekt entwickelt und betrieben. Das Robert Koch-Institut (RKI) ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Krankheitsüberwachung und -prävention. Die Kernaufgaben des RKI sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten. Somit nimmt das RKI in der Corona-Pandemie eine zentrale Rolle ein.

Im Rahmen der Bekämpfung und Eindämmung von SARS-CoV2 haben sich das RKI und die DIVI zusammengeschlossen gemeinsam das DIVI-Intensivregister zu entwickeln. Aufbau, Betrieb und methodische Entwicklung des Intensivregisters sowie Analysen und Reporting obliegen dem RKI und werden dort verantwortet. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurde das Register in nur zwei Wochen aus dem bereits bestehenden Meldeportal für ECMO-führende intensivmedizinische Abteilungen des ARDS-Netzwerks gestartet. Das Register begann damit am 17. März 2020 mit einer ersten Datenerhebung. In den ersten Wochen nach Start des Registers war die Teilnahme von Krankenhäusern, die Intensivbetten zur Akutbehandlung vorhalten, freiwillig. Trotzdem war die Teilnahmebereitschaft bereits von Beginn an sehr groß mit über 1000 meldenden Intensivbereichen innerhalb von zwei Wochen.

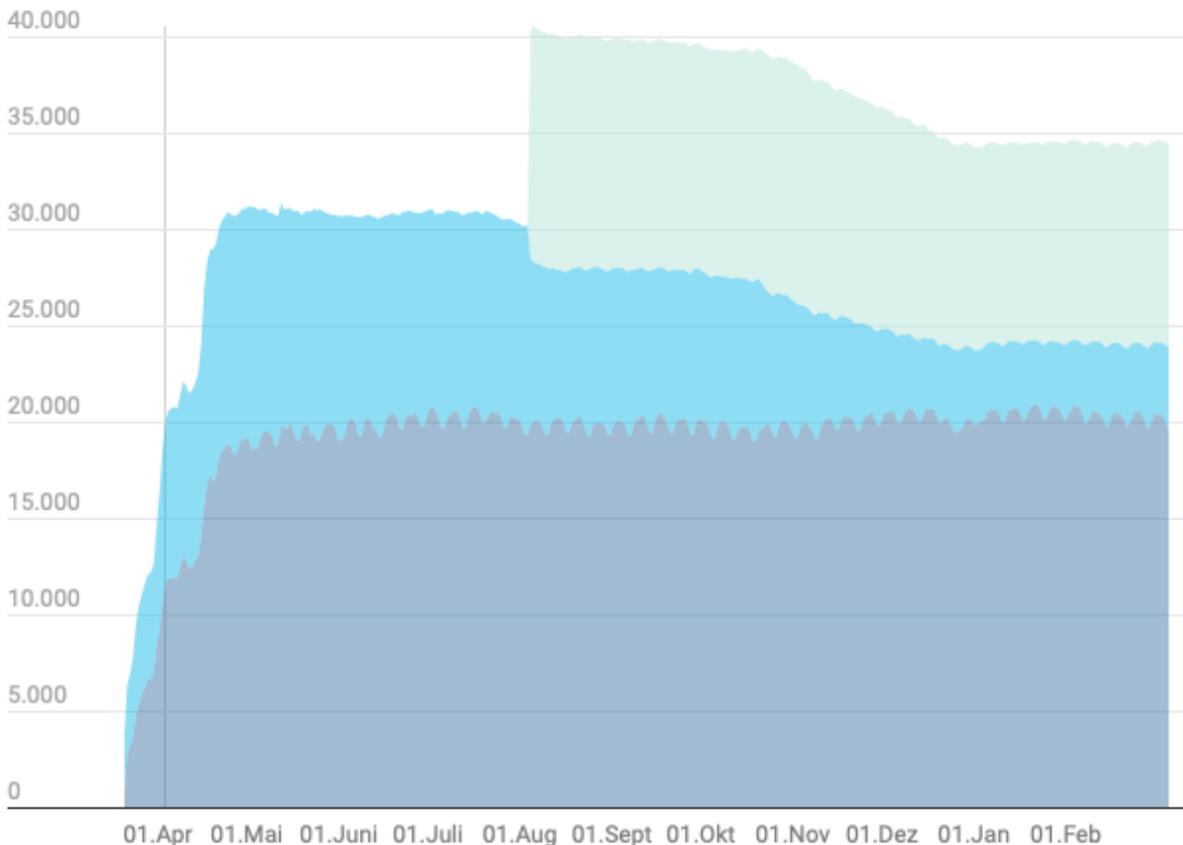
Verlässliche Daten stehen damit erst ab ca. Ende April 2020 zur Verfügung.

Aus unten stehender Grafik (abrufbar unter: <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>) ist erkennbar, dass die **Gesamtbelegung der Intensivbetten seit Sommer 2020 auf gleichbleibendem Niveau** verharrt.

Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)

Deutschland

■ Belegte Betten ■ Freie Betten ■ Notfallreserve



Stand: 07.03.2021 12:23

Quelle: DIVI-Intensivregister · Daten herunterladen · Erstellt mit Datawrapper

3. Freie Betten und freie Kliniken

Nachfolgende Grafiken zeigen, dass 36% der Kliniken freie Kapazitäten haben, 45 % der Kliniken melden erste Engpässe und lediglich 19% der Kliniken sind ausgelastet. 19 % freie Intensivbetten stehen zur Verfügung. 10 % der Fälle stellen COVID-Fälle dar, während es bei 71% um andere Notfälle geht.

Die Grafiken sind abrufbar unter (Stand: 7.03.2021):

<https://interaktiv.morgenpost.de/corona-deutschland-intensiv-betten-monitor-krankenhaus-auslastung/>

Darüber hinaus ist die Auslastung der Helios-Kliniken Tag genau unter folgendem Link einsehbar:

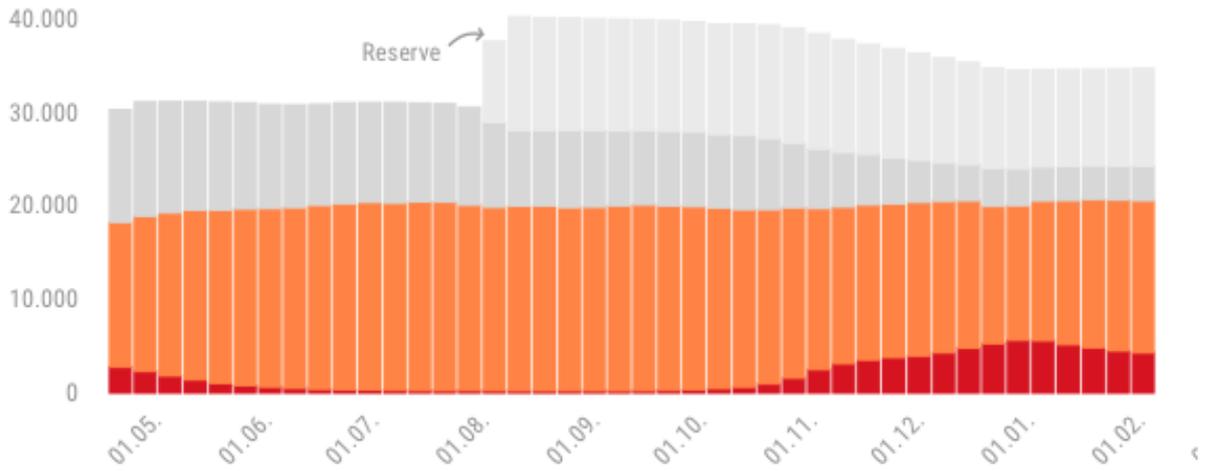
Beweis: In Zahlen: Covid-19 bei Helios; Quelle: <https://www.helios-gesundheit.de/qualitaet/auslastung/>

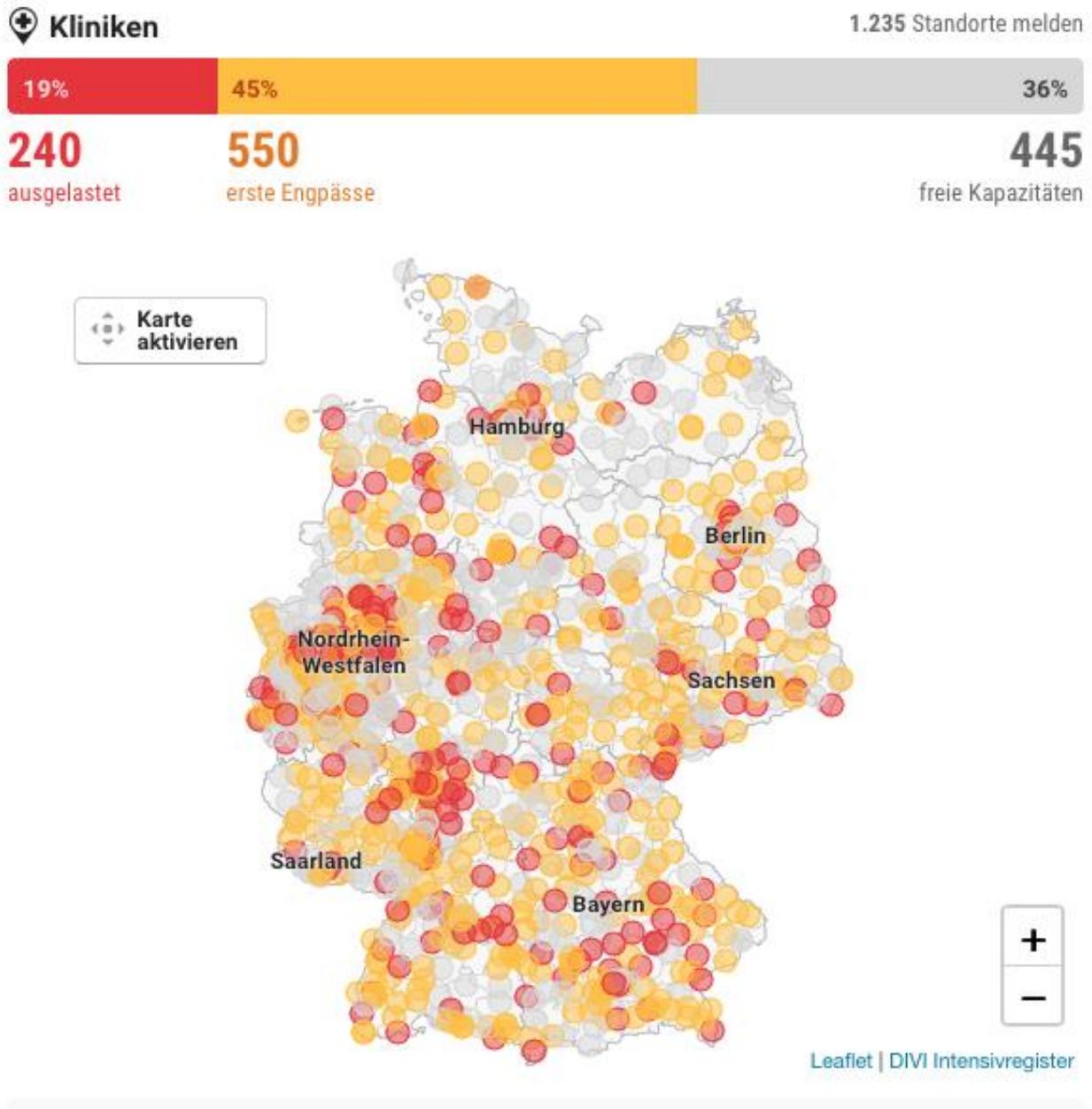
🚑 Betten

(26.888 insgesamt, zusätzlich in Reserve: 10.960)



Durchschnittliche Auslastung pro Woche





Die statistischen Daten in den obigen Grafiken decken sich mit einem Erfahrungsbericht eines Arztes (42 Jahre Arzt, davon 35 Jahre Hausarzt, seit 1,5 Jahren im Ruhestand, Schulmediziner und Impfbefürworter, nicht Notfallzulassungsimpfstoffbefürworter):

*“Für mich ist die Belegung der Krankenhausbetten, intensiv und „normal“, mein Kriterium. Ich kann **bis heute keine bundesweite Überforderung auch nur ansatzweise erkennen**. Seit Ende Oktober sind die Zahlen des Helioskonzerns einzusehen. Regionale Unterschiede sind vorhanden, in den Hotspots sind die Betten oft nicht mit zahlreichen Coronafällen belegt.*

*Diese Zahlen und andere Zahlen, so solche des RKI „nur für den Dienstgebrauch“, auch Dokumente, die beim Club der klaren Worte einzusehen sind, tragen auch nicht zu meiner Beunruhigung bei, da **nirgends auch nur annäherungsweise eine Gefährdung zu erkennen** ist, wenn man die verfügbaren Betten der Region und die echten Belegungen einsieht. **Als ehemaliger Notarzt (zu Land und Luft) weiß ich seit Jahren, dass sich Intensivstationen regelmäßig abmelden, da nicht aufnahmefähig oder -willig. Pati-***

enten mussten ganz schön durch die Gegend transportiert werden, bis sich ein Intensivbett fand. Somit habe ich die genannten Daten gelegentlich ängstlichen oder skeptischen Bekannten zur Verfügung gestellt. Die waren stets erleichtert, wenn ihr kommunizierter „Hotspot“ dann doch noch aufnahmefähig war, zumindest überregional. ...

Meine persönlichen Kontakte ins hiesige Kreis Krankenhaus, Klinikum Ingolstadt, Zentralklinikum Augsburg bestätigten „**Business as usual**“, **keine Dramatik, aber verordneter Maulkorb, je stärker in Abhängigkeit vom Staat.** So ist das Zentralklinikum Augsburg nunmehr eine Universitätsklinik, erklärt für mich einiges.“

(Hervorhebungen durch den Unterzeichner)

Beweis: Wie kritische Ärzte zensiert werden; Quelle: <https://reitschuster.de/post/wir-kritische-aerzte-zensiert-werden/>

Die Darstellung einer **Überlastung der Intensivstationen in den Öffentlich-Rechtlichen** stellt sich bei **Prüfung als unzutreffend** heraus. So behauptete der Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Kardiologie im St.-Antonius-Hospital Eschweiler unweit des Covid-Epizentrums Heinsberg und auch Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI), Uwe Janssens, bei Anne Will, dass die Lage auf den Intensivstationen wegen Covid-19 dramatisch sei.

Der parteilose Landtags-Abgeordnete Heinrich Fiechtner, der seit den 1990er Jahren Notfallmediziner ist, rief nach der Anne-Will-Sendung als solcher beim Klinikum von Janssens in Eschweiler an und erkundigte sich nach den aktuellen Belegungszahlen. Dabei wurde ihm mitgeteilt: „Aktuell keine Covid-19-Fälle auf der Intensivstation“. Janssens bestreitet diese Angabe und macht geltend, auf seiner Intensivstation seien zwei COVID-19-Patienten (siehe PS).

Beweis: Parallel-Realitäten bei Anne Will? Vom 13.12.2020; Quelle: <https://reitschuster.de/post/parallel-realitaeten-bei-anne-will/>

Eine **Triage** gab es **bislang nicht**. Die von einem Chefarzt erwähnte **Triage in Zittau bestätigte** sich bei Prüfung **nicht**.

Beweis: MDR: Klinikum Zittau bestätigt Berichte zu Triage bei Corona-Patienten nicht; Quelle: <https://www.mdr.de/sachsen/bautzen/goerlitz-weisswasser-zittau/corona-klinikum-zittau-triage-100.html>

4. Laut Klinikstudie 2020 sogar weniger Menschen beatmet als 2019

Der Chef der Helios-Kliniken, Fresenius- Vorstand Francesco De Meo, befasste sich in seinem Blog mit der Frage, ob es mehr oder weniger Patienten wegen SARI als im gleichen Zeitraum 2019 gab, und wie viele Menschen daran verstorben sind im Vergleich zu 2019. De Meo nimmt dabei Bezug auf eine Klinikstudie, an der 421 Kliniken teilnahmen. Erfasst wurden knapp 2,8 Millionen Krankenhausfälle, also rund ein Viertel aller stationären Patienten während des fraglichen Zeitraums von März bis August 2020. Die drei wesentlichen Erkenntnisse der Studie für die Bundesrepublik laut De Meo sind:

1. 2020 gab es weniger SARI-Erkrankte als 2019.

2. 2020 waren weniger Erkrankte auf der Intensivstation und es wurden insgesamt auch weniger beatmet als in 2019.
3. Die Anzahl der vermuteten Covid-Fälle war dreimal höher als die der nachgewiesenen Covid-Fälle. In anderen Worten: nur ein Viertel aller mit Verdacht auf Covid-Infektion Behandelten war erwiesenermaßen Covid-positiv.
4. Bei einem Covid-bedingten SARI verstarben 22,9 % der Patienten in den Kliniken, während bei SARI ohne Covid 12,4 % versterben.

Die hohe Sterblichkeit bei SARI durch Covid-19 zeige, wie gefährlich die Erkrankung vor allem für ältere Menschen ist, so De Meo: „Die Daten zur Häufigkeit müssen uns allerdings verblüffen, im Vergleich zum Vorjahr wie auch mit Blick darauf, dass drei Viertel der deutschen Covid-Fälle nicht sicher Covid hatten. **Dies könnte rückblickend das Handeln von Politik und Regierungen als übertrieben vorsichtig oder zu sehr angstgetrieben erscheinen lassen.** Diese Sicht wäre meines Erachtens nicht ganz fair, denn sie ließe außer Acht, unter welchen Umständen und mit welchen Unsicherheiten behaftet in den ersten Wochen entschieden werden musste.“

Fakt bleibe nach der Studie allerdings, dass **Covid-19 in Deutschland weder zu mehr klinisch SARI-Erkrankten noch zu mehr Intensivaufnahmen oder Beatmungen geführt hat**, so das Fazit des Kliniken-Chefs. Und er geht noch weiter: „**Das deutsche Gesundheitssystem war insgesamt nicht mehr beansprucht als in vergangenen Jahren mit einer ‘normalen’ Grippewelle**“.

Beweis: Covid 20 - ein Blogbeitrag von Francesco De Meo; Quelle: Blog von De Meo: <https://www.helios-health.com/what-we-do/covid-20-german>

Klinikstudie im Original: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/effekte-der-sars-cov-2-pandemie-auf-die-stationaere-versorgung-im-ersten-halbjahr-2020>

Eine aktuelle Auswertung vom 16.02.2021 zeigt einen Vergleich der Krankenhausbelegung der Jahre 2019 und 2020:

Alle Patienten	2019	2020	Differenz (2020-19)
Krankenhaus	6.972.473	6.022.199	-950.274 (-13,6%)
SARI	394.545 (5,6%)	353.535 (5,9%)	-41.010 (-10,4%)
Intensiv	361.323 (5,2%)	344.211 (5,7%)	-17.102 (-4,7%)
Beatmung	174.049 (2,5%)	162.974 (2,7%)	-11.075 (-6,4%)
Verstorben			
Krankenhaus	162.889 (2,3%)	163.381 (2,7%)	492 (0,3%)
SARI	48.257 (12,2%)	54.066 (15,3%)	5.809 (12,0%)
Intensiv	64.937 (18,0%)	65.338 (19,0%)	401 (0,6%)
Beatmung	52.450 (30,1%)	51.375 (31,5%)	-1.075 (-2,0%)

© Initiative Qualitätsmedizin e.V.

Tab. 4.: Anzahl aller Krankenhausfälle, der Fälle mit SARI, mit Intensivbehandlung (INT) und der Fälle mit Beatmung für die Jahre 2019 und 2020. In Klammern ist der %-Anteil an allen Fällen dargestellt. Die Differenz beider Jahre ist ebenfalls angegeben, wobei hier in Klammern der %-Unterschied zum Jahr 2019 dargestellt ist. Die Verstorbenen sind für alle Kategorien angegeben, wobei in Klammern die %-Sterblichkeit angegeben ist. Die Differenz der Verstorbenen ist angegeben, wobei hier der %-Anteil den Unterschied zu 2019 darstellt.

Beweis: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>

5. Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es derzeit nicht mehr Atemwegserkrankungen

RKI- Grafik: aktueller Wochenbericht bis 26.02.2021:

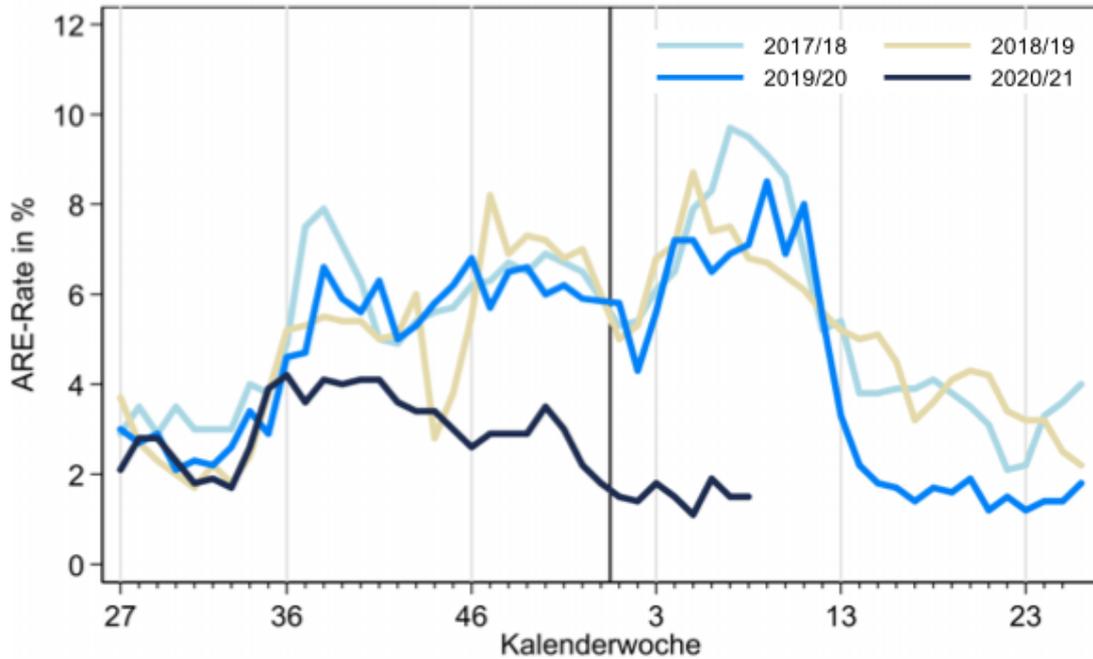


Abb. 1: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2020/21, 8. KW 2021. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Abrufbar unter: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-08.pdf

Die obige Grafik zeigt, dass in diesem Jahr sogar weniger Atemwegserkrankungen zu verzeichnen sind als in den Vorjahren.

Eine weitere Grafik aus dem oben genannten Wochenbericht veranschaulicht, dass Virenaufkommen insgesamt:

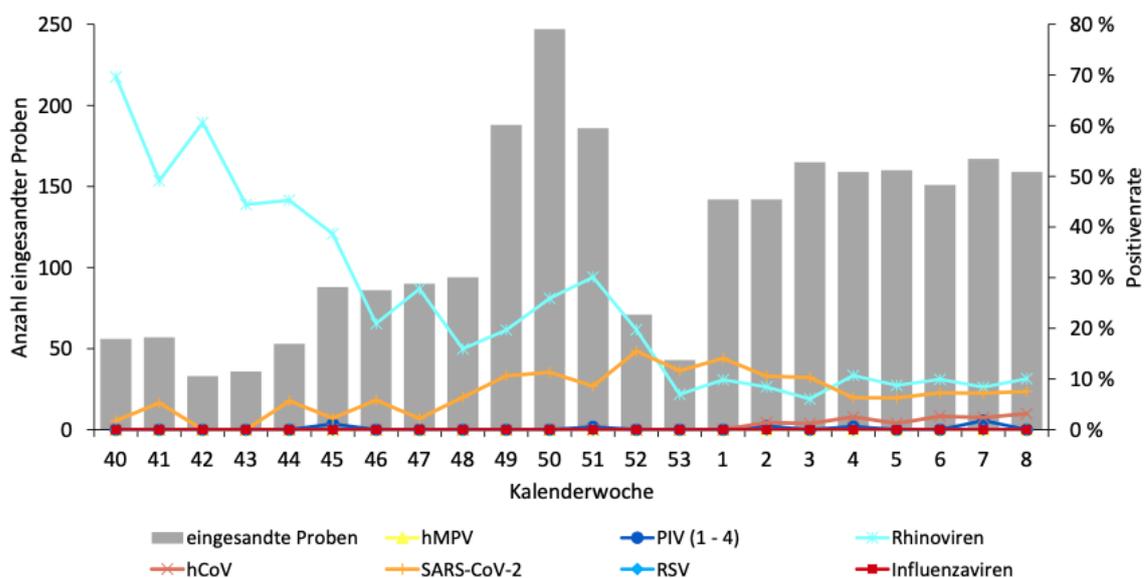


Abb. 4: Anteil identifizierter Atemwegsviren an allen im Rahmen des Sentinels eingesandten Proben (Positivrate, rechte y-Achse, Linien) sowie die Anzahl der an das NRZ für Influenzaviren eingesandten Sentinelproben (linke y-Achse, graue Balken) von der 40. KW 2020 bis zur 8. KW 2021. Influenzaviren, RSV und hMPV wurden in dieser Saison bisher nicht nachgewiesen, die Positivrate liegt dort jeweils bei 0 %.

6. Bereits während der sog. „1. Welle“ keine Überlastung des Gesundheitswesens, sondern 410.000 Beschäftigte in Kurzarbeit

Kliniken und Ärzte haben während der Coronavirus-Pandemie für rund 410.000 Beschäftigte Kurzarbeit angemeldet. Das geht aus einer Antwort der Bundesregierung auf eine Anfrage der Grünen-Fraktion hervor. In den Monaten März bis Mai haben demnach bundesweit gut 1.200 Krankenhäuser und knapp 48.300 Arzt- und Zahnarztpraxen Kurzarbeit beantragt.

Beweis: Rund 410.000 Anträge auf Kurzarbeit für Kliniken und Ärzte; Quelle: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/coronavirus-rund-410-000-antraege-auf-kurzarbeit-fuer-kliniken-und-aerzte-a-51dd8fd8-0fd3-4aba-a8dc-8bfa75e0dfc4>

7. Zwischen 20% und 30% der Corona-Patienten liegen nicht wegen Corona im Krankenhaus

Die Anzahl von Personen, die wegen des Coronavirus im Krankenhaus behandelt werden müssen, wird nach Recherchen der "Zeit" überschätzt: Zwischen 20 und 30 Prozent der Menschen, die die offizielle Statistik führt, sind nicht wegen Covid-19 in stationärer Behandlung, sondern wurden zufällig positiv getestet.

Etwa Schwangere, die zur Entbindung kommen, oder verunfallte Personen. Auch bei der viel diskutierten Zahl von Patienten auf Intensivstationen gibt das Robert-Koch-Institut zu hohe Werte an: Auf den Intensivstationen werden zehn Prozent der als Corona-Fälle gemeldeten Patienten wegen einer anderen Ursache behandelt. Das bestätigte der Deutsche Verband der Intensivmediziner (Divi) auf "Zeit"-Anfrage.

Beweis: https://www.focus.de/gesundheit/news/hohe-zahl-an-doppeldiagnosen-30-prozent-zufaellig-positiv-zahl-der-corona-patienten-in-kliniken-ueberschaetzt_id_12994057.html

III. Gefährlichkeit von SARS-CoV-2: Infektionssterblichkeit im Schnitt bei 0,23%

1. Laut der von der WHO publizierten Metastudie Corona weniger tödlich als vermutet

„ntv“ vom 15.10.2020: „Die Metastudie stammt von John P. A. Ioannidis, Professor für Medizin und Epidemiologie an der Stanford-Universität. Laut Berliner Einstein-Stiftung gehört er aktuell zu den zehn meistzitierten Wissenschaftlern der Welt. Außerdem wurde die Studie bereits geprüft und editiert.

Ioannidis hat insgesamt 61 Studien ausgewertet, in denen erforscht wurde, wie viele Personen eines Landes oder einer bestimmten Bevölkerungsgruppe Antikörper gegen Sars-CoV-2 im Blut haben. So kann ungefähr ermittelt werden, wie hoch in dieser Gruppe die tatsächliche Infektionsrate ist, also wie viele von ihnen sich tatsächlich infiziert haben.

Wie tödlich ist Corona in Deutschland?

Insgesamt erstellte Ioannidis aus den Studien 74 Schätzungen von Infektionssterblichkeiten. Dazu teilte er ganz einfach die Anzahl der Covid-19-Todesfälle durch die Anzahl der vermutlich Infizierten einer Region. Dabei korrigierte er seine Ergebnisse um die Anzahl

der getesteten Antikörper-Typen. Zusätzlich nahm er in seine Metastudie acht vorläufige nationale Schätzungen auf. Aus Deutschland übernahm Ioannidis die Gangel-Studie von Hendrik Streeck und eine Studie, die in Frankfurt am Main durchgeführt wurde.

Durchschnittliche Infektionssterblichkeit nur 0,23 Prozent

Dabei gab es höchst unterschiedliche Ergebnisse, was der Wissenschaftler auf Unterschiede in der Altersstruktur der Bevölkerung, der Fallmischung von infizierten und verstorbenen Patienten sowie andere unterschiedliche Faktoren zurückführt. Die Schätzungen der Seroprävalenz reichten von 0,02 bis 53,40 Prozent. Die Infektionssterblichkeiten lagen zwischen 0,00 und 1,63 Prozent, die korrigierten Werte betragen 0,00 bis 1,54 Prozent.

Insgesamt errechnete Ioannidis einen Median der Infektionssterblichkeit über 51 Standorte hinweg von 0,27 Prozent, **korrigiert 0,23 Prozent.**

Beweis: WHO veröffentlicht Studie - Covid-19 weniger tödlich als vermutet? Quelle: <https://www.n-tv.de/wissen/Covid-19-weniger-toedlich-als-vermutet-article22104272.html>

WHO-Bulletin: https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf

2. Laut Ärzteblatt Coronafallsterblichkeit zuletzt bei deutlich unter 1 Prozent

Ärzteblatt vom 21.10.2020: Wichtig zu wissen ist, dass sich die RKI-Angaben zur Sterblichkeit auf die nachgewiesenen Coronafälle beziehen – die sogenannte Fallsterblichkeit. Da es eine Dunkelziffer bei den Neuinfektionen gibt, dürfte der Wert der Toten bezogen auf alle Infizierten – die sogenannte Infektionssterblichkeit – niedriger liegen.

Zuletzt hatte eine Studie zur Infektionssterblichkeit in einem Magazin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Aufsehen gesorgt, wonach in den meisten Weltregionen vermutlich weniger als 0,2 Prozent aller Coronainfizierten sterben.

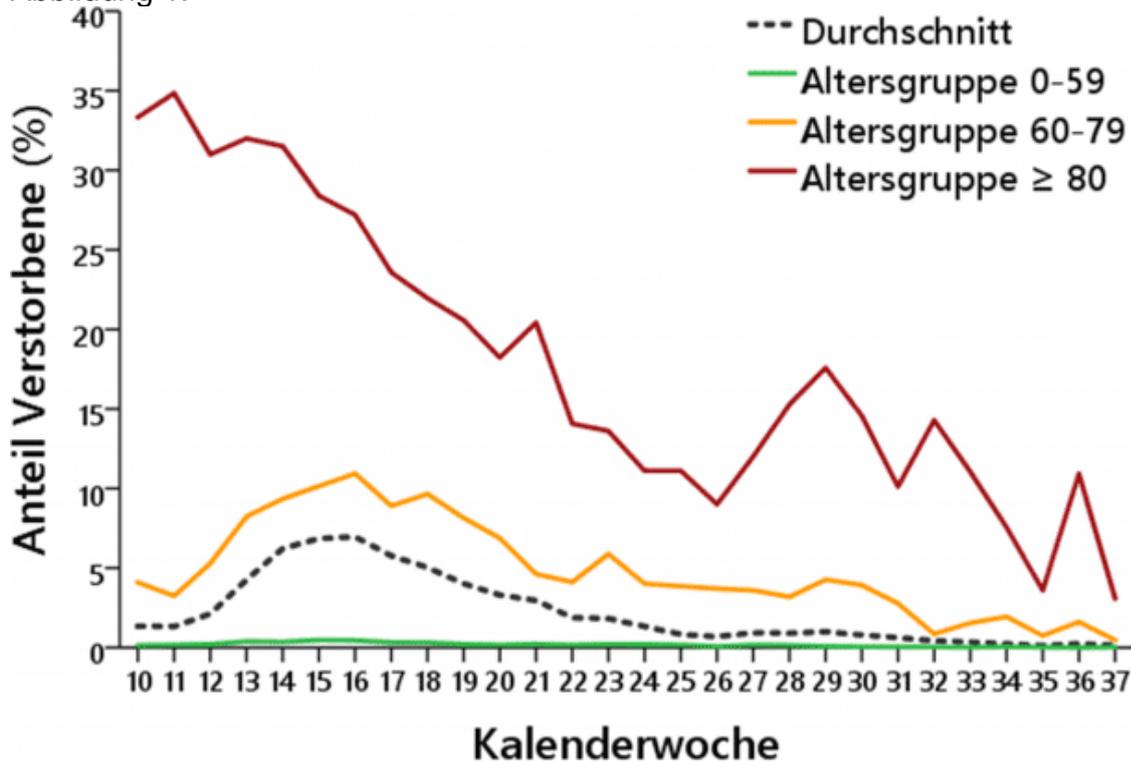
Beweis: RKI: Coronafallsterblichkeit aktuell bei deutlich unter 1 Prozent; Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/117605/RKI-Coronafallsterblichkeit-aktuell-bei-deutlich-unter-1-Prozent>

3. Rückgang der Sterberate nicht auf vermehrte Testung von jüngeren Menschen zurückzuführen

Man kann empirisch festhalten, dass der **beobachtete durchschnittliche Rückgang des Anteils der gemeldeten Fälle, welcher verstirbt, nicht hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, dass inzwischen vermehrt jüngere Menschen als infiziert gemeldet** werden. Vielmehr ist die **Sterberate in allen Altersgruppen seit Mitte April sehr stark gesunken**. Es ist demnach tatsächlich so, dass die vom Coronavirus ausgehende Gefahr aktuell als weitaus geringer einzuschätzen ist als es noch Mitte April der Fall war.

Beweis: wissenschaftlicher Aufsatz von Prof. Dr. Christof Kuhbandner vom 21.09.2020; Quelle: <https://www.heise.de/tp/features/Coronavirus-Das-Aufrechterhalten-der-Massnahmen-trotz-einer-dramatisch-gesunkenen-Sterberate-4906401.html?seite=2>

Abbildung 1:



„Die in der Abbildung 1 gezeigten Ergebnisse widerlegen die Erklärung des RKI, dass der beobachtete Rückgang in der Sterberate (schwarze gestrichelte Linie in der Graphik) hauptsächlich ein künstlicher Effekt der Altersverschiebung bei den gemeldeten Fällen sei. **Die Sterberate ist in allen Altersgruppen substantiell gesunken.** Während in der Altersgruppe über 80 Jahre von den Ende März gemeldeten Fällen noch 32% verstorben sind, sind von den in den Kalenderwochen 35-37 gemeldeten Fällen nur noch 5% verstorben; während in der Altersgruppe 60-79 Jahre von den Mitte April gemeldeten Fällen noch 11% verstorben sind, sind von den in den Kalenderwochen 35-37 gemeldeten Fällen nur noch 0,9% verstorben.

Die Altersverschiebung spielt im Vergleich dazu lediglich eine geringe Rolle. Würde sich beispielsweise die Anzahl der infizierten Personen mit einem Alter von über 60 Jahren im Vergleich zu den Kalenderwochen 34-37 verdoppeln, so würde der beobachtete durchschnittliche Fall-Verstorbenen-Anteil über alle Altersgruppen hinweg von 0,1%-0,2% auf 0,3% steigen; würde sich die Anzahl der infizierten Personen mit einem Alter von über 60 Jahren vervierfachen, würde der durchschnittliche Wert über alle Altersgruppen hinweg auf 0,5% steigen. Angesichts der Größenordnung des Rückgangs seit Mitte April (von 7% auf 0,1-0,2%) ist das ein vergleichsweise geringer Wert. Zudem muss man diesen Wert wieder vor dem Hintergrund betrachten, dass die Zahl der "Coronavirus-Todesfälle" auch Todesfälle enthält, welche in **Wirklichkeit auf andere Todesursachen zurückzuführen sind**, und dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit nach wie vor eine Dunkelziffer von zwar infizierten, aber nicht gemeldeten Fällen gibt, so dass dieser Wert **die wahre Wahrscheinlichkeit, an einer SARS-CoV-2 Infektion zu versterben, überschätzt.**“

4. Keine ausgeprägte Übersterblichkeit in Deutschland

„Neue Zahlen zum Thema Gefährlichkeit des Corona-Virus! Wissenschaftler der Uni Essen haben berechnet, wie viele Menschen während der ersten Pandemiewelle zwischen

März und Mai mehr gestorben sind – und haben das mit der Bevölkerungsentwicklung verrechnet.

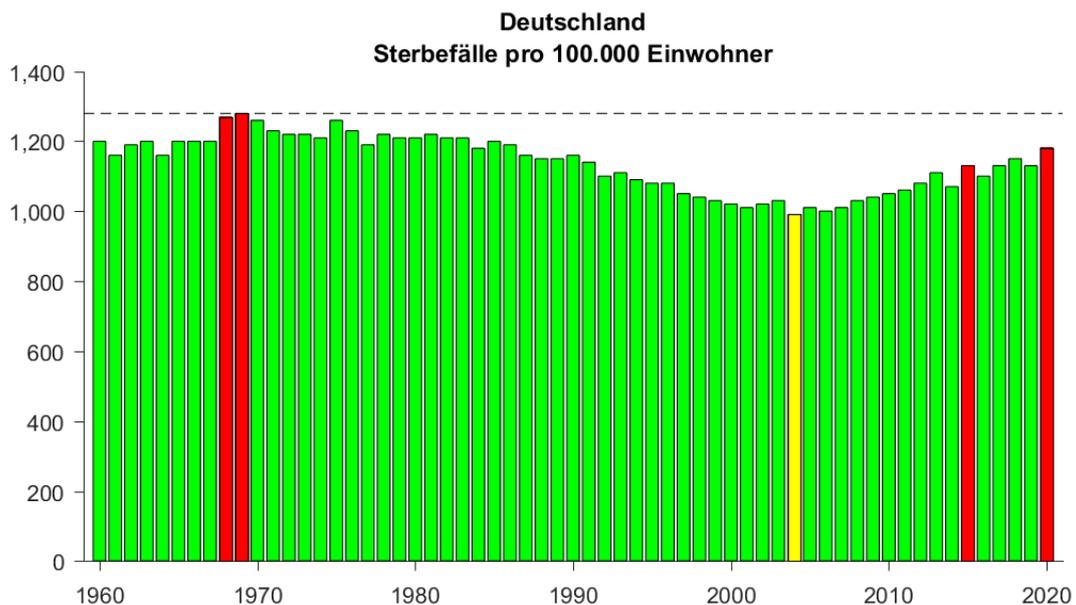
Epidemiologe Prof. Dr. Andreas Stang erklärt die Zahlen, laut denen es sogar eine **UNTERsterblichkeit** geben soll.“

Beweis: Experten sehen sogar eine Untersterblichkeit; Quelle: <https://www.bild.de/bild-plus/ratgeber/2020/ratgeber/zahlen-zur-corona-gefaehrlichkeit-experten-sehen-untersterblichkeit-73376352.view=conversionToLogin.bild.html>:

Nach dem Bericht von Prof. Dr. Göran Kauermann und Prof. Dr. Helmut Küchenhoff (beide LMU München, Institut für Statistik) vom 11.12.2020 zeigt sich adjustiert auf die Einwohnerzahl **keine ausgeprägte Übersterblichkeit**.

Beweis: CoDAG-Bericht Nr. 4 11.12.2020; Quelle: <https://www.stablab.stat.uni-muenchen.de/assets/docs/codag-bericht-4.pdf>

Bei Betrachtung der absoluten Zahlen über einen längeren Zeitraum ist festzuhalten, dass die Sterblichkeit bei der Hongkong-Grippe in den Jahren 1968/1969 deutlich höher lag als 2020 bei der COVID-19-Pandemie.



Quelle: Prof. Dr. Stefan Homburg auf Twitter vom 2.02.2021

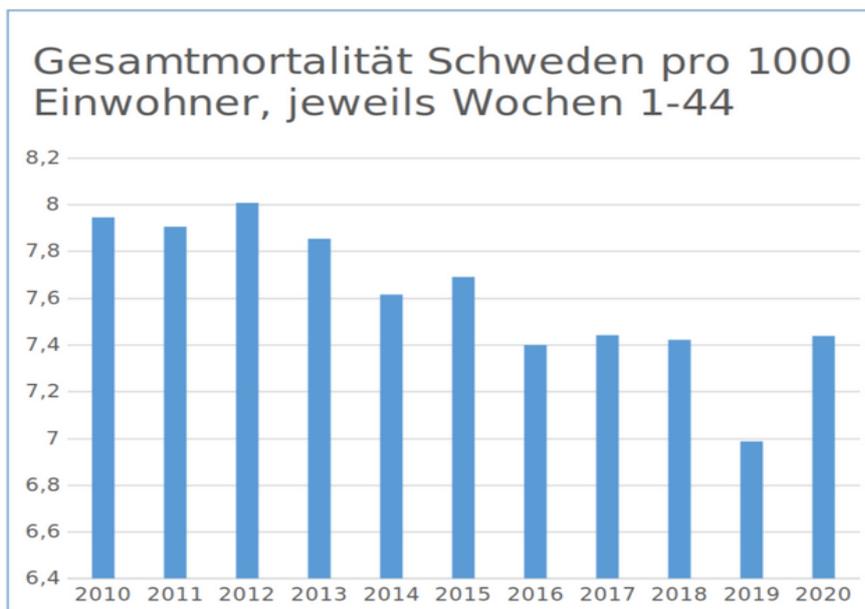
Nach den Berechnungen von Prof. Dr. Kauermann der LMU München (Institut für Statistik) sind **2020 tatsächlich nicht mehr Menschen gestorben als im Schnitt der vier Jahre zuvor** (Quelle: <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus225323039/Uebersterblichkeit-Dann-waere-klar-gewesen-was-wirklich-hier-geschieht.html>).

Das hat für Prof. Kauermann zwei Gründe. Zum einen verweist er auf die Altersstruktur der Toten. „Sie müssen wissen, dass der Jahrgang 1940, also der heute 80-Jährigen, besonders geburtenstark war“, zitiert ihn die „Welt“. 2020 seien daher fast 50.000 Tote mehr zu erwarten gewesen als im Durchschnitt der Jahre 2016 bis 2019. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Analyse, die vor kurzem im „Spiegel“ zu lesen war. „Von Jahr zu Jahr leben in Deutschland immer mehr Menschen jenseits der 65 Jahre. Denn die Jahrgänge, die ins Rentenalter eintreten, bestehen aus immer mehr Menschen“, heißt es darin. Vor diesem Hintergrund sei es logisch, dass auch die Zahl der Sterbefälle steige

(Quelle: https://www.focus.de/gesundheit/news/massive-kritik-an-pandemie-behoerde-statistiker-holt-zur-rki-schelte-aus-corona-daten-eine-einzige-katastrophe_id_12927819.html).

5. Keine Übersterblichkeit in Ländern ohne Lockdown

Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtmortalität in Schweden seit 2010 in den jeweils ersten 44 Wochen des Jahres, also jeweils bis etwa Anfang/Mitte November. Die Zahl der Verstorbenen wurde durch die Einwohnerzahl geteilt und dann mal tausend genommen. So erhält man die Gesamtmortalität pro tausend Einwohner. Die Zahl der Verstorbenen stammt von The Human Mortality Database, dessen Direktor am Max-Planck-Institut arbeitet und die die Zahlen vom statistischen Zentralamt Schwedens (SCB) verwenden. Für die Bevölkerungszahlen wurde statistaverwendet.



„Man sieht, dass Schweden innerhalb der letzten 11 Jahre 2020 die viertniedrigste Gesamtmortalität aufwies. Das heißt, in drei Jahren (2019, 2018 und 2016) hatte Schweden eine niedrigere Gesamtmortalität als 2020 und in sieben Jahren eine höhere Mortalität. 2020 ist also ein Jahr mit recht niedriger Sterblichkeit, jedenfalls besser als der Median der letzten 11 Jahre. Man kann deshalb bis Mitte November kaum von einer Sterbewelle in Schweden sprechen oder von einem verantwortungslosen epidemiologischen Umgang, der besonders vielen Menschen das Leben kostete, im Gegenteil. Von der Sterblichkeit her betrachtet ist 2020 eines der vier besten Jahre innerhalb der letzten 11 Jahre.“

Beweis: Verfassungsbeschwerde eines deutschen Richters, Seite 168,169; Quelle: : <https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Verfassungsbeschwerde-Richter-anonym-30122020.pdf>

Eine neuere Auswertung der Sterbezahlen durch den Professor für Mathematik Rießinger zeichnet folgendes Bild:

Sterblichkeitsdaten Schweden		
Jahr	Sterbefälle	Sterbefälle pro 10000 Einwohner
2006	91177	100,77
2007	91729	100,65
2008	91449	99,59
2009	90080	97,32
2010	90487	96,87
2011	89938	95,52
2012	91938	96,95
2013	90402	94,60
2014	88976	92,25
2015	90907	93,26
2016	90982	92,36
2017	91972	92,02
2018	92185	91,09
2019	88766	86,77
2020	98124	95,01

Grundlage der Auswertung waren die Zahlen des statistischen Zentralamts Schwedens (abgerufen am 23.02.2021; <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/>). Prof Rießinger kommt zu folgendem Schluss:

„Sowohl in absoluten als auch in relativen Zahlen ist ein starker Sprung zwischen 2019 und 2020 zu bemerken, aber die Daten der vorhergehenden Jahre zeigen, dass im Jahr 2019 eine außerordentlich niedrige Sterblichkeit vorgelegen hat, sodass 2020 tatsächlich mit einem Nachholeffekt gerechnet werden musste: Sterben in einem Jahr deutlich weniger Menschen, als zu erwarten war, so sind im nächsten Jahr mehr Menschen mit hohem Sterblichkeitsrisiko vorhanden. **Unabhängig davon lag die relative Sterblichkeit in den Jahren 2006 bis 2012 höher als 2020, weshalb 2020 in der Rangfolge der relativen Sterblichkeiten einen Mittelplatz einnimmt.**“

Beweis: <https://reitschuster.de/post/der-schwedische-weg-was-die-zahlen-sagen/>

Auch der Blick auf das **Bundesland Georgia in den USA** zeigt, dass eine frühzeitige Rückkehr zum normalen Leben bereits Ende April 2020 zu keiner Übersterblichkeit geführt hat. Sieben Monate nach Rückkehr zum normalen Leben liegt Georgia mit seiner Pro-Kopf-Sterblichkeit sogar unter dem nationalen Durchschnitt. Es gab zwar eine Exzesssterblichkeit in den ersten beiden Monaten nach Wiedereröffnung. Nun befinden sich die Sterbezahlen im Durchschnitt der Jahre 2014-2019.

Beweis: Hope and Freedom in Georgia von Jeffrey A. Tucker. 23.12.2020; Quelle: <https://www.aier.org/article/hope-and-freedom-in-georgia/>

6. Altersmedian der Corona-Toten über durchschnittlicher Lebenserwartung

Hierzu aus dem RKI-Lagebericht vom 05.01.2021: „Von allen Todesfällen waren 31.402 (88%) Personen 70 Jahre und älter, der **Altersmedian** lag bei **84 Jahren** (sh. dazu auch Tabelle 4).“

Beweis: RKI-Lagebericht vom 05.01.2021; Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Jan_2021/2021-01-05-de.pdf?__blob=publicationFile

Die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland beträgt 82 Jahren (Quelle: statistisches Bundesamt; https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html)

Daraus ist erkennbar, dass Menschen, die an oder mit Corona versterben, überwiegend älter als die durchschnittliche Lebenserwartung in Deutschland werden.

7. Angegebene COVID-19-Todesfälle unzutreffend

Die Aussage von Bundeskanzlerin Dr. Merkel auf der Pressekonferenz am 25.11.2020, wonach in den letzten 24 Stunden 410 Menschen an COVID-19 gestorben seien, ist unzutreffend. Laut Prof. Dr. Christof Kuhbandner, der dies statistisch ausgewertet hat, aus folgenden drei Gründen:

1. Anders als von Angela Merkel behauptet, spiegelt die vom RKI täglich berichtete Anzahl an neuen sogenannten "COVID-19-Todesfällen" aufgrund von Meldeverzügen nicht die in den letzten 24 Stunden aufgetretenen Todesfälle wider.

Von den am 25. November gemeldeten 410 "COVID-19-Todesfällen" ist ein großer Teil gar nicht in den letzten 24 Stunden verstorben. Zum einen sind viele dieser Sterbefälle in Wirklichkeit bis zu drei Wochen vorher verstorben, so dass noch abzuwarten bleibt, wie hoch die Anzahl der "COVID-19-Todesfälle" aktuell tatsächlich ist. Zum anderen ist die am 25. November vom RKI berichtete Anzahl deswegen vergleichsweise hoch, weil Mitte der Woche viele Todesfälle von Sonntag und Montag nachgemeldet werden. Eine Interpretation der Zahlen Mitte der Woche ohne Einbezug des Meldeverzugs erweckt den irreführenden Anschein einer aktuell sehr hohen Anzahl von Todesfällen und schürt damit nicht gerechtfertigte Ängste.

2. Nur ein Teil der vom RKI als "COVID-19-Todesfälle" geführten Sterbefälle ist in Wirklichkeit ursächlich am Coronavirus SARS-CoV-2 verstorben. Demnach werden also zumindest in Bayern auch Personen als "COVID-19-Todesfälle" gezählt, welche aufgrund von anderen Ursachen verstorben sind und nur zusätzlich ein positives SARS-CoV-2-Testergebnis aufwiesen.

3. Die ergriffenen Maßnahmen verursachen ebenfalls Todesfälle, bei denen ebenfalls ein aufrichtiges Beileid zu bekunden wäre, und welche für eine Einordnung der Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen den Bürgerinnen und Bürgern nicht vorenthalten werden dürfen.

Beweis: wissenschaftlicher Aufsatz von Prof. Dr. Christof Kuhbandner vom 30.11.2020; Quelle: <https://www.heise.de/tp/features/Coronavirus-Todesfaelle-Ueber-die-fragwuerdige-Diagnostik-und-die-irrefuehrende-Darstellung-in-4973792.html?seite=2>

Diese Feststellungen von Prof. Dr. Kuhbandner werden untermauert durch die Aussagen von Prof. Dr. Bertram Häussler in der Ärztezeitung. Prof. Dr. Bertram Häussler schreibt dort, dass zwischen dem Zeitpunkt, an dem sich die Todesfälle ereignen, und dem Meldetag etwa **vier Wochen vergehen**. Das zeige eine Analyse des „IGES Pandemie Monitors“. Danach sind zwischen dem 1. November und dem 14. Dezember 2020 die täglichen Meldungen des RKI deutlich hinter den tatsächlich eingetretenen Todesfällen zurückgeblieben. Der **Meldeverzug** habe damals eine **Größe von über 7000 Todesfällen** erreicht. Dieser Stau wurde dann im neuen Jahr quasi aufgearbeitet, was zwischen dem 7. Und dem 8. Januar dann geschafft war (vgl. Quelle <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Deutschland-im-Corona-Blindflug-416280.html>).

Nach diesen Angaben von Prof. Dr. Häussler kann auch die **RKI-Grafik zu den COVID-19-Todesfällen nicht als Basis** für Grundrechtseingriffe genommen werden, da diese **Grafik aufgrund des erheblichen Meldeverzugs unzutreffend** ist.

Interessant ist auch, dass die Staatsregierung zugibt, dass als Todesfälle Personen gezählt werden, die mit oder an SARS-CoV-2 verstorben sind, sowie Personen, bei denen die Ursache unbekannt ist.

8. Verstorbene Heimbewohner werden nachträglich zu Coronatoten erklärt

In einem Schreiben vom 4.12.2020 an alle Praxen des Landkreises Aichach-Friedberg werden die Ärzte gebeten bei verstorbenen Heimbewohnern, die bislang negativ auf COVID-19 getestet wurden, im Rahmen der Leichenschau einen erneuten PCR-Abstrich durchzuführen.

Dies belegt, dass die **COVID-19-Sterbefälle nach oben frisiert** werden. Sogar Patienten, bei denen überhaupt kein Zusammenhang mit einer COVID-19-Erkrankung besteht und die bereits verstorben sind, wird versucht nachträglich zu COVID-19-Todesfällen zu machen. Der einzige Zweck scheint hier zu sein, möglichst viele COVID-19-Sterbefälle zu generieren.

Beweis: Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung vom 4.12.2020



KVB - Postfach 10 20 20 86010 Augsburg

An alle Praxen
des Landkreises Aichach-Friedberg

Arztlicher Koordinator

Regionales Lagezentrum Schwaben
Telefon: 0821 / 3256 - 280
Mail: lagezentrum.schwaben@kvb.de
Unser Zeichen: sub-schnell

04.12.2020

Betreff: Leichenschau im Zusammenhang mit verstorbenen Covid-19 Patienten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

In Abstimmung mit dem Gesundheitsamt bitten wir um folgende Beachtung:

Bei der Leichenschau bitte dringend die Vorgaben des RKI einhalten. Bei an Covid-19 verstorbenen Patienten muss ein Hinweis auf "infektiös" und "Covid-19" explizit vermerkt sein.

Dies hat entsprechende Konsequenzen auch für den Bestatter. Nähere Informationen über nachfolgenden Link:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Verstorbene.html

(da steht unter 3. ganz klar, dass „COVID-19“ auf dem Todesschein explizit vermerkt werden muss).

Des Weiteren bittet das Gesundheitsamt darum, bei verstorbenen Heimpatienten, die bislang negativ auf Covid-19 getestet waren, im Rahmen der Leichenschau einen erneuten PCR-Abstrich durchzuführen. Diese Proben müssten dann dem Gesundheitsamt zugeführt werden, das die weitere Einsendung der Proben veranlasst.

Besten Dank für Ihre Mithilfe.
Viele Grüße

9. Falsche Vermeldung von COVID-19-Toten in Kalbschütztal

Nachträglich stellte sich heraus, dass seitens des Landratsamts Meißen 13 Corona-Tote gemeldet wurden, die es gar nicht gab.

Beweis: <https://www.bild.de/regional/dresden/dresden-aktuell/buergermeister-13-corona-tote-die-es-in-meinem-ort-gar-nicht-gab-75627804.bild.html>

Dies ist ein weiterer Beleg dafür, dass die Meldungen der COVID-19-Toten in keiner Weise zuverlässig sind.

10. Gefälschte Totenscheine durch Ärzte

Ein Arzt aus Bayern wurde fünfmal angehalten, Totenscheine nachträglich „auf Corona“ umzuschreiben. Von der Klinikleitung. Dann verweigert er den Dienst dieser „manipulativen Leichenschau“ und rät dem Chefarzt, diese Straftat selbst zu begehen. Ihn plagt das Gewissen. Dann reicht es ihm. „Das ist Urkundenfälschung!“, sagt er und verweigert diesen Dienst. Leserinnen unserer Kolumne, deren Angehörige in Kliniken mit negativem Coronatest „an oder mit Corona“ verstorben sein sollen, bestätigen diesen Verdacht.

Beweis: <https://reitschuster.de/post/herr-doktor-faelscht-die-totenscheine/>

IV.7-Tage-Inzidenzwert nach offiziellen RKI-Dokumenten falsch

Bereits aus zwei offiziellen RKI-Dokumenten kann belegt werden, dass der 7-Tage-Inzidenzwert unzutreffend ist und nicht als Grundlage für ein vermeintliches Infektionsgeschehen herangezogen werden kann.

1. 95,83 % der positiven Tests laut RKI falsch

Auf der Webseite des RKI gibt dieses selbst an, dass es nur bei 4,17 % der positiv Getesteten vom Vorliegen einer Infektion ausgeht.

Hier der Auszug aus der Webseite:

„Kennzahlen

Positiver Vorhersagewert: Eine Person hat ein positives Testergebnis. Wie wahrscheinlich ist sie tatsächlich infiziert?

Negativer Vorhersagewert: Eine Person hat ein negatives Testergebnis. Wie wahrscheinlich ist sie tatsächlich nicht infiziert?

	Kennzahl	Wert
1	Positiver Vorhersagewert	4.17 %
2	Negativer Vorhersagewert	99.91 %

Beweis: https://rki-wiko.shinyapps.io/test_qual/

Das bedeutet, dass das RKI selbst davon ausgeht, dass nur 4,17 % der positiven PCR- Tests richtig sind und bei nur **4,17 % der positiv Getesteten eine SARS-COV-2-Infektion gegeben** ist. Das bedeutet, dass das RKI nach ihren eigenen Annahmen richtiger Weise nur 4,17 % der positiven PCR-Tests auch in den 7-Tage-Inzidenzwert einfließen lassen dürfte. Tatsächlich wird aber jeder positive PCR-Test als „neuer Fall“ bzw.

als Nachweis für eine bestehende Infektion erfasst. Unter Berücksichtigung ihrer eigenen Annahmen müsste das RKI 95,83% der positiven Tests herausrechnen, was natürlich einen wesentlich niedrigeren Wert ergäbe.

2. Erheblicher Probenrückstau verfälscht 7-Tage-Inzidenzwert

Darüber hinaus besteht ein erheblicher Probenrückstau. Die Tatsache, dass Proben aus PCR-Tests einfach, an dem Tag in den 7-Tage-Inzidenzwert einfließen, an dem von einer bereits vor mehreren Wochen entnommenen Probe das positive Ergebnis vom Labor gemeldet wird, verfälscht den 7-Tage-Inzidenzwert. Wie drastisch der Probenrückstau ist und dass sogar noch nicht alle Proben aus den ersten Pandemiewochen der Kalenderwoche 15, 16 und 17 ausgewertet sind, offenbart unten stehende Grafik des RKI aus dem Lagebericht vom 23.12.2020:

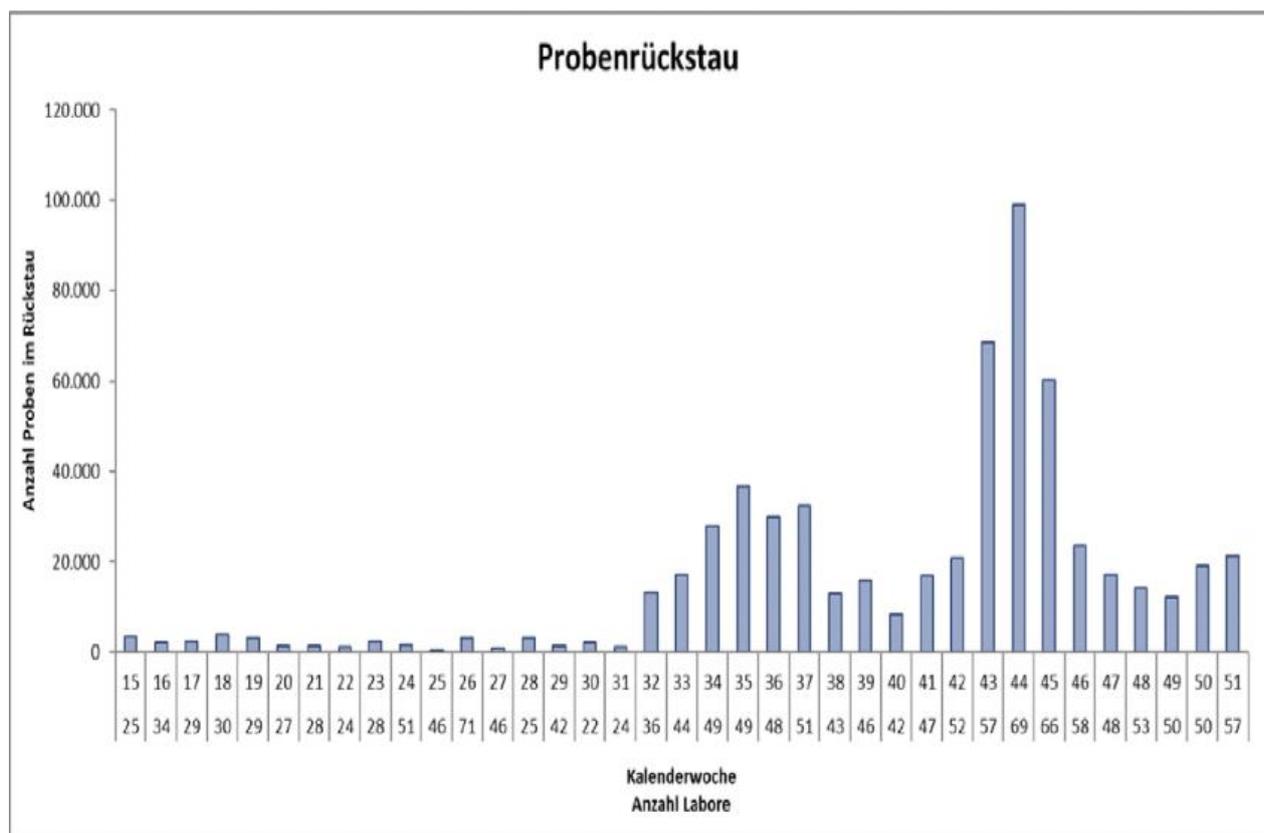


Abbildung 6: Rückstau an PCR-Proben zur SARS-CoV-2 Diagnostik, Kalenderwoche 15-51, 2020

RKI Grafik abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-23-de.pdf?blob=publicationFile

V. 7-Tage-Inzidenzwert nach Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021 falsch

Darüber hinaus empfiehlt die WHO in einer am 20.01.2021 veröffentlichten Informationsnotiz einen erneuten PCR-Test bei einer asymptomatischen Person, die positiv getestet wurde. Daraus folgt, dass grundsätzlich positiv getestete Menschen ohne Symptome nach Ansicht der WHO nicht mehr als „Fälle“ zu zählen sind, sondern dazu ein weiterer Test gemacht werden sollte. Aufgrund dieser WHO-Notiz dürfen positiv getestete Menschen ohne Symptome nicht mehr als „Fälle“ erfasst werden.

Beweis: <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05>)

VI. PCR-Test nicht validiert, nicht geeignet eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus nachzuweisen und hohe Fehlerquote

1. Aussagekraft des PCR-Tests nach den Ergebnissen des Corona-Ausschusses

Kurzbericht vom 13.09.2020, Seite 7: „SARS-CoV-2 soll derzeit vermittels eines PCR-Tests nachgewiesen werden. Dieser spürt winzige virale Gen-Abschnitte auf, repliziert diese immer wieder und macht sie dadurch messbar. Aus den so vermehrten und nachgewiesenen Genabschnitten werden Rückschlüsse auf das Vorhandensein von vorher als Träger solcher Abschnitte definierten Viren gezogen. Je einmaliger und typischer diese Abschnitte ausgewählt und gefunden werden, umso wahrscheinlicher ist die Anwesenheit des gesuchten Virustyps.

Einzelne Abschnitte des gesuchten SARS-CoV-2-Virus kommen wie das für die Virushülle codierende E-Gen bei vielen schon lange auch in Europa verbreiteten Coronaviren vor. Wenn, wie von der WHO für einige Zeit vorgeschlagen und von vielen Laboren praktiziert, nur diese weniger spezifischen Gen-Abschnitte bestimmt werden, ist der PCR-Test besonders häufig falsch positiv.

Wegen der unübersichtlichen Praxis der PCR-Testungen ist eine Aussage zur epidemiologischen Bedeutung der SARS-CoV-2 Viren bis heute nahezu unmöglich. Aus den PCR-Testergebnissen allein lassen sich nach übereinstimmender Aussage der vom Ausschuss befragten Spezialisten und Labore **keine verlässlichen Abschätzungen für Infektionsrisiken** und damit auch keine infektionsbegrenzenden Maßnahmen ableiten.

Der Biochemiker und Nobelpreisträger Kary Mullis hatte den PCR-Test im Jahr 1983 entwickelt, um DNA-Sequenzen in vitro zu vervielfältigen. Sein Test, so Mullis, sei für diagnostische Zwecke nicht geeignet. Wie die Biologin Prof. Ulrike Kämmerer, die Immunologin und Virologin Prof. Dolores Cahill, der Immunologe Prof. Pierre Capel und der Mikrobiologe Clemens Arvey im Corona-Ausschuss übereinstimmend erklärten, kann mit dem Test auch heutzutage nicht festgestellt werden, ob eine aktive Virusinfektion vorliegt. Die mit dem Test aufgefundenen Gensequenzen können ebenso gut aus einer bereits überwundenen Virusinfektion oder einer Kontamination stammen, die gar nicht zu einer Infektion führt.

Beweis: Kurzbericht vom 13.09.2020 Corona-Ausschuss (**Anlage K 1**)

Ferner gab der Professor für Immunologie der Universität Bern, Beda Stadler, in einem Interview an: **„Ich kenne keinen Wissenschaftler auf dieser Welt, der den PCR-Test als Infektionsnachweis gelten lassen würde.“**

Beweis: Beitrag aus linth24 vom 21.09.2020 „Die meisten sind gegen das Virus sowieso immun“; Quelle: <https://www.linth24.ch/articles/27244-die-meisten-sind-gegen-das-virus-sowieso-immun>

2. Prof. Drosten im Jahr 2014: Einsatz von PCR-Test bei gesunden Menschen ohne Aussagekraft

Prof. Drosten hat den PCR-Test für das SARS-CoV-2-Virus entwickelt. Im Jahr 2014 äußerte sich Prof. Drosten noch kritisch zur Aussagekraft und Empfindlichkeit des PCR-Tests. Insbesondere kritisierte er das Testen von gesunden, symptomlosen Menschen und deren Erfassung in der Statistik wie auch das Hochkochen durch die Medien. Auch hielt Prof. Drosten es für fraglich, ob symptomlose Menschen das Virus weitergeben können und sprach sich für das Einhalten der Definition von Erkrankung durch die Behörden aus.

Auszüge aus dem Interview:

„Was ja an sich kein Fehler ist, oder?“

Nun ja. Es ist eben so, dass es bisher eine klare Fall-Definition gab, also ein striktes Schema, das festlegte, welcher Patient als Mers-Fall gemeldet wurde. Dazu gehörte zum Beispiel, dass der Patient eine Lungenentzündung hat, bei der beide Lungenflügel betroffen sind. Als in Dschidda Ende März diesen Jahres aber plötzlich eine ganze Reihe von Mers-Fällen auftauchten, entschieden die dortigen Ärzte, alle Patienten und das komplette Krankenhauspersonal auf den Erreger zu testen. Und dazu wählten sie eine hochempfindliche Methode aus, die Polymerase-Kettenreaktion (PCR).

Klingt modern und zeitgemäß.

Ja, aber die Methode ist so empfindlich, dass sie ein einzelnes Erbmolekül dieses Virus nachweisen kann. Wenn ein solcher Erreger zum Beispiel bei einer Krankenschwester mal eben einen Tag lang über die Nasenschleimhaut huscht, ohne dass sie erkrankt oder sonst irgendetwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein Mers-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten. Auch so ließe sich die Explosion der Fallzahlen in Saudi-Arabien erklären. Dazu kommt, dass die Medien vor Ort die Sache unglaublich hoch gekocht haben.“

...

„Was wäre Ihrer Meinung nach zu tun?“

Es wäre sehr hilfreich, wenn die Behörden in Saudi-Arabien wieder dazu übergehen würde, die bisherige Definitionen der Krankheit einzuhalten. Denn was zunächst interessiert, sind die echten Fälle. Ob symptomlose oder mild infizierte Krankenhausmitarbeiter wirklich Virusträger sind, halte ich für fraglich. Noch fraglicher ist, ob sie das Virus an andere weitergeben können. Das Beraterteam des neuen Gesundheitsministers sollte stärker zwischen medizinisch notwendiger Diagnostik und wissenschaftlichem Interesse unterscheiden.“

Beweis: Der Körper wird ständig von Viren angegriffen; Quelle:

<https://www.wiwo.de/technologie/forschung/virologe-drosten-im-gespraech-2014-der-koerper-wirdstaendig-von-viren-angegriffen/9903228-all.html>

3. Weitere renommierte Wissenschaftler gegen den PCR-Test

Dr. Mike Yeadon, Experte für Biochemie, Toxikologie und respiratorische Pharmakologie, war viele Jahre Vizepräsident und leitender Direktor der Abteilung Forschung und Entwicklung des US-Pharmaunternehmens Pfizer in Sandwich, Grossbritannien, bevor er

2011 sein eigenes Biotech-Unternehmen Ziarco gründete. Yeadon bekräftigte nun erneut, dass der **PCR-Test alleine nichts über eine Infektion aussage**.

Beweis: Pfizer-Vize bekräftigt: PCR-Test alleine sagt nichts über Infektion aus; Quelle 1: <https://www.wochenblick.at/pfizer-vize-bekraeftigt-pcr-test-alleine-sagt-nichts-ueber-infektion-aus/>

Dr. Mike Yeadon: Government are using a Covid-19 test with undeclared false positive rates. Quelle 2: <https://www.youtube.com/watch?v=Ch7wze46md0>

In oben genannter Quelle 1 sind auch weitere Wissenschaftler zitiert, die ebenso bestätigen, dass der PCR-Test alleine nichts über eine Infektion aussagt.

Es handelt sich um folgende Wissenschaftler:

- Dr. Claier Craig, Pathologin und Expertin für diagnostisches Testen
- Prof. Dr. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Prof. DDr. Martin Haditsch, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektions-epidemiologie sowie Facharzt für Infektiologie und Tropenmedizin

Dr. Mike Yeadon äußerte sich in einem Artikel vom 20.09.2020 wie folgt:

„Aufgrund der hohen Falsch-Positiv-Rate und der geringen Prävalenz war **fast jeder positive Test**, ein sogenannter Fall, der seit Mai dieses Jahres von Säule 2 identifiziert wurde, ein FALSCH POSITIV. Nicht nur ein paar Prozent. Nicht ein Viertel oder auch nur die Hälfte der Positiven sind **FALSCH POSITIV**, sondern rund **90 %**.“

Englisch Original:

„Because of the high false positive rate and the low prevalence, almost every positive test, a so-called case, identified by Pillar 2 since May of this year has been a FALSE POSITIVE. Not just a few percent, Not a quarter or even a half of the positives are FALSE, but around 90% of them.“

Beweis: Lies, Damned Lies and Health Statistics – the Deadly Danger of False Positives; Quelle: <https://lockdownsceptics.org/lies-damned-lies-and-health-statistics-the-deadly-danger-of-false-positives/>

Prof. Dr. med. René Gottschalk, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, seit 2011 Leiter des Gesundheitsamtes in Frankfurt äußerte sich zusammen mit **Prof. Dr. med. Ursel Heudorf**, Fachärztin für öffentliche Gesundheit, wie folgt:

„Bei niedriger Prävalenz in der Bevölkerung und umfangreicher Testung von asymptomatischen Personen wird man selbst bei angenommener hoher Sensitivität und Spezifität des Tests falsch positive Befunde erhalten. Der PCR-Test detektiert Genabschnitte von SARS-CoV-2; er sagt nichts darüber aus, ob es sich um infektiöse Viren oder um Virusreste nach durchgemachter Infektion handelt.“

Beweis: Portal der Landesärztekammer Hessen vom 25.9.2020; Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/137821>

Dr. Kamran Abbasi, Chefredakteur des renommierten **British Medical Journals** und Editor im Journal der Royal Society of Medicine äußerte sich wie folgt:

„**Die Wissenschaft wird aus politischen und finanziellen Gründen unterdrückt.** Covid-19 hat in grossem Umfang **staatliche Korruption** ausgelöst und ist schädlich für die öffentliche Gesundheit. Politiker und Industrie sind für diese opportunistische Unterschlagung verantwortlich. So auch Wissenschaftler und Gesundheitsexperten. Die Pandemie hat gezeigt, wie der **medizinisch-politische Komplex** im Notfall manipuliert werden kann – in einer Zeit, in der es eigentlich wichtiger wäre, die Wissenschaft zu schützen.“

Englisch Original:

„Science is being suppressed for political and financial gain. Covid-19 has unleashed state corruption on a grand scale, and it is harmful to public health. Politicians and industry are responsible for this opportunistic embezzlement. So too are scientists and health experts. The pandemic has revealed how the medical-political complex can be manipulated in an emergency—a time when it is even more important to safeguard science.“

Beweis: Covid-19: politicisation, “corruption,” and suppression of science; Quelle: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m4425>

Die Autoren des spanischen Wissenschaftsmagazins, D Salud Discovery, lehnten sich noch weiter aus dem Fenster, als sie in einem hochexplosiven Artikel aufzeigten, dass die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) kein SARS-CoV-2 erkennt.

Beweis: La estafa se constata: la PCR no detecta el SARS-CoV-2; Spanisch Original: <https://www.dsalud.com/reportaje/la-estafa-se-constata-la-pcr-no-detecta-el-sars-cov-2/>

Englische Übersetzung: The scam has been confirmed: PCR does not detect SARS-CoV-2; <http://philosophers-stone.info/wp-content/uploads/2020/11/The-scam-has-been-confirmed-Dsalud-November-2020.pdf>

Des Weiteren wird in dem Artikel von „D Salud Discovery“ **Prof. Stephen Bustin**, einer der weltweit führenden Experten im Bereich der PCR zitiert, der bestätigt, **dass unter bestimmten Bedingungen jeder positiv auf SARS-CoV-2 testen kann.**

Am 23.11.2020 wurde durch Rechtsanwalt Dr. Fuellmich eine Klage beim Landgericht Berlin eingereicht. Diese Klage setzt sich in ihrem Inhalt auch ausführlich zur Aussagekraft des PCR-Tests auseinander und legt dar, dass der PCR-Test nicht geeignet ist, eine Infektion nachzuweisen. Diese Klage ist als **Anlage K 2** beigefügt.

Beweis: Klage Dr. Fuellmich LG Berlin vom 23.11.2020 (Anlage K 2)

In der Klageschrift ist eine Stellungnahme des **Medizinprofessors und Chairman of the Royal College of Physicians and Surgeons Ottawa, Canada, Dr. Roger Hodgkinson** abgedruckt:

„Und ein Wort zu den Tests. Ich möchte betonen, dass ich in der Branche der Tests für COVID tätig bin. Ich möchte betonen, dass **positive Testergebnisse nicht** – unterstrichen in Neon – eine **klinische Infektion** bedeuten. Es treibt lediglich die öffentliche Hysterie an, und **alle Tests sollten aufhören.**“

Englisch Original:

„And a word on testing. I do want to emphasize that I'm in the business of testing COVID. I do want to emphasize that positive test results do not – unerlined in neon – mean a clinical infection. It's simply driving public hysteria, and als testing should stop.“

Beweis: Dr Roger Hodgkinson - Positive results do not mean a clinical infection; Quelle: <https://www.bitchute.com/video/Rs9R4PP5htlx/>

4. Antwort des Berliner Senats auf Anfrage des Abgeordneten Luthe

Schließlich gab die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit auf eine Anfrage des Abgeordneten Marcel Luthe an, dass PCR-Tests eigentlich nicht in der Lage sind, eine Infektion im Sinne des Infektionsschutzgesetzes festzustellen.

Wörtliche Antwort: „Soweit es auf das Vorhandensein „vermehrungsfähiger Viren“ ankommt: ist ein sogenannter PCR-Test in der Lage, zwischen einem „vermehrungsfähigen“ und einem „nicht-vermehrungsfähigen“ Virus zu unterscheiden?: Schriftliche Antwort: „Nein“.

Beweis: Antwort des Abgeordnetenhauses Berlin vom 30.10.2020, Drucksache 18/25 212 ; Quelle: <https://www.berliner-zeitung.de/news/anfrage-an-berliner-senat-weckt-zweifel-an-aussagekraft-von-pcr-test-li.117128>).

5. Urteil des Berufungsgerichts in Lissabon zur Quarantäne von vier Menschen

Im konkreten Fall ging es um eine Entscheidung der regionalen Gesundheitsbehörden über die Quarantäne von vier Menschen, die ein Gericht der unteren Instanz aufgehoben hatte. Das Berufungsgericht hat diese Entscheidung bestätigt und die Quarantäne für unrechtmäßig erklärt. Von den vieren war eine Person mit einem PCR-Test positiv auf Covid getestet worden, die anderen wurden als so genannte Kontaktpersonen ersten Grades in Quarantäne geschickt. Das Gericht führte zudem laut tkp.at noch einige grundlegende Überlegungen zu den PCR-Tests aus:

„Auf der Grundlage der **derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Beweise** ist dieser Test an und für sich **nicht in der Lage, zweifelsfrei festzustellen, ob die Positivität tatsächlich einer Infektion** mit dem SARS-CoV-2-Virus entspricht, und zwar aus mehreren Gründen, von denen zwei von vorrangiger Bedeutung sind: Die Zuverlässigkeit des Tests hängt von der **Anzahl der verwendeten Zyklen sowie von der vorhandenen Viruslast** ab.“ Das Gericht geht davon aus, dass „wenn eine Person durch den PCR-Test als positiv getestet wird, wenn ein Schwellenwert von 35 Zyklen oder höher verwendet wird (wie es in den meisten Labors in Europa und den USA die Regel ist), die Wahrscheinlichkeit, dass diese Person infiziert ist, weniger als drei Prozent beträgt und die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis ein falsch positives ist, 97 Prozent beträgt“. Weiter führt das Gericht aus, dass der Schwellenwert für die Zyklen, der für die derzeit in Portugal durchgeführten PCR-Tests verwendet wird, unbekannt ist.

Beweis: Portugiesisches Berufungsgericht hält PCR-Tests für unzuverlässig und hebt Quarantäne auf; Quelle: <https://tkp.at/2020/11/17/portugiesisches-berufungsgericht-haelt-pcr-tests-fuer-unzuverlaessig-und-hebt-quarantaene-auf/>

Portugiesisches Originalurteil:
<https://drive.google.com/file/d/1t1b01H0Jd4hsMU7V1vy70yr8s3jIBedr/view>

6. Packungsbeilage cobas SARS CoV 2 PCR-Tests

Zur Anwendung bei Patienten mit Anzeichen und Symptomen einer möglichen COVID-19-Erkrankung (z.B. Fieber und/oder andere Symptome akuter Atemwegserkrankungen). Positive Ergebnisse deuten auf das Vorhandensein von SARS-CoV2 RNA hin, aber **nicht unbedingt auf das Vorliegen eines übertragbaren Virus**. Zur Bestimmung des Patienteninfektionsstatus müssen sie in klinischer Korrelation zur Anamnese des Patienten und sonstigen diagnostischen Informationen gesehen werden. Positive Ergebnisse schließen eine bakterielle Infektion oder Koinfektion mit anderen Viren nicht aus. Der nachgewiesene Erreger ist eventuell nicht die definitive Ursache der Erkrankung.

7. Bayerische Landesärztekammer

Auch die Bayerische Landesärztekammer bezieht am 10.10.2020 zur Aussagekraft eines PCR-Tests Stellung. Nach Ansicht der Bayerische Landesärztekammer sind PCR-Tests, die **mehr als 35 Zyklen fahren, nicht aussagekräftig**, da der Patient laut führenden Virologen in der Regel dann eine geringe Viruslast in sich trägt, die mit großer Wahrscheinlichkeit nicht vermehrungsfähig ist.

Beweis: Aussagekraft von PCR-Tests auf SARS-CoV-2 erhöhen; Quelle:

<https://www.blaek.de/meta/presse/presseinformationen/presseinformationen-2020/aussagekraft-von-pcr-tests-auf-sars-cov-2-erhoehen>

Derzeit gibt es keine standardisierten Tests und es werden auch PCR-Tests verwendet, die mehr als 35 Zyklen fahren. Insbesondere ist der PCR-Test von Prof. Drosten auf 45 Zyklen eingestellt.

8. Hohe Fehlerquoten der PCR-Tests

Ein großes bayerisches Labor hat einem Zeitungsbericht zufolge bei Corona-Tests reihenweise falsch positive Ergebnisse hervorgebracht. Bei Nachprüfungen in einem Krankenhaus im oberbayerischen Taufkirchen/Vils ist aufgefallen, dass sich 58 von 60 positiven Tests als falsch positiv herausgestellt haben.

Beweis: Zeitung – Probleme in Labor bringen falsche Corona-Testergebnisse; Quelle:

<https://de.reuters.com/article/virus-deutschland-tests-idDEKBN27D0MY>

Auch bei Profifußballspielern ergab eine Nachtestung, dass der zunächst durchgeführte Test falsch positiv war. So gab es falsch positive Tests beim FC Bayern Spieler Serge Gnabry, bei den Würzburger Kickers und beim 1. FC Heidenheim.

Beweis: Ärger um „falsch positive“ Tests bei Fußballvereinen; Quelle:

<https://www.faz.net/aktuell/sport/fussball/fussballvereine-von-falsch-positiven-corona-tests-betroffen-17019023.html>

Da außerhalb von Profi-Fußballvereinen grundsätzlich keine kostenintensiven Nachtestungen vorgenommen werden, kann nicht abgeschätzt werden, **wie viele der positiv getesteten Menschen ohne Symptome tatsächlich falsch positiv sind**. Es entsteht auch eine Zwei-Klassengesellschaft. Wohlhabende und Privilegierte können eine Nachtestung

machen lassen, während der Normalbürger, wenn er einmal positiv getestet wurde, keine Nachtestung machen darf und sich in Quarantäne begeben muss.

9. Brief im Ärzteblatt

Im aktuellen Ärzteblatt erschien ein Brief von Dr. Hans Jürgen Scheurle. Es wird daraus zitiert. Die Hervorhebungen erfolgen durch den Unterzeichner:

„In Nachrichten und Medien wird die Zahl positiv PCR-Getesteter als „neue Coronafälle“ oder „Neuinfektionen“ bezeichnet. **Bedeutet ihr Ansteigen eine besondere Gefahr? Nein! PCR-Tests sagen weder etwas darüber aus, ob ein Mensch krank noch ob er infektiös ist**, d. h. andere mit COVID-19 anstecken kann. Sie stützen allein die Diagnostik bei bereits bestehender Erkrankung. Da ein **positiver Test weder gleich Infektion noch gleich Erkrankung** ist, müsste es in den Medien „positiv PCR-Getestete“ heißen. Angaben wie „20.000 neue Coronafälle“ oder „Neuinfektionen“ sind falsch.

Laienpresse und Politiker setzen positive PCR-Tests mit Infektion oder Krankheit gleich. Die drei Begriffe haben jedoch unterschiedliche medizinische Bedeutung. Über 80% der positiv Getesteten sind gesund und können ihrer Arbeit nachgehen. Über 15% haben mittlere Grippe-symptome. 1–2% sind schwerer krank oder intensivpflichtig, Todesfälle bewegen sich je nach Quelle um 0,2%. Weil unklar ist, ob positiv Getestete ansteckend sind, bringt auch die PCR-Nachverfolgung ihrer Kontaktpersonen keine echte Klärung. Gegenteilige Ansichten von Regierungsvertretern sind irrig, diesbezügliche Maßnahmen sinnwidrig.“ ...

„**Wir Ärzte sind verpflichtet, uns gegen unsinnige, schädliche Regierungsmaßnahmen zu wenden und dem auf PCR-Tests gegründeten Shutdown, der kulturellen Isolation und dem wirtschaftlichen Niedergang zu begegnen.** Begeht die Politik hier „zum Schutz der Menschen“ sozialen Selbstmord – aus lauter Angst vor dem Tod? Freiheit und soziale Gesundheit stehen hier einer staatlichen Überfürsorge entgegen, deren Folgeschäden kaum absehbar sind.“

Beweis: Coronapandemie: PCR-Test, Infektion, Erkrankung; Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/216905/Coronapandemie-PCR-Test-Infektion-Erkrankung>

10. Leserbrief des Chemikers Dr. Hauke Fürstenwerth

Der Chemiker Dr. Fürstenwerth war lange Jahre in der Forschung für Bayer tätig. Die Veröffentlichung des Leserbriefes wurde von allen Zeitungen abgelehnt. Es erfolgte eine Veröffentlichung auf der Online-Plattform des Journalisten Boris Reitschuster. Auszüge aus diesem Leserbrief werden hier aufgeführt (Hervorhebungen erfolgten durch den Unterzeichner):

„Eingesetzt werden hierzu **RT-PCR-Tests, welche nicht geeignet sind zu entscheiden, ob Menschen mit dem Virus infiziert oder gar erkrankt sind.** Diese Tests sind für diagnostische Zwecke nicht geeignet! Diese Aussage wird auch für Laien nachvollziehbar, wenn man sich vergegenwärtigt, wie ein RT-PCR Test durchgeführt wird:

Coronaviren haben keine DNA, es sind RNA-Viren. Die Erbinformation der Coronaviren ist in RNA-Strängen gespeichert. Ein PCR-Test funktioniert aber nur mit DNA-Strängen. Deshalb werden in einem ersten Schritt des Tests alle Zellen und Viren, welche in einem Testabstrich enthalten sind, zerstört. Es wird eine sogenannte Lyse durchgeführt, welche Zellen und Viren in ihre Bestandteile zerlegt. Sodann werden die hierbei freigesetzten

RNA-Fragmente mittels eines Enzyms (Revers Transkriptase) in DNA-Fragmente konvertiert. (Die richtige Bezeichnung des Tests ist deshalb RT-PCR) Von den DNA-Fragmenten werden solche ausgewählt, von denen man vermutet, dass die korrespondierenden RNA-Fragmente nur im SARS-Cov-2-Virus vorkommen. Diese cDNA Fragmente (corresponding DNA) werden mittels PCR-Verfahren vervielfältigt und nachgewiesen.

Durch die Lyse werden alle ggf. im Abstrich enthaltenen Viren – gleich ob infektiös oder nicht – zerstört. Bedingt durch dieses Schreddern ist also nach der Lyse kein Virus mehr vorhanden, welches direkt nachgewiesen werden könnte. Es ist auch nicht möglich, sicher zu bestimmen, woher die RNA-Fragmente im komplexen Lyse-Gemisch stammen. Sie können ebenso aus infektiösen wie aus nicht-infektiösen Viren oder Resten von durch Killerzellen bereits zerstörten Viren herrühren. Der Test kann also nicht bestimmen, ob in einem Abstrich infektiöse Viren vorhanden sind oder nicht. Der RT-PCR Test erlaubt keine Aussage zu Infektionen oder Krankheiten. **Dieser Sachverhalt sollte trotz täglicher Falschberichterstattung in den Medien auch für Laien, Journalisten und Politiker nachvollziehbar sein. (...)**

Vorgaben behördlicher Seite, welche Testvariante benutzt werden muss, gibt es nicht. Die Labore geben nicht an, welchen Test von welchem Hersteller sie einsetzen. Eine Standardisierung wäre dringend erforderlich!

Hinzu kommt, dass ein RT-PCR Test keine eindeutige Aussage zu positiv oder negativ erlaubt. Allein die Anzahl der Duplikationen der cDNA, welche durchgeführt werden, um die cDNA-Fragmente zu vervielfältigen, entscheidet darüber, ob ein Test als positiv oder negativ gewertet wird. **Je höher die Zyklenzahl, desto mehr positive Ergebnisse werden erhalten. In der Mehrzahl der durchgeführten Tests werden 35–40 Duplikationszyklen durchgeführt. Eine Beschränkung auf die vom Erfinder der PCR-Methode empfohlenen 25 Zyklen würde die Positivbefunde auf einen Bruchteil der täglich gemeldeten Zahlen reduzieren.** Die Pandemie wäre mit einem Schlag beendet.

Dennoch werden auf Basis dieser ungeeigneten Tests für Betroffene weitgehende Konsequenzen angeordnet, für die es **keine wissenschaftliche Begründungen** gibt. Der wirtschaftliche Schaden dieser Willkür ist unerträglich.“

Beweis: Wie der PCR-Test (nicht) funktioniert vom 2.12.2020; Quelle: <https://reitschuster.de/post/wie-der-pcr-test-nicht-funktioniert/>

11. Gravierende wissenschaftliche Fehler beim Drogen-PCR-Test

Eine Studie vom 27.11.2020 von 22 internationalen Wissenschaftlern zum PCR-Test von Christian Drogen deckte **10 gravierende wissenschaftliche Fehler** auf und kam zu folgendem Fazit:

„Die Entscheidung darüber, welche Testprotokolle veröffentlicht und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, liegt ganz in den Händen von Eurosurveillance. Eine Entscheidung, die im Corman-Drogen-Papier offensichtlichen Fehler anzuerkennen, hat den Vorteil, die menschlichen Kosten und das Leiden für die Zukunft stark zu minimieren. Ist es nicht im besten Interesse von Eurosurveillance, dieses Papier zurückzuziehen? Unsere Schlussfolgerung ist klar. **Angesichts all der enormen Designfehler und Irrtümer des PCR-Protokolls, die hier beschrieben werden, kommen wir zu dem Schluss: Im Rahmen der wissenschaftlichen Integrität und Verantwortung gibt es keine große Wahl mehr.**“

Zudem gebe es auch massive Interessenkonflikte bei mindestens vier der Autoren. Diese Interessenkonflikte seien in der Originalfassung der Studie nicht offengelegt worden.

Beweis: External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results.

Quelle: <https://cormandrostenreview.com/report/>

12. Artikel in The Lancet stellt Aussagekraft von PCR-Tests in Frage

The Lancet veröffentlichte Ende Februar einen Artikel mit dem Titel „**Clarifying the evidence for rapid SARS-CoV-2 antigen testing in public health responses to COVID-19**“. Das Papier liefert ein vernichtendes Urteil über das COVID-Erkennungsverfahren, das zu Lockdowns, Blockaden und Einschränkungen geführt hat, die praktisch überall stattfinden.

„Der Sars-Cov-2-Test ist für das Management von COVID-19 unerlässlich und basiert auf der Technologie der reversen Transkriptase-Polymerase-Kettenreaktion (PCR). Bei der PCR wird in Nasen- oder Rachenabstrichen nach dem genetischen Code des Virus gesucht und dieser in 30-40 Zyklen vervielfältigt, wobei jeder Zyklus verdoppelt wird, so dass winzige, potenziell isolierte Kopien nachgewiesen werden können. RNA-Fragmente können noch Wochen nach der Aufreinigung des infektiösen Virus vorhanden sein. Oft bei Menschen ohne Symptome oder bekannte Expositionen.“

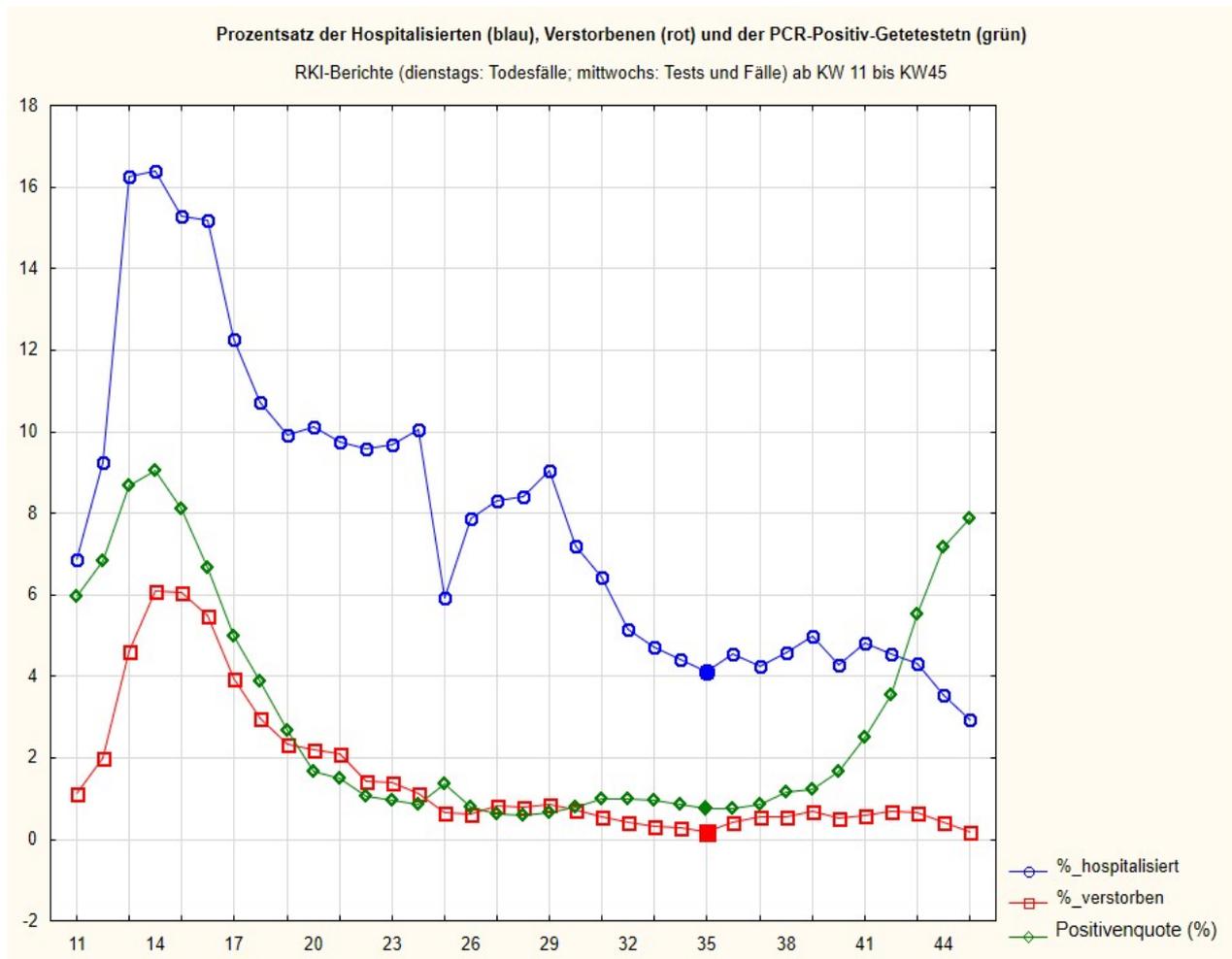
„Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit erfordern jedoch einen anderen Ansatz. Bei Tests, die die Ausbreitung von Sars-Cov-2 stoppen sollen, wird nicht gefragt, ob jemand RNA von einer früheren Infektion in der Nase hat, sondern ob er aktuell infektiös ist. Es gibt einen Nettoverlust für die Gesundheit, das soziale und wirtschaftliche Wohlergehen von Gemeinden, wenn Personen nach einer Infektion positiv getestet und für 10 Tage isoliert werden.“

„Unserer Meinung nach sind die derzeitigen PCR-Tests nicht der geeignete Goldstandard für die Bewertung eines Sars-Cov-2-Tests für die öffentliche Gesundheit.“

Beweis: Studie: „**Clarifying the evidence for rapid SARS-CoV-2 antigen testing in public health responses to COVID-19**“; [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00425-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00425-6/fulltext)

VII. „Fallzahlen“ entkoppelt von Hospitalisierung und COVID-19-Todesfälle

Die untenstehende Grafik zeigt, dass zwar im Rahmen der „1. Welle“ noch ein Zusammenhang zwischen positiven PCR-Test, Hospitalisierung und COVID-19-Todesfall bestand. Jetzt ist der Prozentsatz der positiv Getesteten jedoch entkoppelt von Hospitalisierung und Todesfällen. Während der Prozentsatz der positiv Getesteten gestiegen ist, blieb der Prozentsatz der COVID-19-Toten gleich und der Prozentsatz der Hospitalisierungen ging sogar zurück.



Prozentsatz der mit PCR SARS-CoV2 positiv Getesteteten (grün), Prozentsatz der Fälle, die im Krankenhaus sind (blau) und Prozentsatz der Fälle, die gestorben sind (rot).

Grafik abrufbar unter: <https://harald-walach.de/2020/11/13/corona-daten-aus-dem-grippe-sentinel-des-rki-neue-cov2-daten-und-die-bedeutung-von-vitamin-d/>

VIII. Kein exponentieller Anstieg der „Fallzahlen“

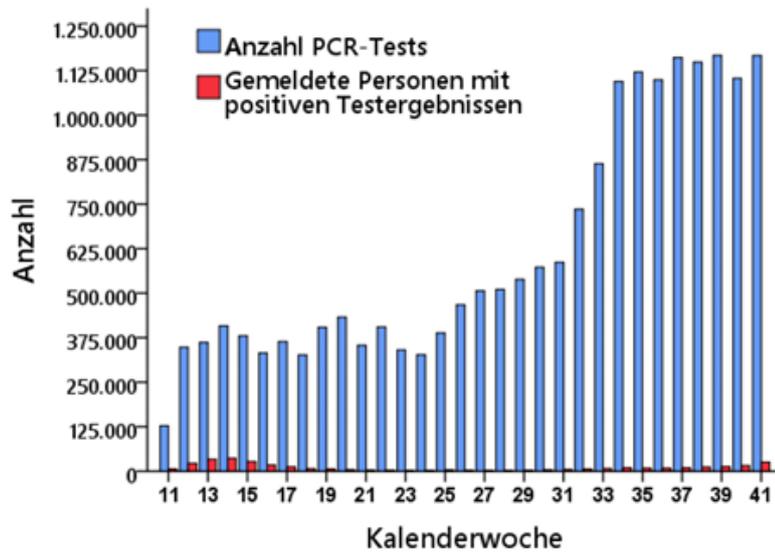
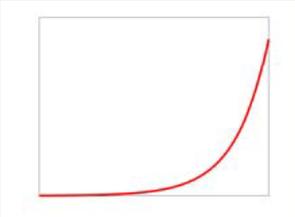
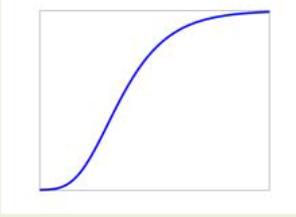


Abbildung 1: Anzahl durchgeführter Coronavirus-PCR-Tests und Anzahl der neu gemeldeten Personen mit positiven Testergebnissen für die Kalenderwochen 11 bis 41.

Es gab zu keinem Zeitpunkt einen exponentiellen Anstieg der „Fallzahlen“. Die Anzahl der positiv Getesteten wurde nicht ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der durchgeführten Tests. Derzeit werden fast viermal so viele PCR-Tests wöchentlich durchgeführt als in März/April 2020. Während der Prozentsatz der positiv Getesteten von Mitte Juni bis Ende September 2020 bei unter 1 Prozent lag, steigt der Prozentsatz der positiv Getesteten jetzt wieder.

Prof. Dr. Stefan Homburg (Professor für öffentliche Finanzen an der Leibniz Universität Hannover) hat den Unterschied zwischen einem exponentiellem und sigmoiden Wachstum in der folgenden Grafik zusammengefasst. Auch daraus ist klar, dass die Grafik nie ein „exponentielles“ Wachstum anzeigte, sondern ein „sigmoides“ Wachstum.

Wachstum	exponentiell	sigmoid
Graphik		
Anwendungsbeispiele	Fiktive Szenarien	Bakterien in Nährstofflösung, Kaninchen in freier Natur, Viren in Population
Wachstumsrate	ist konstant	sinkt von Anfang an
Steigung	nimmt ständig zu	nimmt erst zu und dann ab
Verwendung durch	Politiker und Drogen	Epidemiologen

Glaubhaftmachung: Exponentielles Wachstum vs. sigmoides Wachstum; Quelle: <https://twitter.com/SHomburg/status/1330909109810573313>

IX. Großer Krankenstand im Zuge der sog. „2. Welle“ aufgrund teilweise bestehender Immunität gegen SARS-CoV-2 der Bevölkerung ausgeschlossen

Laut einer britischen Studie haben 62% nicht infizierter Kinder in der Altersgruppe 6 bis 18 Jahre Immunität gegen SARS-Cov-2. Gefunden wurden nicht nur T-Zellen, sondern auch neutralisierende IgG Antikörper.

Beweis: Immunität durch frühere Infektion mit Corona-Erkältungsviren auch von deutschen Forschern bestätigt; Quelle: https://www.meinbezirk.at/niederoesterreich/c-regio-nauten-community/immunitaet-durch-fruehere-infektion-mit-corona-erkaeltungsviren-auch-von-deutschen-forschern-bestaetigt_a4169307

Eine von der Charité und des MPIMG in Nature veröffentlichte Studie verfolgte die Fragestellung, woran es liegt, dass manche Menschen am Coronavirus schwer erkranken, während andere kaum Symptome bemerken. Ein möglicher Einflussfaktor ist demnach eine frühere Infektion mit harmlosen Erkältungs-Coronaviren. Etwa ein Drittel der Menschen, die noch nie mit SARS-CoV-2 in Kontakt gekommen sind, verfügt über T-Helfer-Gedächtniszellen, die das neue Virus dennoch erkennen. Der Grund dafür ist vermutlich, dass SARS-CoV-2 eben doch nicht so „neuartig“ ist und daher bestimmte Strukturen und daher bestimmte Strukturen ähnlich genug zu den landläufigen Coronaviren sind um erkannt zu werden.

Beweis: Immunität durch frühere Infektion mit Corona-Erkältungsviren auch von deutschen Forschern bestätigt; Quelle: https://www.meinbezirk.at/niederoesterreich/c-regio-nauten-community/immunitaet-durch-fruehere-infektion-mit-corona-erkaeltungsviren-auch-von-deutschen-forschern-bestaetigt_a4169307

Auch der emeritierte Professor für Molekularbiologie und Immunologie der Universität Bern, Beda Stadler, ist der Auffassung, dass die meisten gegen das Virus sowieso immun sind.

Beweis: «Die meisten sind gegen das Virus sowieso immun»; Quelle: <https://www.linth24.ch/articles/27244-die-meisten-sind-gegen-das-virus-sowieso-immun>

Eine am 30.09.2020 in Nature veröffentlichte Studie der Universität Tübingen (Autoren Annika Nelde, Tatjana Bilich, Juliane Walz) stellte eine T-Zellen-Immunität bei 81% fest.

Beweis: Studie „SARS-CoV-2 derived peptides define heterologous and COVID-19-included T cell recognition“; Quelle: <https://www.nature.com/articles/s41590-020-00808-x>

In einer weiteren Stellungnahme hierzu, gab Forschungsgruppenleitern Juliane Walz jedoch an: „Eine solche kreuzreaktive T-Zell-Erkennung ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Immunität gegen SARS-CoV-2. Wie sich diese kreuzreaktive T-Zell-Erkennung in 81 Prozent der Bevölkerung auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 sowie auf die Schwere der Erkrankung auswirkt, werden wir in weiteren Studien prospektiv untersuchen.“

Beweis: Forschung zum Coronavirus Universität Tübingen; Quelle: <https://uni-tuebingen.de/universitaet/infos-zum-coronavirus/forschung-zum-coronavirus/#c1181776>

X. Rückgang der gemeldeten Intensivbetten und Schließung von Krankenhäusern

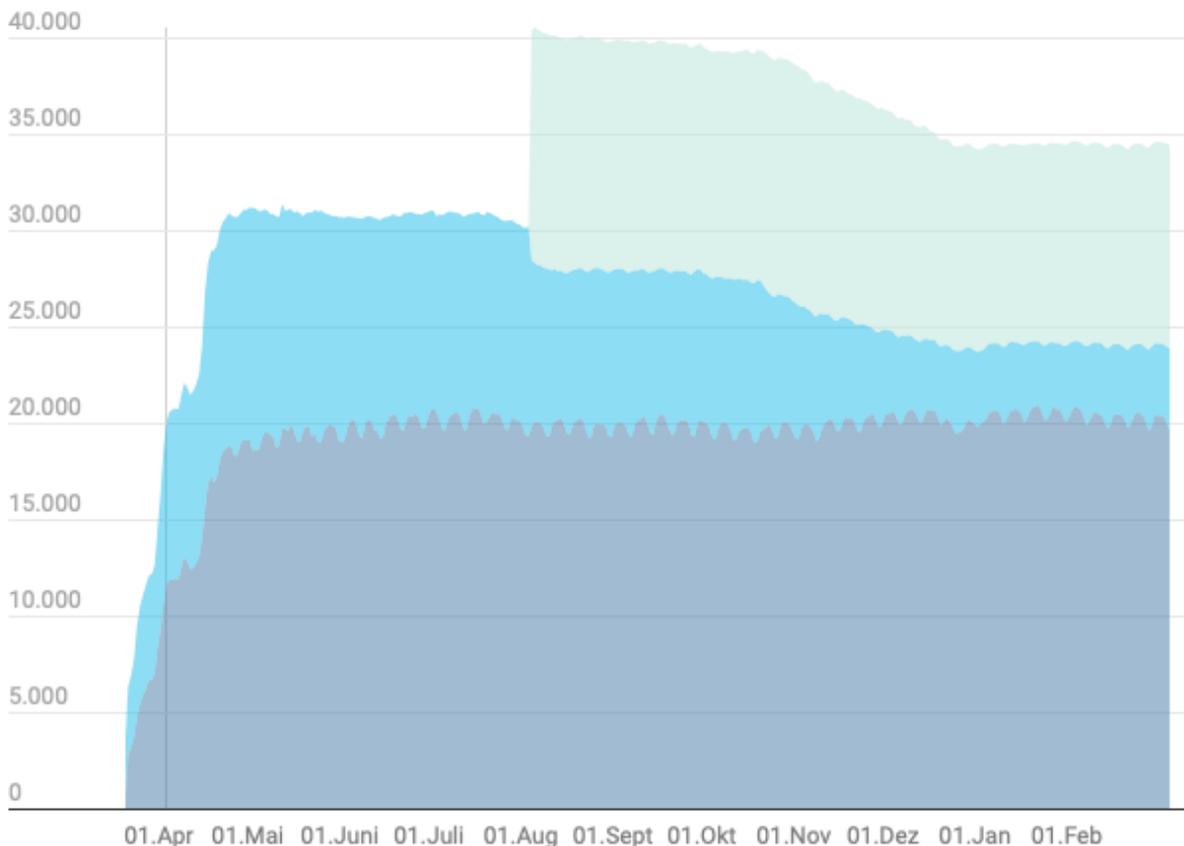
1. Rückgang von Intensivbetten

Aus DIVI (Intensivregister) ist erkennbar, dass zum 16.07.2020 noch insgesamt 30.921 Intensivbetten (10.137 frei und 20.784 belegt) zur Verfügung standen, während zum 7.01.2021 nur noch insgesamt 24.200 Intensivbetten (3.564 frei und 20.636 belegt) zur Verfügung stehen. Das macht einen Rückgang oder **Abbau von 6.721 Intensivbetten**.

Gesamtzahl gemeldeter Intensivbetten (Betreibbare Betten und Notfallreserve)

Deutschland

■ Belegte Betten ■ Freie Betten ■ Notfallreserve



Stand: 07.03.2021 12:23

Quelle: DIVI-Intensivregister • Daten herunterladen • Erstellt mit Datawrapper

Beweis: <https://www.intensivregister.de/#!/aktuelle-lage/zeitreihen>

2. Schließung von Krankenhäusern

Seit Beginn der COVID-19-Pandemie wurden in Deutschland 2020 folgende 17 Krankenhäuser geschlossen:

- 1.07.2020 Riedlingen/ Baden-Württemberg
- 1.07.2020 Waldsassen/ Bayern
- 31.07.2020 Vohenstrauß/ Bayern
- 1.08.2020 Wedel/ Schleswig-Holstein
- 1.09.2020 Bochum-Linden/ Nordrhein-Westfalen
- 1.09.2020 Havelberg/ Sachsen-Anhalt
- 30.09.2020 Weingarten/ Baden-Württemberg
- 1.10.2020 Oberwesel/ St. Goar/ Rheinland-Pfalz
- 31.10.2020 Fürth/ Bayern
- 1.12.2020 Essen-Altenessen/ Nordrhein-Westfalen
- 20.12.2020 Mannheim/ Baden-Württemberg
- 31.12.2020 Lehnin/ Brandenburg
- 31.12.2020 Essen-Stoppenberg/ Nordrhein-Westfalen
- 31.12.2020 St. Tönis/ Nordrhein-Westfalen
- 31.12.2020 Ingelheim/ Rheinland-Pfalz
- 31.12.2020 Ottweiler/ Saarland
- 31.12.2020 Losheim/ Saarland

Unter diesen 17 Krankenhäusern sind auch **drei Krankenhäuser**, die in **Bayern** geschlossen wurden.

Beweis: Betrieb an den Standorten Waldsassen/Vohenstrauß wird eingestellt; Quelle: <https://www.otv.de/waldsassen-vohenstrauss-betrieb-an-den-standorten-der-kliniken-nordoberpfalz-ag-wird-eingestellt-429727/>;

Schön Klinik Nürnberg Fürth schließt; Quelle: <https://www.infranken.de/lk/fuerth/schoen-klinik-nuernberg-fuerth-schliesst-ende-oktober-art-5040297>

Damit wurde seitens der Bayerischen Staatsregierung nicht versucht, der vorgeblichen Pandemie **mit einem milderem Mittel in Form mehr Krankenhäusern bzw. -betten** zu begegnen.

XI. Keine Doppelbelastung der Kliniken wegen äußerst geringem Influenzaaufkommen 2020

Eine Doppelbelastung der Kliniken wegen Corona- und Influenza-Patienten droht nicht. Obwohl im Herbst und Winter die Influenza-Viren besonders stark auftreten und Atemwegserkrankungen zu dieser Jahreszeit vermehrt verursachen, sind im Jahr 2020 kaum Influenza-Fälle bekannt. Vielmehr ist es so, dass seit Auftreten von SARS-CoV-2 die saisonale Grippe (Influenza) weltweit nicht mehr in Erscheinung tritt. Für Deutschland ist das unten stehende Schaubild mit Vergleich zu den Vorjahren charakteristisch:



XII. Regionale Engpässe in den Vorjahren während der Grippesaison

Zu regionalen Engpässen in Kliniken während der Grippesaison ist es auch in den Vorjahren gekommen. Anders als es in den Leitmedien dargestellt wird, gab es solche Engpässe auch in den Vorjahren und es ist für die Wintermonate **nichts Ungewöhnliches**.

So berichtete der Tagespiegel am 09.01.2000:

„Nach Großbritannien und Deutschland hat die Grippewelle jetzt auch Italien erreicht. Die Krankenhäuser in Mailand, Florenz und Venedig sind nach Presseberichten vom Sonntag derart überfüllt, dass praktisch keine Betten mehr frei sind. In vielen Hospitälern müssten die Kranken auf Pritschen auf den Gängen liegen. In Mailand war es über Stunden nicht möglich, einen Krankenwagen zu rufen: Patienten, die im Krankenhaus keine Aufnahme fanden, blockierten die Einsätze.“

Beweis: Tagesspiegel vom 09.01.2000 „Panorama Krankenhäuser überfüllt - Patienten liegen auf Pritschen in den Gängen“ <https://m.tagesspiegel.de/gesellschaft/panorama/krankenhaeuser-uebefuellt-patienten-liegen-auf-pritschen-in-den-gaengen/115344.html>

So berichtete der Focus am 07.02.2017 Folgendes:

„Deutschland hat Grippe – in manchen Regionen platzen die Kliniken aus allen Nähten. Wo die Grippewelle im Moment auf dem Höhepunkt ist, und was das für Patienten und Krankenhäuser bedeutet.

- In den Notaufnahmen sind die Wartezeiten derzeit extrem lang.
- Manche Patienten müssen im Gang liegen.
- Geplante Operationen werden verschoben.
- Einige Kliniken haben sich vom Rettungsmeldesystem abgemeldet.

Die Grippe-Hochburgen in Deutschland sind derzeit Nürnberg und Fürth.“

Beweis: Kliniken in Franken an der Belastungsgrenze vom 7.02.2017; Quelle:

https://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/erkaeltung/betten-engpass-verschobene-ops-grippewelle-bringt-krankhaeuser-im-sueden-deutschlands-an-ihre-grenzen_id_6605930.html

Der Spiegel titelte am 16.03.2018 „Grippe legt Krankenhäuser und Ämter lahm“ und führte weiter aus:

„Wegen der vielen Patienten und kranken Mitarbeiter nahm die Imland-Klinik in Rendsburg zunächst nur noch absolute Notfälle auf, einige Operationssäle wurden geschlossen. Andere Kliniken haben nach Angaben des Gesundheitsministeriums ähnliche Maßnahmen eingeleitet. Am Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster wurden vier von acht Operationssälen geschlossen und 50 Prozent der planbaren Operationen verschoben.“

Beweis: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/deutschland-grippe-legt-krankhaeuser-und-aemter-lahm-a-1198398.html>

Dass es in der Grippesaison auch in den Vorjahren zu regionalen Engpässen in den Krankenhäusern kam, ist Fakt. Jedoch wurde in den Vorjahren in keiner Weise in Erwägung gezogen die Grundrechte der Bürger einzuschränken und die Wirtschaft herunter zu fahren wegen einer möglichen Überlastung des Gesundheitssystems.

XIII. Kinder keine Treiber der Corona-Pandemie, sondern eher Bremsklötze

Wissenschaftler des Universitätsklinikums Dresden kamen zu dem Schluss: „Kinder sind nicht nur keine Treiber der Corona-Pandemie – sie könnten sogar eher Bremsklötze für das Virus sein.“

Beweis: Kinder bremsen laut Studie das Virus aus; Quelle: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/schulen-kinder-sachsen-corona-normalbetrieb-1.4965841>

Daniel Koch, von 2008 bis 2020 Leiter der Abteilung «Übertragbare Krankheiten» beim Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Delegierter des für Covid-19, äußerte

sich zu einer deutschen Studie von Prof. Drosten zur Ansteckungsgefahr bei Kindern wir folgt:

„Es ist so, dass Kinder praktisch nicht infiziert werden und vor allem nicht das Virus weitergeben. Die Kinder seien nicht die Hauptüberträger des Coronavirus “

Beweis: Daniel Koch kontert Kritik nach deutscher Studie zu Ansteckung bei Kindern; Quelle: <https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/daniel-koch-kontert-kritik-nach-deutscher-studie-zu-ansteckung-bei-kindern-137763304>

Die Münchner Virenwächter-Studie fand bei 1.000 getesteten Kindern keinen einzigen Testbefund und schlussfolgerte: „Wir können weiter keinen Anhaltspunkt dafür entdecken, dass Kinder zu den Hauptüberträgern des neuartigen Coronavirus zählen.“

Beweis: Münchner Virenwächter-Studie zeigt keine Corona-Neuinfektionen; Quelle: <https://www.lmu-klinikum.de/aktuelles/pressemitteilungen/munchner-virenwachter-studie-zeigt-keine-corona-neuinfektionen/7c019f3e6890ec46>

In Norwegen wurden 8.000 Krankheitsfälle von Covid-19 nachverfolgt. Man fand keinen einzigen Fall, in dem das Virus in der Altersgruppe unter 20 Jahren weiterverbreitet worden wäre.

Beweis: „In keinem Fall wurde das Virus von jungen Menschen übertragen“; Quelle: <https://www.srf.ch/news/international/corona-bilanz-in-norwegen-in-keinem-fall-wurde-das-virus-von-jungen-menschen-uebertragen>

Gérard Krause, Leiter der Epidemiologie am Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung: „Wenn Kinder infiziert sind, dann haben sie sich die Infektion eher bei Erwachsenen geholt. Es ist eher nicht so, dass Kinder dazu beitragen, dass Erwachsene Infektionen bekommen. Das ist eine sehr wichtige Erkenntnis.“

Beweis: Corona-Schulstudie - Epidemiologe: Schulöffnungen berechtigt; Quelle: <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-schulstudie-epidemiologe-gerard-krause-100.html>

XIV. Sämtliche Maßnahmen ohne Wirkung bzw. ungeeignet

1. Mehrere Studien gegen Wirksamkeit von Lockdown und anderen Maßnahmen

Nach einer **Metastudie vom August 2020 des National Bureau of Economic Research** (Verfasser: Andrew Atkeson, Karen Kopecky, Tao Zha) konnte eine **Auswirkung von Maßnahmen wie Lockdown, Ausgangsbeschränkung, Abstandhalten und Maske auf die Ausbreitung der COVID-19-Pandemie nicht belegt werden. Im Gegenteil:** Die Studie zieht in Zweifel, dass nicht pharmazeutische Maßnahmen einen Effekt auf die Ausbreitung von COVID-19 gehabt haben.

„One of the central policy questions regarding the COVID-19 pandemic is the question of which non-pharmaceutical interventions governments might use to influence the transmission of the disease. Our ability to identify empirically which NPIs have what impact on disease transmission depends on there being enough independent variation in both NPIs and disease transmission across locations as well as our having robust procedures for

controlling for other observed and unobserved factors that might be influencing disease transmission. The facts that we document in this paper cast doubt on this premise.“

Beweis: Four Stylized Facts about COVID-19; Quelle: <https://www.nber.org/papers/w27719>

Zu dem gleichen Ergebnis kam eine Metastudie der WHO. Diese von der WHO im Oktober 2019 veröffentlichte Metastudie zur Wirksamkeit von sog. nicht-pharmazeutischen Interventionen bei Influenzaepidemien kam zu dem Ergebnis, dass für die **Wirksamkeit sämtlicher untersuchter Maßnahmen (Arbeitsstättenschließungen, Quarantäne, social distancing u.d.) nur geringe oder gar keine Evidenz** besteht.

Beweis: https://www.who.int/influenza/publications/public_health_measures/publication/en/

Eine neue **Studie aus England** wirft ebenso Fragen nach dem Sinn von Lockdowns auf. Die Studie legt offen, dass die **Lockdowns** in England, in Schottland und Wales, **zu einem Zeitpunkt** kamen, **zu dem sie nicht notwendig gewesen sind**, denn die Inzidenz war bereits dabei, zu fallen. Die Hysterie, die sich aus dem Starren auf einen Zahlenfetisch ergibt und die Polit-Darsteller jede Form von Vernunft, geht es um SARS-CoV-2, vermissen lässt, erweist sich einmal mehr als unnötig.

Beweis: Neue Seltsamkeiten der Pandemie – Studie aus England wirft Fragen nach dem Sinn von Lockdowns auf vom 14.12.2020, Quelle: <https://sciencefiles.org/2020/12/14/neue-seltsamkeiten-der-pandemie-studie-aus-england-wirft-fragen-nach-dem-sinn-von-lockdowns-auf/>

Studie im Original: Community prevalence of SARS-CoV-2 in England from April to November, 2020: results from the ONS Coronavirus Infection Survey; Quelle: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2468-2667%2820%2930282-6>

So ergab eine Analyse der 50 Länder mit den höchsten Infektionszahlen zum Zeitpunkt des 1. Mai, dass sowohl die Anzahl der schweren Covid-19-Fälle als auch die Anzahl der Covid-19-Todesfälle zwar durch Faktoren wie Fettleibigkeit, Rauchen, Höhe des Bruttoinlandsprodukts und Anzahl des Krankenpflegepersonals beeinflusst wurde, **nicht aber durch die von den Regierungen ergriffenen Maßnahmen**. Die Autoren schreiben dazu im Ergebnisteil (Übersetzung durch den Autor): Maßnahmen der Regierungen wie **Grenzschießungen, strikte Lockdowns** und eine hohe Rate an COVID-19-Tests **waren nicht mit einer statistisch signifikanten Verringerung** der Anzahl kritischer Fälle oder der Gesamtmortalität **verbunden**.

Beweis: Studie von Juli 2020: A country level analysis measuring the impact of governments actions, country preparedness and socioeconomic factors on COVID-19 mortality and related health outcomes; Quelle: [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(20\)30208-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(20)30208-X/fulltext)

(Studie ausgewertet von Prof. Dr. Christof Kuhbandner in seinem wissenschaftlichen Aufsatz vom 18.12.2020: Warum die Wirksamkeit des Lockdowns wissenschaftlich nicht bewiesen ist; Quelle: <https://www.heise.de/tp/features/Warum-die-Wirksamkeit-des-Lockdowns-wissenschaftlich-nicht-bewiesen-ist-4992909.html>)

Bestätigt werden diese Ergebnisse durch eine **neuere Studie**, in welcher der Einfluss von Faktoren im Bereich der Demografie, der öffentlichen Gesundheit, der Wirtschaft, der Umwelt und des Regierungshandelns in Bezug auf Maßnahmen in den ersten acht Monaten des Jahres 2020 für Länder mit mindestens zehn Covid-19-Todesfällen (**160 Länder**) untersucht wurde. Es zeigte sich, dass die Lebenserwartung, der allgemeine Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Wirtschaftskraft und Umweltfaktoren wie Temperatur oder geographische Lage die Anzahl der Covid-19-Todesfälle pro 100.000 Einwohnern beeinflusste – nicht aber die Intensität der ergriffenen Maßnahmen. Die Autoren schreiben dazu in der Studie (Übersetzung durch den Autor):

„Covid-19 hat eine breite Palette von Reaktionen von Regierungen auf der ganzen Welt ausgelöst, doch die Ansteckungs- und Sterblichkeitskurven sind zwischen den Ländern sehr ähnlich (33). Dies wird durch **unseren Befund eines fehlenden Zusammenhangs mit den während der Pandemie ergriffenen Maßnahmen der Regierungen** untermauert. In diesem Sinne scheinen demografische Faktoren sowie Gesundheits-, Entwicklungs- und Umweltfaktoren viel wichtiger zu sein um die tödlichen Folgen von Covid-19 antizipieren zu können, als die Maßnahmen der Regierungen, insbesondere wenn solche Maßnahmen eher von politischen als von gesundheitsbezogenen Zielen geleitet werden.“

Beweis: Studie vom 19.11.2020: Covid-19 Mortality: A Matter of Vulnerability Among Nations Facing Limited Margins of Adaption; Quelle: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.604339/full>

(Studie ausgewertet von Prof. Dr. Christof Kuhbandner in seinem wissenschaftlichen Aufsatz vom 18.12.2020: Warum die Wirksamkeit des Lockdowns wissenschaftlich nicht bewiesen ist; Quelle: <https://www.heise.de/tp/features/Warum-die-Wirksamkeit-des-Lockdowns-wissenschaftlich-nicht-bewiesen-ist-4992909.html>)

Einer der **überzeugendsten empirischen Beweise** zur **Unwirksamkeit von Lockdowns** stammt aus einer als **Preprint veröffentlichten Studie**, in welcher der Zusammenhang zwischen der Mobilität – gemessen über die Mobilitätsreporte von Google – und der Anzahl der aufgetretenen "Covid-19-Todesfälle" für Länder und Regionen untersucht wurde mit mehr als 100 Todesfällen bis Ende August (medRxiv; N = 87; nur Regionen mit qualitativ verlässlichen Daten). Die Ergebnisse fassen die Autoren folgendermaßen zusammen (Übersetzung durch den Autor):

Wir konnten die **Varianz in der Anzahl der Todesfälle** pro eine Million Einwohner in verschiedenen Regionen der Welt **nicht durch Unterschiede im Ausmaß der Isolation - hier analysiert als Unterschiede im Zu-Hause-Bleiben - erklären**.

Beweis: Preprint-Studie: Stay-at-home policy: ist it a case of exception fallay? An internet-based ecological study; Quelle: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.13.20211284v1>

(Studie ausgewertet von Prof. Dr. Christof Kuhbandner in seinem wissenschaftlichen Aufsatz vom 18.12.2020: Warum die Wirksamkeit des Lockdowns wissenschaftlich nicht bewiesen ist; Quelle: <https://www.heise.de/tp/features/Warum-die-Wirksamkeit-des-Lockdowns-wissenschaftlich-nicht-bewiesen-ist-4992909.html>)

Die **Studie aus dem Imperial College**, die im Juni 2020 in Nature erschien und zu dem Ergebnis kam, der **Lockdown** habe bis zu 3,1 Mio. **Menschenleben gerettet** (Seth

Flaxman et al in Nature 584, 257–261. doi: 10.1038/s41586-020-2405-7), **leidet an primitiven Fehlern**, die Prof. Dr. Stefan Homburg und Prof. Dr. Christof Kuhbandner in einem Beitrag in Frontiers in Medicine vom 5. November 2020 erhellend herausgearbeitet haben (<https://doi.org/10.3389/fmed.2020.580361>).

Beweis: Abmahnschreiben von Rechtsanwalt Dr. Fuellmich vom 15.12.2020 an Prof. Drosten (Anlage **K 2A**), Seite 9

In einer neueren Studie vom 5.03.2021, erschienen in Nature mit dem Titel „Stay-at-home policy is a case of exception fallacy: an internet-based ecological study“ kommt ebenfalls zu dem Ergebnis, dass der Lockdown keine Menschenleben gerettet habe, es jedenfalls **zweifelhaft** sei. Diese Studie stellt auch die Studie von Flaxmann et al. in Frage, genauso wie dies bereits von Prof. Dr. Stefan Homburg und Prof. Dr. Christof Kuhbandner getan wurde.

Beweis: Studie in Nature „Stay-at-home policy is a case of exception fallacy: an internet-based ecological study“; <https://www.nature.com/articles/s41598-021-84092-1#Bib1>

Eine neue Studie von **Prof. Dr. John Ioannidis** von der Stanford University mit Co-Autoren vom Januar 2021 mit dem Titel „Bewertung der Auswirkungen der Quarantäne und der Schließung von Unternehmen auf die Verbreitung von COVID-19“ kommt zu dem Ergebnis: „Zusammenfassend lässt sich sagen, dass wir **keine eindeutigen Belege für eine Rolle restriktiverer NPI (nicht-pharmakologischer Maßnahmen) bei der Kontrolle von COVID Anfang 2020 finden**. Wir stellen nicht die Rolle aller Interventionen im Bereich der öffentlichen Gesundheit oder der koordinierten Kommunikation über die Epidemie in Frage, aber wir finden **keinen zusätzlichen Vorteil** bei Anweisungen, **Zuhause zu bleiben, oder Geschäftsschließungen**. Die Daten können zwar die Möglichkeit einiger Vorteile nicht vollständig ausschließen. Selbst wenn diese Vorteile existieren, wiegen sie aber möglicherweise nicht die zahlreichen Schäden dieser aggressiven Maßnahmen auf. Gezielte Maßnahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit, mit denen die Ansteckungen wirksamer reduziert werden, können für die künftige Seuchenbekämpfung wichtig sein, ohne dass sie die negativen Folgen von restriktiven Maßnahmen mit sich bringen.“

Die Studie wurde bereits einer vollen „Peer-Review-Prüfung“ unterzogen und ist damit wissenschaftlich aussagekräftig. Untersucht haben die Autoren die Daten aus zehn Ländern: England, Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Niederlande, Spanien, Südkorea, Schweden und die USA. In Schweden und in Südkorea gab es nie einen „Lockdown“, während die USA, Frankreich, Deutschland, England, Italien und Spanien zu diesem Mittel griffen. Ja teilweise zu besonders harten Einspermaßnahmen gegen die eigene Bevölkerung. Das Ergebnis der Studie: In den Staaten mit den härtesten Maßnahmen war die Zahl der Toten oft höher als in den Staaten mit weniger harten Einschnitten.

Beweis: Studie mit dem Titel: „Assessing Mandatory Stay-at-Home and Business Closure Effects on the Spread of COVID-19“; Quelle: <https://online-library.wiley.com/doi/10.1111/eci.13484>

2. Im März erfolgter Lockdown ohne Effekt

Das Resümee der Forscher: „Man könne zwar kleine Vorteile nicht ausschließen, es ließen sich aber keine signifikanten Vorteile für das Fallwachstum durch besonders harte

Maßnahmen feststellen. Ähnliche Reduzierungen des Fallwachstums können mit weniger

restriktiven Interventionen erreicht werden.“

2. Im März erfolgter Lockdown ohne Effekt

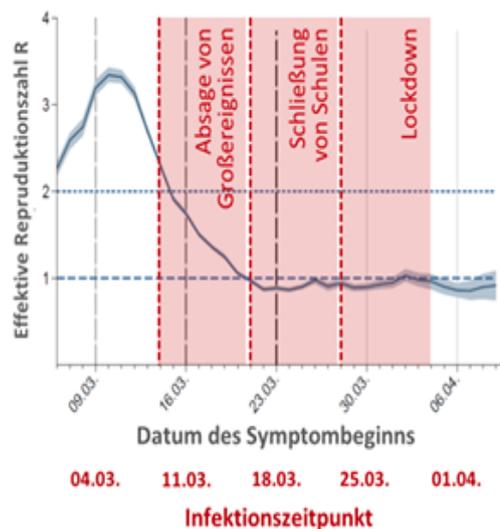


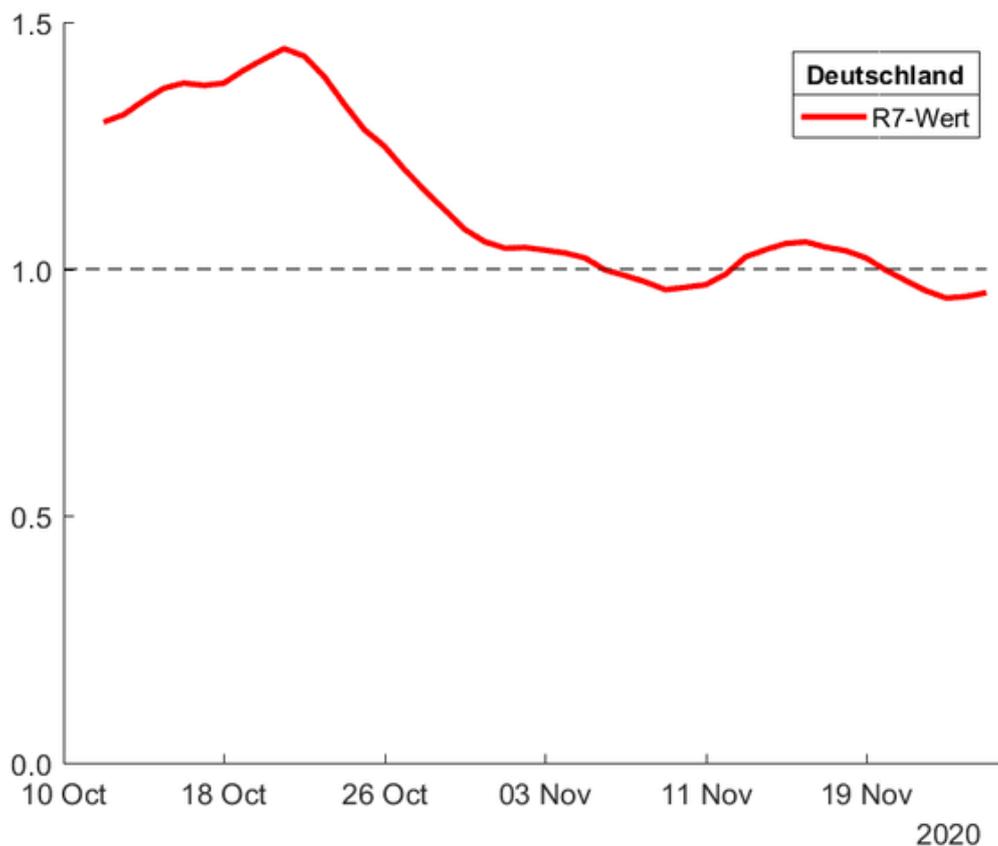
Abbildung 7: Geschätzte Virusausbreitung (effektive Reproduktionszahl) in Deutschland (Quelle: RKI, <https://edoc.rki.de/handle/176904/6650.2>). Die X-Achse zeigt das Datum des Symptombeginns bzw. den Infektionszeitpunkt, welcher in etwa fünf Tage vor dem Symptombeginn liegt (rotes Datum). Die roten vertikalen Linien zeigen jeweils das Datum bezogen auf den Infektionszeitpunkt an, wann die drei zentralen Maßnahmen in Deutschland etabliert wurden.

Aus der Grafik (aus dem epidemiologischen Bulletin des RKI vom 15.04.2020) ist erkennbar, dass zum Zeitpunkt der Verhängung des Lockdowns am 23.03.2020 der R-Wert bereits unter 1 war. Der R-Wert sank bereits am 20.03.2020 unter 1. Unter Berücksichtigung des Infektionszeitpunkts, welcher in etwa fünf Tage vor dem Symptombeginn liegt, waren auch die Schulschließungen ohne Effekt. Die Schulschließungen zeigten ihren Effekt erst am 20.03.2020, als der R-Wert bei 1 lag.

Beweis: Die Nebenwirkungen und die Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen zur Eindämmung des Coronavirus Sars_CoV-2 an Schulen – ein Thesenpapier von Prof Kuhbandner, Lehrstuhl für Pädagogische Therapie, Universität Regensburg; Quelle: <https://documentcloud.adobe.com/link/track?uri=urn%3Aaaid%3Aascds%3AUS%3A93b39de5-cb5c-411c-8f4f-2d2c2c5298b2#pageNum=19>

3. Jetzt erfolgter Lockdown 2 ohne Effekt

Der R-Wert, der die Infektionsdynamik mit 11 Tagen Verzögerung widerspiegelt, sank bereits Mitte Oktober und pendelt seit Anfang November um eins.



Beweis: „Der Lockdown zwei hinterlässt ähnliche Spuren wie der Lockdown vom März, nämlich gar keine.“ Quelle: <https://twitter.com/SHomburg/status/1333314633617256448>

Zu diesem Ergebnis kommen auch Prof. Dr. Göran Kauermann und Prof. Dr. Helmut Küchenhoff vom Institut für Statistik der LMU München. Nach deren aktuellen Analysen zum Verlauf der Pandemie gibt es **keinen deutlichen Rückgang nach dem Lockdown**. Seit der **3. Oktoberwoche** gibt es insgesamt einen **stabilen Verlauf**.

Beweis: CoDAG Bericht Nr. 4 vom 11.12.2020; Quelle: <https://www.stablab.stat.uni-muenchen.de/assets/docs/codag-bericht-4.pdf>

4. **Maßnahmen gegenüber asymptomatischen Menschen ungeeignet, da Ansteckung durch asymptomatische Menschen wissenschaftlich nicht belegt**

Eine Studie, die die Ergebnisse eines massiven COVID-19-Tests in China analysierte, die fast alle Einwohner der Stadt Wuhan einschloss, hat **keinen Beweis dafür gefunden**, dass **asymptomatische positive Corona-Fälle die Krankheit weiterverbreiten**. Die Analyse, die in der wissenschaftlichen Zeitschrift *Nature* veröffentlicht wurde, befasste sich mit den Ergebnissen eines Massentests, der zwischen Mai und Juni in Wuhan stattfand, also der Stadt, in der Ende 2019 die ersten Fälle des neuartigen Coronavirus entdeckt wurden. Die Autoren des Papiers räumten ein, dass frühere Studien Beweise dafür gefunden hätten, dass asymptomatische Personen infektiös seien und später symptomatisch werden könnten. Sie stellten jedoch die **Theorie** auf, dass die Einwohner von

Wuhan, die nach der strikten Abriegelung der Stadt immer noch positiv auf das Virus getestet wurden, eine "**geringe Menge an Viruslasten**" aufwiesen und deshalb nicht in der Lage seien, **die Krankheit auf andere Menschen zu übertragen**.

Beweis: Studie aus Wuhan: "Kein Beweis", dass asymptomatische Corona-Fälle infektiös sind; Quelle: <https://deutsch.rt.com/international/109526-studie-aus-wuhan-kein-beweis/> Originalstudie: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>

Die von Prof. Drosten angeführten Belege für eine asymptomatische Übertragung erweisen sich bei genauerem Hinsehen als nicht stichhaltig:

- In einem Fallbericht im New England Journal of Medicine vom 5. März 2020 (NEJM 382;10), behauptete Prof. Drosten eine symptomlose chinesische Geschäftsfrau habe in München vier Mitarbeiter eines dortigen Unternehmens getroffen, die hinterher alle an COVID-19 erkrankt seien. In Wuhan sei diese Dame dann positiv auf SARS CoV-2 getestet worden. Am 3. Februar erschien hierzu ein Kommentar, der darauf hinwies, dass die Dame aus China sehr wohl Symptome hatte und diese lediglich mithilfe von Medikamenten unterdrückte (Kai Kupferschmidt am 3.2.2020 auf <https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-trans-mitting-coronavirus-wrong>). Dies hatten Gespräche mit dieser Dame ergeben.
- Eine Folgestudie, die unter Mitwirkung von Prof. Drosten am 15. Mai 2020 in The Lancet erschien (Lancet Infect Dis 2020;20;920-928) und in der das „Ausbruchskuster“ in dem Münchener Unternehmen epidemiologisch nachgezeichnet werden sollte, förderte dann auf einmal die aufschlussreiche Erkenntnis zutage, dass die Dame aus China kurz vor ihrer Reise nach München noch Kontakt mit ihren COVID-19-kranken Eltern gehabt hatte. Die Studie in The Lancet vom 15. Mai 2020 enthält sowohl in sich als auch im Verhältnis zum Fallbericht vom 3. Februar 2020 zahlreiche Ungereimtheiten, die bereits an anderer Stelle aufbereitet worden sind (<https://www.corodok.de/die-legende-uebertragung/>).

Beweis: Abmahnschreiben von Rechtsanwalt Dr. Fuellmich vom 15.12.2020 an Prof. Drosten (Anlage **K 2A**), Seite 4

5. Politik sprach im September/Oktober von der Nichtnotwendigkeit der Schließung von Einzelhandel, Friseur und Schulen

Die Widersprüchlichkeit des politischen Handelns wird durch die Gegenüberstellung von den folgenden Zeitungsartikeln verdeutlicht:



Corona-Beschränkungen

Bundesgesundheitsminister schließt zweiten Lockdown aus

Die Infektionszahlen sind gestiegen, Jens Spahn ist aber zuversichtlich: Mit den jetzigen Hygienemaßnahmen müsse "kein Friseursalon, kein Einzelhandel" mehr schließen.

2. September 2020, 1:05 Uhr / Quelle: ZEIT ONLINE, dpa,

Corona-Gipfel

Bund und Länder einigen sich auf Lockdown ab Mittwoch

Läden schließen, Kinder sollen zu Hause bleiben: Angela Merkel und die Länderchefs haben einen Lockdown beschlossen. An Silvester gelten strenge Kontaktbeschränkungen.

@argonerd

13. Dezember 2020, 11:16 Uhr / Quelle: ZEIT ONLINE, dpa,



VIDEO ALTMAIER IM WELT-INTERVIEW

„Wir haben bemerkt, dass Einkaufen in Geschäften nicht der Infektionsgrund ist“

Veröffentlicht am 20.10.2020



Die Innenstädte sind von der Corona-Krise besonders betroffen. Massive Einschränkungen und Sperrstunden in Corona-Hotspots sorgen für heftige Verluste und bedrohen die Existenz zahlreicher Geschäfte. Wirtschaftsminister Altmaier fordert kreative Lösungen.

Frankfurter Allgemeine

Inland

LOCKDOWN Geschäfte sollen schon zur Wochenmitte schließen

AKTUALISIERT AM 12.12.2020 - 22:35



Im „Lockdown Light“ wurde der Einzelhandel von den coronabedingten Schließungen ausgenommen. Bild: DPA

@argonerd

Eine Erklärung dafür, warum man im September und Oktober 2020 noch der Ansicht war, dass im Einzelhandel und beim Friseur und auch den Schulen keine große Ansteckungsgefahr besteht und daher deren Schließung überflüssig war und warum nun doch Einzelhandel, Friseur und Schulen/Kindergärten geschlossen werden, bleiben die Politiker schuldig.

Eine Nachfrage des Journalisten Boris Reitschuster, welche neuen Erkenntnisse diesem Sinneswandel zugrunde liegen, blieb unbeantwortet bzw. wurde nur ausweichend beantwortet auf der Bundespressekonferenz.

Beweis: Spahns Corona-Wortbruch vom 14.12.2020 von Boris Reitschuster; Quelle: <https://reitschuster.de/post/spahns-corona-wortbruch/>

XV. Masken sind nicht geeignet, um vor Ansteckung zu schützen

1. Wissenschaftlicher Aufsatz von Prof. Dr. Ines Kappstein

Laut Prof. Dr. Ines Kappstein (Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie, Infektions-epidemiologie, Hygiene und Umweltmedizin) in ihrem im August 2020 im Fachverlag Thieme Krankenhaushygiene veröffentlichten wissenschaftlichen Aufsatz gibt es **keine Hinweise für die Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes in der Öffentlichkeit.**

Folgende Kernaussagen hält Prof. Dr. Ines Kappstein fest:

- Bei Auswertung der vom RKI für dessen „Neubewertung“ von Masken im öffentlichen Raum angeführten Publikationen zeigt sich, dass es **keine wissenschaftliche Grundlage** gibt, mit der der Gebrauch von Masken (gleich welcher Art) in der Öffentlichkeit bei nahezu der gesamten Bevölkerung von Deutschland (abzüglich der Kinder bis 6 Jahre ca. 80 Mio. Menschen) gerechtfertigt werden kann, und aktuelle Untersuchungen zeigen das Gleiche.
- Im Gegenteil kann eine Maskenpflicht für viele Millionen Menschen im öffentlichen Raum sogar zu einem **Infektionsrisiko** werden, weil die erforderliche Händehygiene nicht eingehalten werden kann.
- Indirekte Erregerkontakte über kontaminierte Oberflächen werden durch Masken nicht weniger, sondern kommen im Gegenteil potenziell häufiger zustande als ohne Masken.
- Bei der Übertragung respiratorischer Viren spielt ein enger (< 1 m) Face-to-Face-Kontakt die entscheidende Rolle, der zudem mindestens über eine gewisse Zeit (≥ 15 min) bestehen muss, damit sich ein Übertragungsrisiko überhaupt verwirklichen kann.
- Die meisten Kontakte im öffentlichen Raum sind zum einen keine Face-to-Face-Kontakte. Zum anderen dauern sie, selbst wenn sie dennoch stattfinden, meist kürzer als 15 min, sodass eine effektive Übertragung infektiöser Tröpfchen in diesen Situationen sehr unwahrscheinlich erscheint.

Der Gebrauch von Masken im öffentlichen Raum ist schon allein **aufgrund des Fehlens von wissenschaftlichen Daten fragwürdig**. Zieht man dazu noch die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen in Betracht, müssen Masken nach den aus Krankenhäusern bekannten Regeln im öffentlichen Raum sogar als ein Infektionsrisiko betrachtet werden.

Beweis: Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit von Ines Kappstein im Thieme Fachverlag, (**Anlage K 3**)

2. Studienlage spricht gegen Wirksamkeit von Masken

Weitere 38 Studien zeigen auf, dass wissenschaftlich nicht belegt ist, dass ein Mund-Nasen-Schutz vor Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus schützt.

Beweis: Zusammenfassende Studienlage unter: <http://www.aerzteklaerenauf.de/masken/index.php>

Folgende Studien mit dem jeweiligen Ergebnis:

1 - ORR 1981

1981 wurde in den Annals of the Royal College of Surgeons of England eine Studie von Dr. Neil Orr veröffentlicht.

Dr. Orr war Chirurg in der Multiple Surgical Unit in Colchester. Sechs Monate lang, von März bis August 1980, beschlossen die Chirurgen und das Personal dieser Einheit zu prüfen, was passieren würde, wenn sie während der Operationen keine Masken tragen würden.

Sie trugen sechs Monate lang keine Masken und verglichen die Rate der chirurgischen Wundinfektionen von März bis August 1980 mit der Rate der Wundinfektionen von März bis August der vorangegangenen vier Jahre.

Sie stellten zu ihrem Erstaunen fest, dass, wenn niemand während der Operationen Masken trug, die Rate der Wundinfektionen weniger als halb so hoch war wie die, wenn alle Masken trugen.

Ihre Schlussfolgerung: "Es scheint, dass eine minimale Kontamination am besten erreicht werden kann, wenn überhaupt keine Maske getragen wird" und dass das Tragen einer Maske während der Operation "ein Standardverfahren ist, auf das man verzichten könnte".

2 - RITTER ET AL. 1975

Ritter et al. stellten zuvor im Jahr 1975 fest, dass "das Tragen einer chirurgischen Gesichtsmaske keinen Einfluss auf die gesamte Umgebungskontamination im Operationssaal hatte"

3 - HA'ERI & WILEY 1980

Ha'eri und Wiley brachten 1980 in 20 Operationen Mikrosphären aus menschlichem Albumin auf das Innere von Operationsmasken auf. Am Ende jeder Operation wurden die Wundspülungen unter dem Mikroskop untersucht. In allen Experimenten wurde eine Partikelkontamination der Wunde nachgewiesen.

4 - LASLETT & SABIN 1989

Laslett und Sabin stellten 1989 fest, dass Kappen und Masken während der Herzkatheterisierung nicht erforderlich waren. "Bei keinem Patienten wurden Infektionen gefunden, unabhängig davon, ob eine Kappe oder Maske verwendet wurde", schrieben sie. Sjøel und Kelbaek kamen 2002 zu derselben Schlussfolgerung.

5 - TUNEVALL 1991

In der Studie von Tunevall aus dem Jahr 1991 trug ein allgemeinchirurgisches Team bei der Hälfte seiner Operationen zwei Jahre lang keine Maske. Nach 1.537 mit Masken durchgeführten Operationen lag die Wundinfektionsrate bei 4,7%, während nach 1.551 Operationen ohne Maskendie Wundinfektionsrate nur 3,5% betrug.

6 - SKINNER & SUTTON 2001

Eine Untersuchung von Skinner und Sutton im Jahr 2001 kam zu dem Schluss, dass "die Evidenz für die Einstellung der Verwendung von chirurgischen Gesichtsmasken durch Anästhesisten stärker zu sein scheint als die verfügbaren Beweise für ihre weitere Verwendung".

7 - LAHME ET AL. 2001

Lahme et al. Schrieben 2001, dass "chirurgische Gesichtsmasken, die von Patienten während der Regionalanästhesie getragen wurden, in unserer Studie die Konzentration luftübertragener Bakterien über dem Operationsfeld nicht reduzierten. Daher sind sie entbehrlich".

8 - FIGUEIREDO ET AL. 2001

Figueiredo et al. Berichteten 2001, dass in den fünf Jahren, in denen die Peritonealdialyse ohne Masken durchgeführt wurde, die Peritonitis-Raten auf ihrer Station sich nicht von den Raten in Krankenhäusern unterschieden, in denen Masken getragen wurden.

9 - BAHLI 2009

Bahli führte 2009 eine systematische Literaturrecherche durch und stellte fest, dass "kein signifikanter Unterschied in der Inzidenz von postoperativen Wundinfektionen zwischen Gruppen mit Masken und Gruppen, die ohne Masken operiert wurden, beobachtet wurde".

10 - SELLDEN 2010

Die Chirurgen des Karolinska-Instituts in Schweden erkannten den Mangel an Evidenz für die Verwendung von Masken und stellten 2010 die Verwendung von Masken für Anästhesisten und anderes ungeschrubbtes Personal im Operationssaal ein. "Unsere Entscheidung, keine routinemäßigen chirurgischen Masken mehr für nicht chirurgisch geschrubbtes Personal im Operationssaal zu verlangen, ist eine Abweichung von der üblichen Praxis. Aber die Beweise zur Unterstützung dieser Praxis existieren nicht", schrieb Dr. Eva Sellden.

11 - WEBSTER ET AL. 2010

Webster et al. Berichteten 2010 über geburtshilfliche, gynäkologische, allgemeine, orthopädische, brust- und urologische Operationen, die an 827 Patienten durchgeführt wurden. Alle nicht geschrubbten Mitarbeiter trugen bei der Hälfte der Operationen Masken, und keiner der nicht geschrubbten Mitarbeiter trug bei der Hälfte der Operationen eine Maske. Die Infektionsraten stiegen nicht an, wenn das ungeschrubbte OP-Personal keine Gesichtsmaske trug.

12 - LIPP & EDWARDS 2014

Lipp und Edwards überprüften 2014 die chirurgische Literatur und stellten fest, dass "in keiner der Studien ein statistisch signifikanter Unterschied in der Infektionsrate zwischen der maskierten und der unmaskierten Gruppe bestand". Vincent und Edwards aktualisierten diese Übersicht 2016, und die Schlussfolgerung war die gleiche.

13 - CAROE 2014

Carøe schrieb in einer 2014 erschienenen Übersicht, die auf vier Studien und 6.006 Patienten basierte, dass "keine der vier Studien einen Unterschied in der Anzahl der postoperativen Infektionen feststellte, unabhängig davon, ob Sie eine chirurgische Maske verwendeten oder nicht".

14 - SALASSA & SWIONTKOWSKI 2014

Salassa und Swiontkowski untersuchten 2014 die Notwendigkeit von Peelings, Masken und Kopfbedeckungen im Operationssaal und kamen zu dem Schluss, dass "es keinen Beweis dafür gibt, dass diese Maßnahmen die Prävalenz von Infektionen an der Operationsstelle verringern".

15 - DA ZHOU ET AL. 2015

Da Zhou et al. kamen bei der Durchsicht der Literatur im Jahr 2015 zu dem Schluss, dass "es keine substanziellen Beweise für die Behauptung gibt, dass Gesichtsmasken entweder den Patienten oder den Chirurgen vor infektiöser Kontamination schützen".

16 - JEFFERSON ET AL. 2020

Jefferson et al. Stellten 2020 in einer Metaanalyse fest, „dass Gesichtsmasken keine nachweisbare Wirkung gegen die Übertragung von Virusinfektionen haben.“

17 - XIAO ET AL. 2020

Eine Metaanalyse von Xiao et al. aus dem Jahr 2020 ergab, dass Beweise aus randomisierten kontrollierten Studien mit Gesichtsmasken keinen wesentlichen Effekt auf die Übertragung der im Labor bestätigten Influenza unterstützen - weder wenn sie von infizierten Personen, noch von Personen aus der allgemeinen Bevölkerung getragen werden.“

18 - OXFORD CEBM 2020

Eine Überprüfung durch das Oxford Centre for Evidence-Based Medicine vom Juli 2020 ergab, „dass es keinen Beweis für die Wirksamkeit von Stoffmasken gegen Virusinfektion oder Virusübertragung gibt.“

19 - WIELAND 2020

Eine Studie von Thomas Wieland aus dem Juni 2020 „fand keine Wirkung der Einführung von Maskenpflicht und öffentlichen Verkehrsmitteln.“

20 - UNI EAST ANGLIA 2020

Eine länderübergreifende Studie der University of East Anglia ergab 2020, „dass eine Maskenpflicht keinen Nutzen bringt und sogar das Infektionsrisiko erhöhen kann. In drei von 31 Studien wurde eine sehr leicht verringerte Wahrscheinlichkeit festgestellt an einer Grippe ähnlichen Krankheit zu erkranken.“

21 - BROSSEAU & SIETSEMA 2020

Die im April 2020 von Brosseau und Sietsema (Professorinnen für Atemwegs- und Infektionskrankheiten) an der University of Illinois durchgeführte Untersuchung kam zu dem Schluss: „dass Gesichtsmasken im Alltag keine Wirkung haben. Weder als Selbstschutz noch zum Schutz Dritter.“

22 - RADONOVICH ET AL. 2019

Eine 2011 bis 2016 durchgeführte Studie von Radonovich et al. mit 2.862 Teilnehmern zeigte, „dass sowohl N95 Atemschutzmasken, als auch Operationsmasken, zu keinem signifikanten Unterschied im Auftreten der im Labor bestätigten Influenza führten.“

23 - SMITH ET AL. 2016

Eine 2016 von Smith et al. durchgeführte Metaanalyse ergab: „dass sowohl randomisierte kontrollierte Studien als auch Beobachtungsstudien zu N95 Atemschutzmasken und Operationsmasken, die von medizinischem Personal verwendet werden, keinen Nutzen gegen die Übertragung von akuten Atemwegsinfektionen zeigten.“

24 - BIN-REZA ET AL. 2011

Eine 2011 von bin-Reza et al. durchgeführte Metaanalyse von 17 Studien zu Masken und Wirkung auf die Übertragung von Influenza ergab: „dass keine der Studien eine schlüssige Beziehung zwischen dem Gebrauch von Masken, Atemschutzmasken und dem Schutz vor einer Influenzainfektion hergestellt hat. Die Verwendung von Gesichtsmasken erwies sich im Vergleich zu Kontrollen ohne Gesichtsmaske bei medizinischem Personal ebenfalls als nicht schützend vor Erkältungen.“

25 - ONISHI 2020

Eine im Juli 2020 vom japanischen Forscher Onishi durchgeführte Untersuchung ergab, „dass Stoffmasken aufgrund ihrer großen Porengröße und der allgemein schlechten Passform keinen Schutz gegen Corona-Viren bieten.“

26 - PERSON ET AL. 2017

Eine von Person et al. 2017 publizierte Studie ergab: „dass Stoffmasken von 97 % der Partikel durchdrungen werden und das Infektionsrisiko erhöhen können, indem sie Feuchtigkeit zurückhalten oder wiederholt verwendet werden. Chirurgische Maskenträger hatten nach einem sechsminütigen Fußmarsch eine signifikant höhere Atemnot als nicht Maskenträger. 19% der Träger von N95-Atemschutzmasken entwickelten verschiedene Grade von Sauerstoffmangel im Blut.“

27 - KLOMPAS ET AL. 2020

Im Leitartikel des New England Journal of Medicine zum Thema "Maskengebrauch in der Covid-19-Zeit" wird von Klompas et al. im April 2020 u.a. vorgebracht: „Wir wissen, dass das Tragen einer Maske außerhalb von Gesundheitseinrichtungen wenn überhaupt nur wenig Schutz vor Infektionen bietet. Viele Staaten die im Frühjahr oder Frühsommer in öffentlichen Verkehrsmitteln und in Geschäften obligatorische Gesichtsmasken einführen, wie Kalifornien, Argentinien, Spanien und Japan, verzeichneten ab Juli immer noch einen starken Anstieg von Infektionen.“

28 - BRAINARD ET AL. 2020

Systematischer Review von 31 Studien (RCTs und Beobachtungsstudien) zum Sinn des Maskentragens in der Öffentlichkeit.

Schlussfolgerung der Autoren: Die Evidenz für das Maskentragen ist nicht stark genug, um eine weit verbreitete Verwendung von Gesichtsmasken als Schutzmaßnahme gegen COVI D-19 zu unterstützen. Die kurzzeitige Verwendung für besonders gefährdete Personen in vorübergehenden Situationen mit höherem Risiko erscheint den Autoren jedoch sinnvoll.

29 - DESAI & MEHROTRA 2020

Artikel zur Verwendung von zwei Typen von medizinischen Masken (Gesichtsmasken und N95 Atemschutzmasken) im Vergleich.

Empfehlungen der Autoren: Gesichtsmasken sollten nur von Personen getragen werden, die Symptome einer Atemwegsinfektion aufweisen oder von Mitarbeitern des Gesundheitswesens, die Menschen mit Atemwegsinfektionen betreuen. Gesichtsmasken sollten nicht von gesunden Personen getragen werden, da es keine Belege dafür gibt, dass Gesichtsmasken wirksam vor Krankheiten schützen können.

30 - BFARM JUNI 2020

Hinweise zur Verwendung von Mund-Nase-Bedeckungen, medizinischen Gesichtsmasken und partikelfilternde Halbmasken im Zusammenhang mit dem Coronavirus.

Mund-Nasen-Bedeckungen aus Stoff (DIY): Träger können sich nicht darauf verlassen, dass diese sie oder andere vor einer Übertragung von SARS-CoV-2 schützen, da für diese Masken keine entsprechende Schutzwirkung nachgewiesen wurde.

Medizinische Gesichtsmasken dienen vor allem dem Fremdschutz und schützen das Gegenüber vor der Exposition möglicherweise infektiöser Tröpfchen desjenigen, der den Mundschutz trägt.

Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-Masken) sind für den Eigenschutz (PSA) im Rahmen des Arbeitsschutzes und haben die Zweckbestimmung, den Träger der Maske vor Partikeln, Tröpfchen und Aerosolen zu schützen. Masken ohne Ventil filtern sowohl die eingeatmete Luft als auch die Ausatemluft und bieten daher sowohl einen Eigenschutz als auch einen Fremdschutz. Masken mit Ventil filtern nur die eingeatmete Luft und bieten daher keinen Fremdschutz.

31 - HARDIE 2016

Review zum Thema Wirksamkeit von Gesichtsmasken zum Infektionsschutz insbesondere für zahnärztliches Personal.

Schlussfolgerung des Autors: Gesichtsmasken sind aufgrund ihrer schlechten Passform und ihrer begrenzten Filtereigenschaften nicht in der Lage zahnärztliches Personal vor luftübertragenen Krankheitserregern zu schützen.

32 - JUNG ET AL. 2014

Studie zur Bewertung und zum Vergleich der Filtrationseffizienz und des Druckabfalls verschiedener Typen zugelassener und nicht zugelassener Masken sowie Taschentüchern.

Schlussfolgerung der Autoren: Die Mehrzahl der Gelbsand- u. Quarantäne-Masken erfüllten die Normen. Die meisten Medizinmasken zeigten eine Penetration von über 20%. Allgemeine Masken und Taschentücher haben keine Schutzfunktion im Hinblick auf die Filtrationseffizienz von Aerosolen. Es bedarf genauer Richtlinien für die Benutzung von Masken für die Bürger, um das Einatmen externer schädlicher Substanzen zu vermeiden.

33 - CHU ET AL. 2020

Diese Studie wurde von der WHO selbst finanziert. Es wurden 172 Beobachtungsstudien und 44 vergleichende Studien analysiert. Es wird zusammenfassend postuliert, dass ein Mindestabstand von 1 m und das Tragen von Masken mit einem erhöhten Schutz assoziiert sind. Dies wäre gültig für chirurgische Einwegmasken und 12-16-lagige Baumwollmasken. Es wird darauf hingewiesen, dass keine Intervention, auch wenn sie richtig eingesetzt wurde, mit einem vollständigen Schutz vor Infektion verbunden war.

34 - ROYAL SOCIETY & BRITISH ACADEMY 2020

Dieses noch nicht kontrollierte Review behandelt hauptsächlich den Umgang und die Compliance der Bevölkerung mit den verordneten Maßnahmen und Empfehlungen, wie deren Zustimmung und Umsetzung erreicht werden kann. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Evidenz der Wirksamkeit der Maßnahmen im Speziellen des Tragens der Masken wird in der Diskussion/Disclusio erwähnt, dass die diversen Studien oftmals mangelhaft und nicht vergleichbar seien. Zusätzlich gäbe es keine klinischen Studien über die Wirksamkeit von social distancing, Husten in die Armbeuge und Quarantäne auf die Virus-Transmission. Dennoch seien diese Maßnahmen von der Öffentlichkeit und Politik als wirksam anerkannt worden.

35 - FENG ET AL. 2020

Rationelle Verwendung von Gesichtsmasken bei der COVID-19-Pandemie.

Die Autoren der Studie kommen zum folgenden Schluss: Ein wichtiger Grund, von der weit verbreiteten Verwendung von Gesichtsmasken abzusehen, ist die Erhaltung begrenzter Vorräte für den professionellen Einsatz in Gesundheitseinrichtungen. Von der universellen Verwendung von Gesichtsmasken in der Gemeinschaft wird abgeraten, da Gesichtsmasken keinen wirksamen Schutz vor einer Coronavirusinfektion bieten.

36 - FISHER AT AL. 2020

Diese vom US Center for Disease Control and Prevention CDC publizierte Studie "Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults ≥ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities — United States, July 2020" kommt zu folgendem Schluss: 85% der COVID-19-Fälle waren Personen, die häufig oder immer Masken tragen.

37 - DRELLER ET AL. 2006

In ihrer Studie "Zur Frage des geeigneten Atemschutzes vor luftübertragenen Infektionserregern Gefahrstoffe" [Reinhaltung der Luft 66 (1-2): 14-24] kommen die Autoren nach der Untersuchung von 16 Mund-Nasen-Bedeckungen zu dem folgenden Schluss: Versucht man ein Fazit, so bleiben einige Unbekannte, die momentan eine eindeutige wissenschaftlich begründete Empfehlung für den Einsatz bestimmter MNS oder Atemschutzgeräte erschweren. Deshalb muss eine Konvention, in der die berichteten Ergebnisse sowie auch das im Arbeitsschutz übliche Vorsorgeprinzip berücksichtigt werden, die wissenschaftliche Empfehlung ersetzen.

38 - BUNDGAARD ET AL. 2020

In der randomisiert kontrollierten Studie "Effectiveness of Adding a Mask Recommendation to Other Public Health Measures to Prevent SARS-CoV-2 Infection in Danish Mask Wearers" vom 18.11.2020, kamen die Autoren zu folgendem Ergebnis: Insgesamt 3.030 Teilnehmer wurden nach dem Zufallsprinzip der Empfehlung zum Tragen von Masken und 2.994 der Kontrolle zugeteilt; 4.862 schlossen die Studie ab. Eine Infektion mit SARS-CoV-2 trat bei 42 Teilnehmern mit Maskenempfehlung (1,8%) und 53 Kontrollteilnehmern (2,1%) auf. Der Unterschied zwischen den Gruppen betrug -0,3 Prozentpunkte.

3. Maskentragen laut Sächsischer Staatskanzlei Symbolpolitik

Rechtsanwalt Dr. Kay E. Winkler hatte in Bezug auf die neue Corona-Verordnung Einsicht in die Verwaltungsakten der Sächsischen Landesregierung erhalten. In der Akte findet sich in einem Diskussionspapier der Sächsischen Staatskanzlei vom 24.10.2020 folgender Kommentar: „Das Thema Maskentragen ist zwar überall jetzt als Maßnahme in der Umsetzung, dennoch sollte man nicht außer Acht lassen, dass das Tragen oder nicht-Tragen von Masken an Stellen, an denen es überprüft werden könnte, **aus medizinischer Sicht eher ein Zeichen der Solidarität und Wahrnehmung der Problematik** ist. Die Infektionen finden an anderen Stellen statt, an denen keine Masken getragen werden. Es ist zu vermuten, dass das die Bürger eher als weitere Schikane ansehen. Von daher sollte man auch verstärkt Aufklärung betreiben, damit der Bürger auch im privaten Umfeld Einsicht walten lässt.“

Dr. Winkler schließt daraus, dass die Maskenpflicht reine Symbolpolitik ist.

Beweis: Kommentar von Dr. Kay E. Winkler vom 13.11.2020; Quelle: <https://community.beck.de/mitglied/40146/track>

4. Prof. Rodger Hodgkinson: Masken völlig nutzlos

Der Medizinprofessors und Chairman of the Royal College of Physicians and Surgeons Ottawa, Canada, Dr. **Roger Hodgkinson** erklärte im Rahmen einer Parlamentsanhörung zu den Masken:

„Es besteht kein Handlungsbedarf ... **Masken sind völlig nutzlos**. Es gibt keinerlei Beweise dafür, dass sie überhaupt wirksam sind. Es ist völlig lächerlich, diese unglücklichen, ungebildeten Menschen wie Lemminge herumlaufen zu sehen, die wie Lemminge ohne jeden Beweis gehorchen. Soziale Distanzierung ist ebenfalls nutzlos...“
Englisch Original:

„There is no action needed. ... Masks are utterly useless. There is no evidence whatsoever they are even effective. It is utterly ridiculous seeing these unfortunate, uneducated people walking around like lemmings obeying without any evidence. Social distancing is also useless....“

Beweis: Positive results do not mean a clinical infection; Quelle 1: <https://www.bit-chute.com/video/Rs9R4PP5htlx/> Quelle 2: Klage durch Rechtsanwalt Dr. Fuellmich (**Anlage K 2**)

5. Laut WHO nur geringe Evidenz für Wirksamkeit von Masken

Im Hinblick auf die Masken zeigte die WHO in einem am 01.12.2020 veröffentlichten Dokument auf, dass es für die Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes keine medizinische Evidenz gibt: „At present there is only limited and inconsistent scientific evidence to support the effectiveness of masking of healthy people in the community to prevent infection with respiratory viruses, including SARS-CoV-2 (75).“ Das bedeutet, dass selbst die WHO zugibt, dass es nur begrenzte und inkonsistente wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von Masken gibt.

Beweis: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337199/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

XVI. Derzeitige Nutzung von FFP2-Maske widerspricht bisheriger Empfehlung des RKI und weiterer Fachgesellschaften

Sogar das RKI rät von einer Benutzung von FFP2-Masken im privaten Bereich ab. Dort heißt es: „Beim **bestimmungsgemäßen Einsatz von FFP2-Masken** muss eine **arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung im Voraus angeboten** werden, um durch den erhöhten Atemwiderstand entstehende Risiken für den individuellen Anwender medizinisch zu bewerten...Gemäß Vorgaben des Arbeitsschutzes ist die durchgehende Tragedauer von FFP2-Masken bei gesunden Menschen begrenzt (siehe Herstellerinformationen, i.d.R. 75 Minuten mit folgender 30-minütiger Pause), um die Belastung des Arbeitnehmers durch den erhöhten Atemwiderstand zu minimieren. Bedingt durch den zweckbestimmten, zielgerichteten Einsatz sind keine Untersuchungen zu den gesundheitlichen, ggf. auch langfristigen Auswirkungen der Anwendung von FFP2-Masken außer-

halb des Gesundheitswesens z.B. bei vulnerablen Personengruppen oder Kindern verfügbar. **Bei Gesundheitspersonal sind Nebenwirkungen wie z.B. Atembeschwerden oder Gesichtsdermatitis infolge des abschließenden Dichtsitzes beschrieben....**

Bei der Anwendung durch Laien ist ein Eigenschutz über den Effekt eines korrekt getragenen MNS hinaus daher nicht zwangsläufig gegeben. In den „Empfehlungen der BAuA und desad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“ werden FFP2-Masken **nicht zur privaten Nutzung empfohlen.... Beim Einsatz bei Personen mit z.B. eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Personen sind gesundheitliche Auswirkungen nicht auszuschließen.**

Die Anwendung durch Laien, insbesondere durch Personen, die einer vulnerablen Personengruppe angehören (z.B. Immunsupprimierte) sollte grundsätzlich nur nach sorgfältiger Abwägung von potentielltem Nutzen und unerwünschten Wirkungen erfolgen. Sie sollte möglichst ärztlich begleitet werden...“

Beweis: Screenshot vom 20.01.2021 der Seite <https://www.rki.de/Shared-Docs/FAQ/NCOV2019/gesamt.html>

Welche Funktion bzw. Einsatzbereiche haben FFP2-Masken außerhalb der Indikationen des Arbeitsschutzes? ▲

Das Tragen von FFP2-(bzw. FFP3-)Masken durch **geschultes und qualifiziertes Personal wird z.B. im medizinischen Bereich** im Rahmen des Arbeitsschutzes vorgeschrieben, wenn patientennahe Tätigkeiten mit erhöhtem Übertragungsrisiko durch Aerosolproduktion, z.B. eine Intubation, durchgeführt werden. Siehe hierzu auch die „Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“.

Beim **bestimmungsgemäßen Einsatz von FFP2-Masken** muss eine arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung im Voraus angeboten werden, um durch den erhöhten Atemwiderstand entstehende Risiken für den individuellen Anwender medizinisch zu bewerten. Der Schutzeffekt der FFP2-Maske ist nur dann umfassend gewährleistet, wenn sie durchgehend und dicht sitzend (d.h. passend zur Gesichtsphysiognomie und abschließend auf der Haut, Nachweis durch FIT-Test) getragen wird. **Bei der Anwendung durch Laien ist ein Eigenschutz über den Effekt eines korrekt getragenen MNS hinaus daher nicht zwangsläufig gegeben. In den „Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“ werden FFP2-Masken nicht zur privaten Nutzung empfohlen.**

Gemäß Vorgaben des Arbeitsschutzes ist die durchgehende Tragedauer von FFP2-Masken bei gesunden Menschen begrenzt (siehe Herstellerinformationen, i.d.R. 75 Minuten mit folgender 30-minütiger Pause), um die Belastung des Arbeitnehmers durch den erhöhten Atemwiderstand zu minimieren. Bedingt durch den zweckbestimmten, zielgerichteten Einsatz sind keine Untersuchungen zu den gesundheitlichen, ggf. auch langfristigen Auswirkungen der Anwendung von FFP2-Masken außerhalb des Gesundheitswesens z.B. bei vulnerablen Personengruppen oder Kindern verfügbar. Bei Gesundheitspersonal sind Nebenwirkungen wie z.B. Atembeschwerden oder Gesichtsdermatitis infolge des abschließenden Dichtsitzes beschrieben. **Beim Einsatz bei Personen mit z.B. eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Personen sind gesundheitliche Auswirkungen nicht auszuschließen.**

Die Anwendung durch Laien, insbesondere durch Personen, die einer vulnerablen Personengruppe angehören (z.B. Immunsupprimierte) sollte grundsätzlich nur nach sorgfältiger Abwägung von potenziellem Nutzen und unerwünschten Wirkungen erfolgen. Sie sollte möglichst ärztlich begleitet werden, um über die Handhabung und Risiken aufzuklären, einen korrekten Dichtsitz zu gewährleisten, die für den Träger vertretbare Tragedauer unter Berücksichtigung der Herstellerangaben individuell festzulegen und gesundheitliche Risiken/Folgen zu minimieren. Weiterhin sollten FFP2-Masken grundsätzlich nicht mehrfach verwendet werden, da es sich i.d.R. um Einmalprodukte handelt.

Es ist darauf hinzuweisen, dass im Kontext der allgemeinen Infektionsschutzmaßnahmen das Tragen einer Alltagsmaske eine wichtige Maßnahme darstellt, die allerdings einzeln angewendet nicht so effektiv sein kann wie die Kombination von mehreren Maßnahmen im Sinne eines Maßnahmenbündels. Deshalb sollte der Einsatz von Masken nicht dazu führen, dass andere Komponenten der AHA+I-Regeln vernachlässigt werden oder sogar Risiken bewusst in Kauf genommen werden (z.B. durch Erhöhung der Personendichte in geschlossenen Räumen mit schlechter Belüftung, oder Erhöhung der Zahl der nicht zwingend erforderlichen

Ebenso rät die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und die Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP) raten in deren gemeinsamer Stellungnahmen vom 15.01.2021 von der Verwendung von FFP2-Masken im öffentlichen Personennahverkehr und im Einzelhandel ab. In der Stellungnahme heißt

es: „Bei der Anwendung durch Laien ist ein Eigenschutz über den Effekt eines korrekt getragenen Mund-Nasenschutzes (MNS) hinaus daher nicht zwangsläufig gegeben.

In den „Empfehlungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2“ werden FFP2-Masken nicht zur privaten Nutzung empfohlen.

Gemäß Vorgaben des Arbeitsschutzes ist die durchgehende Tragedauer von FFP2-Masken bei gesunden Menschen begrenzt (i.d.R. 75 Minuten mit folgender 30-minütiger Pause), um die Belastung des Arbeitnehmers durch den erhöhten Atemwiderstand zu minimieren. Bedingt durch den zweckbestimmten, zielgerichteten Einsatz sind keine Untersuchungen zu den gesundheitlichen, ggf. auch langfristigen Auswirkungen der Anwendung von FFP2-Masken außerhalb des Gesundheitswesens z.B. bei vulnerablen Personengruppen oder Kindern verfügbar.

Bei Gesundheitspersonal sind Nebenwirkungen wie z.B. Atembeschwerden oder Gesichtsdematitis infolge des abschließenden Dichtsitzes beschrieben. Beim Einsatz bei Personen mit z.B. eingeschränkter Lungenfunktion oder älteren Personen sind gesundheitliche Auswirkungen nicht auszuschließen.

Die Anwendung durch Laien, insbesondere durch Personen, die einer vulnerablen Personengruppe angehören (z.B. Immunsupprimierte) sollte grundsätzlich nur nach sorgfältiger Abwägung von potentielltem Nutzen und unerwünschten Wirkungen erfolgen. Sie sollte möglichst ärztlich begleitet werden, um über die Handhabung und Risiken aufzuklären, einen korrekten Dichtsitz zu gewährleisten, die für den Träger vertretbare Tragedauer unter Berücksichtigung der Herstellerangaben individuell festzulegen und gesundheitliche Risiken/Folgen zu minimieren.

Es gibt zunehmend Hinweise, dass auch in Krankenhäusern und Pflegeheimen im Zusammenhang mit Ausbrüchen trotz Wechsel von MNS auf FFP2/KN95 Übertragungen stattfinden, z. B. wegen nicht korrektem Tragen, hohen Leckagen durch fehlende Gesichtsanpassung, fehlerhaftem Umgang mit der Maske beim An- und Ausziehen oder durch Verwendung von insuffizienter Importware ohne oder mit gefälschter CE-Kennzeichnung.

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Auswirkungen rät die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) dringend dazu, die **bayerische Empfehlung einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Vor einer Übernahme der bayerischen Verordnung durch andere Bundesländer rät die DGKH ab.**“ (Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Beweis: Stellungnahmen der DGKH und GHUP vom 15.01.2021; [https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_01_15_Stellungnahme-FFP2\(1\).pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_01_15_Stellungnahme-FFP2(1).pdf)

XVII. Physische und psychische Beeinträchtigungen durch Tragen einer Maske

Eine 2020 von Chandrasekarang und Fernandez durchgeführte Studie befasste sich mit den negativen Auswirkungen des Masketragens. Neben einem falschen Gefühl von Sicherheit sind dies vor allem physische Folgen, wie dass das **Lungenkreislauf,- und Immunsystem durch Gesichtsmasken bei körperlicher Aktivität stark belastet werden**

können, da u.a. der CO₂-Austausch reduziert wird. Als Folge einer Hyperkapnie kann es u.a. zu einer Überlastung des Herzens und zur metabolischen Azidose kommen.

Beweis: "Exercise with facemask; Are we handling a devil's sword?" – A physiological hypothesis; Quelle: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306987720317126>

Eine Studie von Beder et al. aus dem Jahr 2008 ergab, „**dass Chirurgen nach Operationen, die sogar nur 30 Minuten dauerten, eine verminderte Sauerstoffsättigung hatten.**“

Beweis: Preliminary report on surgical mask induced deoxygenation during major surgery; Quelle: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18500410/>

Im Rahmen einer Studie von Huber im Jahr 2020 wird eine Durchsicht und Zusammenfassung der medizinischen Literatur (Metaanalysen und Studien) über die Auswirkung des Maskentragens auf die menschliche Gesundheit zur Risiko-Nutzenanalyse für die breite Öffentlichkeit und jeden Einzelnen unternommen.

Schlussfolgerung der Autorin: **Masken behindern eher die normale Atmung und dienen nicht als wirksame Barrieren gegen Krankheitserreger. Daher sollten Masken nicht von der Allgemeinheit, weder von Erwachsenen noch von Kindern, verwendet werden** und ihre Einschränkungen als Prophylaxe gegen Krankheitserreger sollten auch in medizinischen Einrichtungen in Betracht gezogen werden.

Beweis: Masks are neither effective nor safe: A summary of the science; Quelle: <https://www.primarydoctor.org/masks-not-effect>

Eine Dissertation von Ulrike Butz aus dem Jahr 2005 zur Rückatmung von CO₂ bei Verwendung von OP-Masken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Personal. Ergebnis der Arbeit: Die Dissertation zeigt eine **verstärkte Rückatmung von Kohlendioxid** und einen **signifikanten Anstieg von CO₂ im Blut**. Da **Hyperkapnie verschiedene Hirnfunktionen einschränken** kann, soll diese Studie Hersteller von chirurgischen Operationsmasken aufrufen, Filtermaterialien mit höherer Permeabilität für Kohlendioxid zu verwenden. Dies sollte dazu führen, dass eine verminderte Akkumulation und Rückatmung von Kohlendioxid bei medizinischem Fachpersonal gewährleistet wird. Solange muss der Einsatzbereich der OP-Masken kritisch diskutiert und definiert werden, um unnötige Tragezeiten zu vermeiden.

Beweis: Rückatmung von Kohlendioxid bei Verwendung von Operationsmasken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Fachpersonal; Quelle: <https://media-tum.ub.tum.de/602557>

Eine Studie von MacIntyre et al. aus dem Jahr 2015 zum Vergleich der Effizienz von Stoffmasken zu medizinischen Masken bei Personal im Gesundheitswesen. Schlussfolgerung der Autoren: Diese Studie ist das erste RCT von Stoffmasken. Die Ergebnisse **warnen vor der Verwendung von Stoffmasken. Feuchtigkeitsrückhaltung, Wiederverwendung von Stoffmasken und schlechte Filterung können zu einem erhöhten Infektionsrisiko führen.**

Beweis: A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers; Quelle: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420971/>

Schließlich kommt auch Prof. Ines Kappstein in ihrem Aufsatz zu dem Fazit, dass ein Mund-Nasen-Schutz potentiell das Infektionsrisiko erhöht aufgrund der erhöhten Tendenz sich wegen der Maske ins Gesicht zu greifen und der mangelnden Händehygiene beim Anfassen der Maske im Alltag.

Beweis: Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit von Ines Kappstein im Thieme Fachverlag (**Anlage K 3**)

Eine von der Dipl.-Psychologin Daniela Prousa im Juni/Juli 2020 durchgeführte Studie zeigte in der Zusammenfassung eine **massive psychische Belastung** von Menschen unter den aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen, mit, davon abhängig, überwiegend vielen psychovegetativen Stressreaktionen beim Tragen des MNS, die wiederum signifikant den Grad der oft deutlichen Nachwirkungen bedingen.

Die Tatsache, dass **über 60%** der sich deutlich mit den Verordnungen belastet erlebenden Menschen **schon jetzt schwere (psychosoziale) Folgen** erlebt, wie eine stark reduzierte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund von aversionsbedingtem MNS-Vermeidungsbestreben, sozialen Rückzug, herabgesetzte gesundheitliche Selbstfürsorge (bis hin zur Vermeidung von Arztterminen) oder die Verstärkung vorbestandener gesundheitlicher Probleme (posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne), sprengte alle Erwartungen der Untersucherin.

Beweis: Studie zu psychischen und psychovegetativen Beschwerden mit den aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen von Dipl.-Psychologin Daniela Prousa; Quelle: <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2751>

XVIII. Unabsehbare Gesundheitsgefahren für Kinder durch Masken

Die vorhandene Literatur und wissenschaftliche Arbeiten beschränken sich bei den Untersuchungen auf Erwachsene. Bis vor Kurzem gab es keine bekannten Studien, welche die spezielle Physiologie von Kindern einbezieht. Des Weiteren befassen sich die vorhandenen Studien mit der Frage der gesundheitlichen Unbedenklichkeit der Mund-Nasen-Bedeckung (MNB) in einem eng beschränkten Zeitraum. Keine Studie untersucht den Einfluss einer MNB bei Erwachsenen oder Kindern über einen längeren Zeitraum (Tage, Wochen, Monate).

Zu erwähnen sei hier als Indikator auch eine **Studie mit Ratten, wo eine wiederholte Hyperkapnie** ($\text{paCO}_2 \geq 45\text{mmHg}$) **zu irreversiblen Schäden im Hirnstammbereich** und damit einhergehend zu einer **starken Reduktion der Lernleistung** führte (Huo, et al., 2014). Zudem fanden alle Studien bezüglich Schädlichkeit im Labor und oder der Klinik statt. In beiden Settings sind die klimatischen Bedingungen konstant.

Somit sind die Studien weder auf Kinder ausgelegt, noch spiegeln sie die jetzt vorherrschenden Tragebedingungen wider. Im Arbeitsschutz sind jedoch Regeln vorhanden. Bei Erwachsenen gibt es klare Regeln zum Tragen von Atemschutzmasken. Bei einem gewissen Atemwiderstand oder Gewicht muss eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach ArbMedVV – G26 - angeboten oder verpflichtend durchgeführt werden. Dies ist von den Berufsgenossenschaften in der BGR 190 vorgeschrieben. Weitere Regelungen finden sich u.a. in den DGUV Grundsätzen für arbeitsmedizinische Untersuchungen, in der DGUV 112-190 und in der AMR 14.2.

Der Grund hierfür ist, dass das Tragen von Atemschutz eine erhöhte körperliche Belastung bedeutet und es zu körperlichen Schäden kommen kann.

FFP1, FFP2 (z.B. N95-Maske) und FFP3 Masken werden hier der G26.1 zugeordnet. Die G26.1 beinhaltet mindestens eine Prüfung der Lungenfunktion, des Blutdrucks, eine Blut- und Urinuntersuchung, eine Anamnese und körperliche Untersuchung. Herz-, Kreislauf-, Atemwegserkrankungen können zum Beispiel die Eignung einschränken. Der Gasaustausch und die Frischluftaufnahme ist von Material und Dichte einer verwendeten MNB abhängig. Je höher der Widerstand, umso höher die Atemarbeit, um den Gasaustausch zu gewährleisten. Ebenso beeinflusst der Widerstand die Zusammensetzung von CO₂ und O₂ im Gasgemisch, das sich hinter der Maske bildet.

Zitat aus dem Interview mit Herr Dr. Christian Zilz (Zilz, D. C. (2020, 06 2). Mund-Nasen-Schutz im Einsatz. (S. Runnebaum, Interviewer):

„Hauptsächlich kommt es durch den erhöhten Atemwegswiderstand zu einer Steigerung der Atemarbeit. Bei relevanten Vorerkrankungen wie zum Beispiel Herz-, Lungen- und Muskelerkrankungen, aber auch bei starkem Übergewicht, kann es zu einer Überlastung der Atemmuskulatur kommen. Dies kann dann zu einem erhöhten Kohlendioxid-Gehalt im Blut und auch zu einer respiratorischen Azidose (Übersäuerung des Blutes, weil zu wenig CO₂ abgeatmet wird, Anmerk. d. Redaktion) führen. Der CO₂-Anstieg im Blut kann Müdigkeit bis hin zur Kohlendioxid-Narkose zur Folge haben..... Je nach verwendetem Material eines MNS oder der Klasse einer FFP- Maske kommt es zu einer höheren Atemanstrengung.“

Beweis: Belastung für Feuerwehrleute? Mund-Nasen-Schutz im Einsatz; Quelle: <https://www.feuerwehrmagazin.de/wissen/mund-nasen-schutz-im-einsatz-99647>

Zitat aus einem Interview des Ärzteblattes mit Oberarzt E. Bülke (Edwin, O. B. (2020, 04 27). „Nicht für jeden ist das Tragen einer Maske unbedenklich“. (D. Ärzteblatt, Interviewer):

„Bei starker körperlicher Anstrengung besteht [...] die Gefahr der Hyperkapnie. Kann das Kohlendioxid (CO₂) aufgrund des erhöhten Luftwiderstands in der Maske nicht richtig abgeatmet werden, könnte es sich im Blut anreichern und den pH-Wert im Blut senken. Der erhöhte CO₂- Partialdruck würde dann zu einer respiratorischen Azidose führen.“

Beweis: „Nicht für jeden ist das Tragen einer Maske unbedenklich“; Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112344/Nicht-fuer-jeden-ist-das-Tragen-einer-Maske-unbedenklich>

Aus den genannten Gründen ist beim Tragen zwingend eine **Tragezeitbegrenzung** vorgesehen. (DGUV Regel 112-190 - Benutzung von Atemschutzgeräten (BGR/GUV-R 190), 2011)

Die Firma Moltex gibt bei ihrer FFP3-Maske bei 30L/min einen Widerstand von 1 mbar und bei 90L/min einen Widerstand von 3 mbar an. (Datenblatt FFP Masken, 2016) Materialprüfungen weiterer im Alltag verwendeter MSN des Max-Planck-Institutes ergeben bei 50L/min Werte, die teilweise über ein 1 mbar und höher liegen. (Dr. Drewnick, F., & et al. (2020, 05 20). Abscheideeffizienz von Mund-Nasen-Schutz Masken, selbstgenähten Gesichtsmasken, potentiellen Maskenmaterialien sowie „Community Masken“. Max-Planck-Institut für Chemie, Mainz Abteilung Partikelchemie).

Im freien Markt werden Community-Masken angeboten, die einen Atemwiderstand von 4.7 mbar aufweisen (Beispiel Community Maske (Widerstand 4,7mbar):

Beispiel 1: <https://www.shootingstore.at/atenschutz/31300-mns-maske-3-lagig-mund-nasen-schutz-en-zertifiziert.html>

Beispiel 2: <https://www.deinemaske24.de/p/mns-atenschutzmaske-3-lagig-en14683-zertifiziert>

Damit wird deutlich, dass der Widerstand vieler Materialien von Community–Masken denjenigen einer FFP3-Maske überschreitet.

Nun müssen Menschen und insbesondere Kinder Masken tragen, ohne zu wissen, dass der Atemwiderstand eine wichtige Komponente für die gesundheitliche Gefährdung darstellt. Dieser ist bei den meisten Community-Masken nicht bekannt.

Die Größe des Risikos für Kinder und Jugendliche kann aus diesen Gründen noch nicht einmal annähernd eingeschätzt werden. Die Wahrscheinlichkeit eines maßgeblichen gesundheitlichen Risikos ist jedoch deutlich zu erkennen.

Schließlich ist die fachärztliche Einschätzung der Kinderärzte Dr. Martin Hirte und Dr. Steffen Hirte in einem offenen Brief vom 4.09.2020 zu erwähnen:

„Der schwerwiegendste Eingriff in die seelische Integrität der Schulkinder ist zweifelsohne die Maskenpflicht, die jetzt teilweise auch im Unterricht gilt. Die Wirksamkeit der so genannten „Alltagsmasken“ gegen die Ausbreitung respiratorischer Viren wie SARS-CoV-2 ist weiterhin hoch umstritten und wird in Übersichtsarbeiten renommierter Wissenschaftler angezweifelt.

Untersuchungen zu körperlichen und seelischen Nebenwirkungen der Masken zeigen zudem, dass diese keineswegs immer harmlos sind. Die bisher einzige Übersichtsarbeit zu Masken bei Kindern aus dem Jahr 2011 spricht von **möglichen Nebenwirkungen wie erhöhtem Atemwiderstand, Wärme- und Feuchtigkeitsansammlung, CO₂-Rückhaltung, Klaustrophobie und Angstzuständen**.

Gerade Kinder sind für eine **zwischenmenschliche Kommunikation** zwingend auf non-verbale Signale wie die Mimik des Gegenübers **angewiesen**. Die Behinderung des zwischenmenschlichen Austauschs durch Verdecken des Gesichts erschwert die Verständigung, verringert die Gesprächsbereitschaft und stört die emotionalen Beziehungen. Ein normales Schulleben ist unter diesen Bedingungen nicht vorstellbar und für viele Schüler wird der Schulalltag zur Qual. Es können weder „Herz und Charakter“ gebildet werden, noch können „die Persönlichkeit, die Begabung und die geistigen und körperlichen Fähigkeiten des Kindes voll zur Entfaltung“ gebracht werden.“

Beweis: Wider die Maskenpflicht an bayerischen Schulen – ein offener Brief; Quelle: <https://der-rabendoktor.de/pdfs/Wider%20die%20Maskenpflicht.pdf>

Bereits jetzt lassen sich **schädliche Auswirkungen auf die Psyche von Kindern** aufgrund der Maßnahmen erkennen. So stellte Michael Kaess, Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bern, fest: „Wir haben dieses Jahr **schon 50 Prozent mehr Notfälle** gehabt als in den Vorjahren.“ Das Notfallzentrum sei mit doppelt so vielen

Patienten belegt, wie man eigentlich Plätze habe. Die Betten stünden im Gang, die Angestellten seien nahe an der Belastungsgrenze.

Gregor Berger, Leiter Notfalldienst der Uniklinik Zürich: „Die Jugendlichen sind mit der Situation im häuslichen Umfeld wie auch in der Schule überfordert. Zu Hause können sie sich nicht mehr frei bewegen, weil die Eltern Videocalls haben.“

Beweis: Auffallend mehr Notfälle in Kinder- und Jugendpsychiatrien; Quelle: <https://www.srf.ch/news/schweiz/belastende-coronakrise-auffallend-mehr-notfaelle-in-kinder-und-jugendpsychiatrien>

Im Rahmen einer neuen **Studie der Universität Witten/Herdecke** von Dr. Silke Schwarz und Prof. Dr. Ekkehart Jenetzky wurde ein Online-Register eingerichtet, in das Eltern mas- kenpflichtiger Kinder ihre Beobachtungen eintragen konnten. Bis zum Abend des 26.10.2020, eine Woche nachdem das Register online ging, hatten bereits 17.854 Eltern über insgesamt 25.930 Kinder und Jugendliche berichtet. Die Studie stellte fest, dass Masken Kinder auf vielfältige Weise psychisch und physisch beeinträchtigen. Bei einer durchschnittlichen Tragedauer von 270 Minuten am Tag waren bei **68% der Kinder an- gabegemäß Belastungen** festzustellen. Die beeinträchtigten Kinder litten unter **Reizbar- keit (60 %), Kopfschmerzen (53%), Konzentrationsschwierigkeiten (50%), geringere Fröhlichkeit (49%), Abneigung gegen Schule/Kindergar- ten (44%), Unwohlsein (42%), Lernschwierigkeiten (38%) und Schläfrigkeit oder Müdigkeit (37%)**.

Beweis: Corona children studies“Co-Ki“; Quelle: [https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Corona children studies Co-Ki First results of a G.pdf](https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Corona_children_studies_Co-Ki_First_results_of_a_G.pdf)

XIX. Empfehlung zur Tragezeitbegrenzung der MNB durch DGUV

Am 07.10.2020 gab die deutsche gesetzliche Unfallversicherung eine Empfehlung zur Tragezeitbegrenzung von Mund-Nasen-Bedeckungen ab. Darin heißt es:

„Die derzeit vorliegenden Erkenntnisse (siehe Erläuterungen) lassen den Schluss zu, dass Mund-Nase-Bedeckungen aus Baumwolle, Leinen oder Seide sowie medizinische Gesichtsmasken **ähnliche Atemwiderstände** wie partikelfiltrierende Halbmasken mit Ausatemventil aufweisen können.

Es werden daher für Mund-Nase-Bedeckungen („Community-Masken“) und medizinische Gesichtsmasken, wenn sie im Rahmen des SARS-CoV-2-Arbeitsschutzstandards und der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel getragen werden, Tragezeitbegrenzungen und Erholungspausen wie für filtrierende Halbmasken mit Ausatemventil nach DGUV Regel 112-190 „Benutzung von Atemschutzgeräten“ empfohlen.

Die DGUV-Regel 112-190 empfiehlt für partikelfiltrierende Halbmasken mit Ausatemventil (einschließlich FFP1) bei mittelschwerer Arbeit (Atemminutenvolumen 20 bis 40 l/min.) und fortwährenden Gebrauch **eine Tragedauer von zwei Stunden mit einer anschließenden Erholungsdauer von 30 Minuten**. Möglich sind dann drei Einsätze pro Arbeitsschicht. Während der **Erholungsdauer geht es darum, nicht die Maske zu tragen**, es ist keine Arbeitspause gemeint. Tätigkeiten, die ohne Maske durchgeführt werden können, sind weiterhin in der Erholungsdauer möglich.“

Beweis: Pressemitteilung - Fakten zu Mund-Nase-Bedeckungen; Quelle: https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/biologisch/kobas/tragezeit-begrenzung_kobas_27_05_2020.pdf

XX. Mildere Mittel zur Bekämpfung der Pandemie

1. WHO gegen Lockdown

Dr. David Nabarro von der WHO appellierte am 10.10.2020 in einem Interview mit Spectator TV an die Staats- und Regierungschefs der Welt, damit aufzuhören, „Lockdowns als primäre Bekämpfungsmethode“ gegen das Coronavirus einzusetzen. Das Einzige, was durch den Lockdown erreicht werde, sei Armut.

Beweis: WHO ändert Haltung zum Lockdown und spricht sich dagegen aus; Quelle: <https://tkp.at/2020/10/11/who-aendert-haltung-zu-lockdowns-und-spricht-sich-nun-dagegen-aus/>

2. Positionspapier von Ärztenverbänden (Hausärzte, Fachärzte, Allgemeinmediziner, Laborärzte, Zahnärzte und Vertragsärzte) und Wissenschaftlern vom 28.10.2020

In einem Positionspapier fordern mehrere Wissenschaftler, Ärzte und Verbände ein Umdenken im Umgang mit der Corona-Pandemie. Der Rückgang der Fallzahlen sei politisch zwar eine dringende Aufgabe, aber nicht um jeden Preis, heißt es darin. Deshalb solle ein **erneuter Lockdown verhindert** werden.

„Wir erleben bereits die **Unterlassung anderer dringlicher medizinischer Behandlungen**, ernst zu nehmende Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen durch soziale Deprivation und Brüche in Bildungs- und Berufsausbildungsgängen, den Niedergang ganzer Wirtschaftszweige, vieler kultureller Einrichtungen und eine zunehmende soziale Schieflage als Folge“, schreiben die Autoren in dem Papier.

Zu den Verfassern zählen neben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Virologen Hendrik Streeck und Jonas Schmidt-Chanasit, die das Papier in einer Onlinepressekonzferenz vorstellten.

Auch im nächsten und übernächsten Jahr müssten die Menschen an Weihnachten mit dem Virus leben. Daran ändere auch ein möglicher Impfstoff nichts. Andreas Gassen, Vorsitzender der KBV, fragte: „Wie oft wollen sie denn noch einen Lockdown machen?“ Er verwies auf die begrenzten Effekte strikter Maßnahmen, die in anderen europäischen Ländern zu beobachten seien.

Gassen sagte, es sei falsch, „nur mit düsterer Miene apokalyptische Bedrohungsszenarien aufzuzeichnen“. Die Kunst sei aber, keinesfalls zu verharmlosen.

Stattdessen schlagen die Experten ein neues bundesweit einheitliches Ampelsystem vor. Anhand dieses auf mehreren Kennziffern beruhenden Instrumentes würde sich auf Bundes- und Kreisebene die aktuelle Lage auf einen Blick erkennen lassen. So könne frühzeitig auf eine Überlastung des Gesundheitswesens hingewiesen werden.

Im Fazit der Experten heißt es: „Wir setzen auf Gebote anstelle von Verboten, auf Eigenverantwortung anstelle von Bevormundung.“ Verbote oder Bevormundung hätten „eine kurze Halbwertszeit“. Sie entsprächen für die Autoren nicht dem Verständnis einer freiheitlich demokratischen Grundordnung.

Beweis: „Wie oft wollen Sie einen Lockdown denn noch machen?“; Quelle: <https://www.welt.de/politik/deutschland/article218811510/Corona-Virologen-und-Aerzte-stellen-sich-gegen-Lockdown.html>

3. Great Barrington Declaration

Am 04.10.2020 trafen sich drei führende Wissenschaftler auf dem Gebiet der Epidemiologie von den drei führenden Eliteuniversitäten (Harvard, Stanford, Oxford) in Great Barrington und initiierten und unterzeichneten diese Erklärung: Prof. Dr. Martin Kulldorff (Harvard University), Prof. Dr. Sunetra Gupta (Oxford University) und Prof. Dr. Jay Bhattacharya (Stanford University). Die Great-Barrington-Erklärung hat folgenden Inhalt:

„Als Epidemiologen für Infektionskrankheiten und Wissenschaftler im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens haben wir **ernste Bedenken hinsichtlich der schädlichen Auswirkungen der vorherrschenden COVID-19-Maßnahmen auf die physische und psychische Gesundheit** und empfehlen einen Ansatz, den wir gezielten Schutz („Focused Protection“) nennen.

Wir kommen politisch sowohl von links als auch von rechts und aus der ganzen Welt und haben unsere berufliche Laufbahn dem Schutz der Menschen gewidmet. Die **derzeitige Lockdown-Politik hat kurz- und langfristig verheerende Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit**. Zu den Ergebnissen, um nur einige zu nennen, gehören niedrigere Impfraten bei Kindern, schlechtere Verläufe bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, weniger Krebsvorsorgeuntersuchungen und eine Verschlechterung der psychischen Verfassung – was in den **kommenden Jahren zu einer erhöhten Übersterblichkeit** führen wird. Die Arbeiterklasse und die jüngeren Mitglieder der Gesellschaft werden dabei am schlimmsten betroffen sein. Schüler von der Schule fernzuhalten, ist eine schwerwiegende Ungerechtigkeit.

Die Beibehaltung dieser Maßnahmen, bis ein Impfstoff zur Verfügung steht, wird irreparablen Schaden verursachen, wobei die Unterprivilegierten unverhältnismäßig stark betroffen sind.

Glücklicherweise wachsen unsere Erkenntnisse über das Virus. Wir wissen, dass die Gefahr durch COVID-19 zu sterben bei alten und gebrechlichen Menschen mehr als tausendmal höher ist als bei jungen Menschen. Tatsächlich ist COVID-19 für Kinder weniger gefährlich als viele andere Leiden, einschließlich der Influenza.

In dem Maße, wie sich die Immunität in der Bevölkerung aufbaut, sinkt das Infektionsrisiko für alle – auch für die gefährdeten Personengruppen. Wir wissen, dass alle Populationen schließlich eine Herdenimmunität erreichen – d.h. den Punkt, an dem die Rate der Neuinfektionen stabil ist. Dies kann durch einen Impfstoff unterstützt werden, ist aber nicht davon abhängig. Unser Ziel sollte daher sein, die Mortalität und den sozialen Schaden zu minimieren, bis wir eine Herdenimmunität erreichen.

Der einfühlsamste Ansatz, bei dem Risiko und Nutzen des Erreichens einer Herdenimmunität gegeneinander abgewogen werden, besteht darin, denjenigen, die ein minimales Sterberisiko haben, ein normales Leben zu ermöglichen, damit sie durch natürliche Infektion eine Immunität gegen das Virus aufbauen können, während diejenigen, die am stärksten gefährdet sind, besser geschützt werden. Wir nennen dies gezielten Schutz („Focused Protection“).

Die zentrale Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens in Bezug auf COVID-19 sollte die Verabschiedung von Maßnahmen zum Schutz von gefährdeten Personengruppen sein. Zum Beispiel sollten Pflegeheime Personal mit erworbener Immunität einsetzen und häufige PCR-Tests bei anderen Mitarbeitern und allen Besuchern durchführen. Der Personalwechsel sollte minimiert werden. Menschen im Ruhestand, die zu Hause wohnen, sollten sich Lebensmittel und andere wichtige Dinge nach Hause liefern lassen. Wenn möglich, sollten sie Familienmitglieder eher draußen als drinnen treffen. Eine umfassende und detaillierte Reihe an Maßnahmen, darunter auch Maßnahmen für Mehrgenerationenhaushalte, kann umgesetzt werden und liegt im Rahmen der Möglichkeiten und Fähigkeiten des öffentlichen Gesundheitswesens.

Diejenigen, die nicht schutzbedürftig sind, sollten sofort wieder ein normales Leben führen dürfen. Einfache Hygienemaßnahmen wie Händewaschen und der Aufenthalt zu Hause im Krankheitsfall sollten von allen praktiziert werden, um den Schwellenwert für die Herdenimmunität zu senken. Schulen und Universitäten sollten für den Präsenzunterricht geöffnet sein. Außerschulische Aktivitäten, wie z. B. Sport, sollten wieder aufgenommen werden. Junge Erwachsene mit geringem Risiko sollten normal und nicht von zu Hause aus arbeiten. Restaurants und andere Geschäfte sollten öffnen können. Kunst, Musik, Sport und andere kulturelle Aktivitäten sollten wieder aufgenommen werden. Menschen, die stärker gefährdet sind, können teilnehmen, wenn sie dies wünschen, während die Gesellschaft als Ganzes den Schutz genießt, der den Schwachen durch diejenigen gewährt wird, die Herdenimmunität aufgebaut haben.“

Beweis: Die Great Barrington Erklärung; Quelle: <https://gbdeclaration.org/die-great-barrington-declaration/>

Mit Stand 02.12.2020 ist diese Erklärung von 670.743 Bürgern, 12.505 Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Medizin und öffentlichen Gesundheit und 37.134 praktizierenden Ärzten unterzeichnet worden.

Zu den Co-Unterzeichnern gehört auch der Nobelpreisträger (2013) Prof. Dr. Michael Levitt (Stanford University). Weltweit zählen renommierte Wissenschaftler zu den Co-Unterzeichnern. Darunter befinden sich auch vier deutsche Wissenschaftler:

- Prof. Dr. Gerhard Krönke, Professor für Immunologie, Universität Nürnberg-Erlangen
- Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, Professor für Virologie, Immunologie und Zellbiologie, Universität Würzburg
- Dr. Boris Kotchoubey, Institut für Psychologie, Universität Tübingen
- Dr. Günter Kampf, Institut für Hygiene und Umweltmedizin, Universität Greifswald

XXI. Keine Führung einer Behördenakte durch das Bayerische Staatsministerium

In dem Normenkontrollverfahren Mögele, Thomas ./ Freistaat Bayern beim Bayerischen Verwaltungsgerichtshof, Az. 20 N 20.750, 20 N 20.844, 20 N 20.1014 teilte das Staatsministerium mit, über **keine Behördenakte** zu verfügen.

Beweis: Schriftsatz der RAe Korn & Partner vom 13.08.2020 Seite 2 (**Anlage K 4**)

Das Ministerium konstatiert abschließend, dass es rein tatsächlich nicht möglich sei, eine Behördenakte vorzulegen, die ein umfassendes Bild über die Erkenntnis liefern könnte, welche bei der Meinungs- und Willensbildung der Staatsregierung im Vorfeld des jeweiligen Normenerlasses Berücksichtigung gefunden hätten (Seite 5 der Stellungnahme).

Beweis: Schriftsatz der RAe Korn & Partner vom 13.08.2020 Seite 4 (**Anlage K 4**)

XXII. Interessenkonflikt beim RKI

Durch eine Anfrage des Berliner Abgeordneten Marcel Luthe bestätigte der Berliner Senat, dass der **Leiter der Unit ZIG 4 des RKI, Heinz Ellerbrok**, gleichzeitig **Gesellschafter der Firma GenExpress Gesellschaft für Proteindesign mbH** ist.

Zum Aufgabenbereich der ZIG 4 im Robert-Koch-Institut gehört die **Laborunterstützung** und damit einhergehend auch der PCR-Test.

Zu den Leistungen der Firma GenExpress Gesellschaft für Proteindesign mbH gehört: „Standards für PCR und Real-Time PCR“.

Die **Firma bietet auch konkrete Produkte für die PCR-Tests auf das Corona-Virus** an.

Auf Anfrage bestätigte der Senat Luthe, dass die Firma, deren Miteigentümer der hochrangige RKI-Mitarbeiter ist, auch in einer Geschäftsbeziehung zur Charité steht – also dem Haus von Prof. Christian Drosten.

Beweis: Das RKI, seine Abteilungsleiter und Geschäfte mit PCR-Tests; Quelle: <https://www.reitschuster.de/post/das-rki-seine-abteilungsleiter-und-geschaefte-mit-pcr-tests/>

Da es bei manchen Richtern Vorbehalte gegen den Journalisten Boris Reitschuster zu geben scheint, sie hier darauf hingewiesen, dass dieser Interessenkonflikt zwischenzeitlich auch von den Leitmedien wie Handelsblatt und Welt aufgegriffen wurde, vgl. exemplarisch einen diesbezüglichen Artikel zu den Interessenkonflikten in der Welt.

Beweis: Quelle: <https://www.welt.de/wirtschaft/plus221257894/Corona-Tests-Hinweis-auf-Interessenkonflikt-bei-leitendem-RKI-Mitarbeiter.html>

Wenn der Leiter der Einheit ZIG 4, die für PCR-Tests zuständig ist, gleichzeitig Gesellschafter einer Firma ist, die PCR-Tests für SARS-CoV-2 anbietet und zudem diese Firma noch in Geschäftsbeziehung zur Charité steht, dann ist darin ein **Interessenkonflikt** zu

sehen. Die **Compliance ist nicht gewahrt**, da der Leiter der Einheit ZIG 4 ein wirtschaftliches Interesse an dem Absatz möglichst vieler PCR-Test der Firma hat, deren Gesellschafter er ist.

XXIII. Unwissenschaftlichkeit der Leopoldina

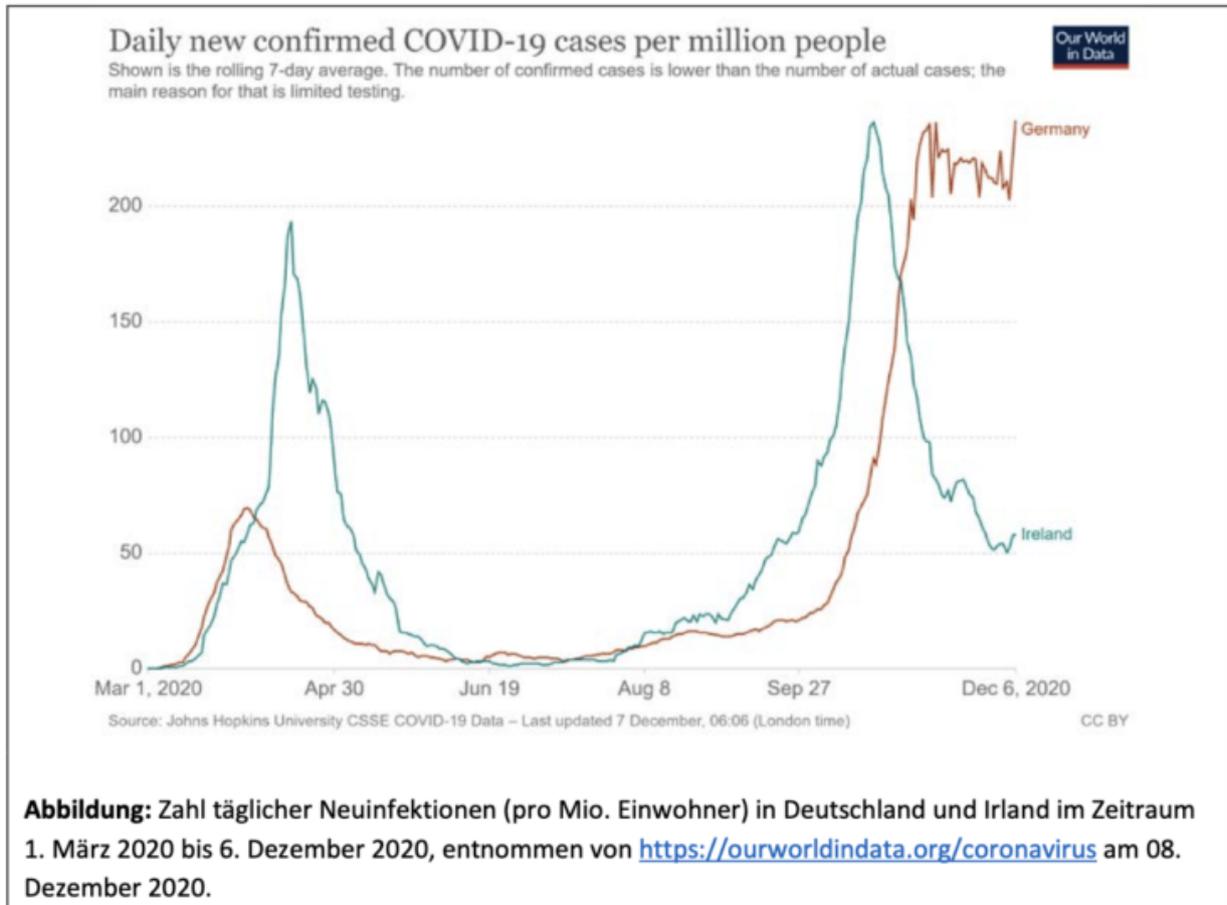
1. Mangelnde Wissenschaftlichkeit

Das Papier, auf welchem **massivste Einschnitte ins Leben** und in die **Grundrechte** basieren sollen, besteht aus **sieben Seiten**. Wenn man nicht mitrechnet, dass auf **Seite sechs und sieben nur die Mitwirkenden aufgelistet** sind, bleiben **viereinhalb Seiten übrig**. Einer dieser „Mitwirkenden“ ist der Virologe Christian Drosten. Nach seinen Worten „enthält das Papier allerdings keinen Rat, sondern eine deutliche und letzte Warnung der Wissenschaft“, wie die Welt schreibt.

In jedem Fall muss jemand, der solche Warnungen ausspricht, schon ziemlich fundierte Argumente für seine Forderungen liefern“, heißt es in dem Blatt: „Die Argumente, die das offenbar unter hohem Zeitdruck entstandene Papier an die Hand gibt, sind allerdings fast ausschließlich Autoritätsbeweise. Das **ganze Dokument** enthält **lediglich zwei Verweise auf wissenschaftliche Studien**.“ Umso mehr Platz nimmt dafür die Schilderung ein, welche genauen Funktionen die Mitglieder der Arbeitsgruppe haben, die als „Mitwirkende“ des Papiers gelistet sind. Die *Welt* meint dazu: „Eine seltsam unscharfe, an eine Schultheateraufführung erinnernde Formulierung, im Wissenschaftsbetrieb spricht man eigentlich klar von Autoren, wenn es darum geht, wer die Verantwortung für einen Text übernimmt.“

Tatsächlich sind **viereinhalb Seiten Text für eine fundierte wissenschaftliche Abhandlung** ausgesprochen **dürftig**. Die Zeitung kommt zu dem Schluss: „Wenn ein wissenschaftliches Dokument **dieser Kürze überhaupt sinnvoll** zu einem aktuellen Geschehen Stellung nehmen soll, dann **müsste es umfangreich auf gesicherte Studien verweisen**“. Die sogenannte Ad-hoc-Stellungnahme der Leopoldina sei „**alles andere als ein wissenschaftliches Dokument**“, ja sie sei **nicht einmal eine wissenschaftliche Zusammenfassung eines Forschungsstandes**: „Sie ist ein Sammelsurium von sorgenvollen Aussagen über die aktuelle Situation, kombiniert mit einigen drastischen Vorschlägen, die ihre Autorität daraus ziehen sollen, dass die Autoren nun einmal in leitenden Funktionen im Forschungsbetrieb tätig sind.“

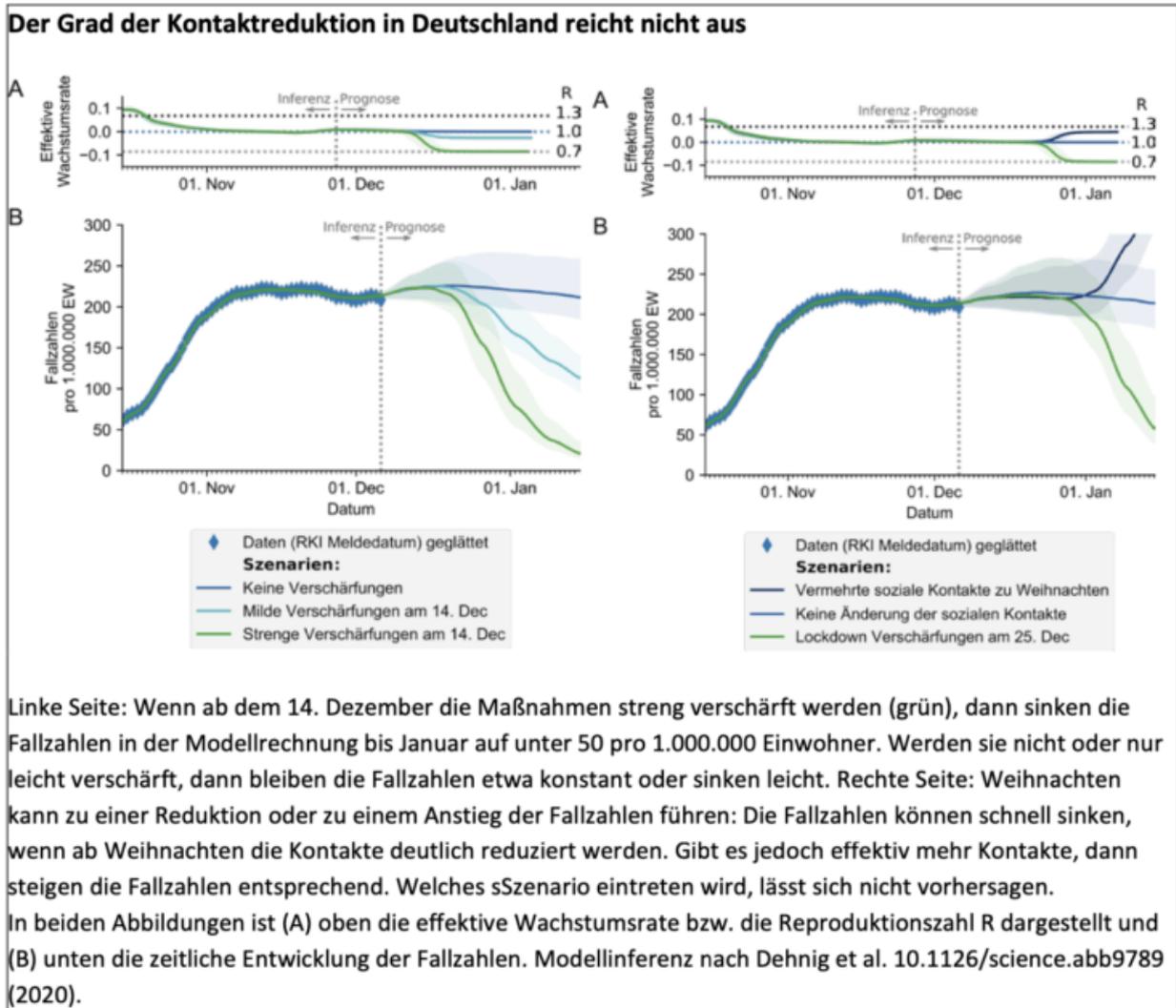
Das Blatt geht sogar noch weiter: „Der wissenschaftliche Gehalt ist so gering, dass wohl jede aufmerksame Zeitungsleserin, jeder ‘Tagesschau’-Zuschauer und jede internetaffine Gymnasiallehrerin den Text hätte verfassen können, einschließlich der Diagramme, die den Infektionsverlauf in Irland und in Deutschland miteinander vergleichen – eine Grafik, die der Autor dieser Zeilen innerhalb von weniger als einer Minute auf einer bekannten Datenplattform zusammenklicken könnte.“



Mit dieser Grafik wollen die „Mitwirkenden“ etwa belegen, dass ein harter und kurzer Lockdown wirksam sei und verweisen darauf, in Irland seien die Zahlen der positiv Getesteten nach Lockdown gesunken, im Gegensatz zu Deutschland mit seinem leichten Lockdown. Dazu die *Welt*: „Man muss sich das einmal genau durch den Kopf gehen lassen: Da argumentiert man im Streit mit Klimawandelleugnern und Wissenschaftsfeinden seit Jahren, dass **Korrelation keine Kausalität sei** und dass man bei komplex vernetzten Systemen keinesfalls aus dem zeitlichen Zusammentreffen von Ereignissen auf einen kausalen Zusammenhang schließen könne – und dann wird von einer ‚wissenschaftlichen Arbeitsgruppe‘ (man kann in diesem Zusammenhang diesen Begriff nur in Anführungsstrichen verwenden) mal eben eine **vermutete Kausalität aus zwei unterschiedlichen Verläufen** in Irland und Deutschland **abgeleitet**.“

Auch an einer zweiten Grafik aus dem Leopoldina-Papier lässt das Blatt kein gutes Haar.

Hier werden die **Fallzahlen mit „Prognosen“** aus einer „**Modellrechnung**“ **kombiniert**. Gezeigt werden soll so, welche Auswirkungen eine veränderte Reproduktion auf die Fallzahlen hat. Dazu die *Welt*: „Die Aussage der Darstellung – ‘wenn sich weniger Menschen anstecken, sinken die Infektionszahlen’ – ist allerdings trivial. Warum eine ‘strenge Verschärfung’ zu einem R-Wert von 0,7 führt, verrät die Darstellung nicht.“ Die Zeitung verweist auch darauf, dass der Tag, an dem die Lockdown-Maßnahmen wirksam werden sollten, bei Betrachtung des Verlaufs der Infektionszahlen der vergangenen Wochen nicht zu finden sei. Stattdessen sei ein Übergang von der Wachstumsphase in die Stabilitätsphase um den 20. Oktober herum zu erkennen. Also nicht nach dem Lockdown, wie zu erwarten war, sondern bereits bevor er in Kraft trat. Ein Lockdown mit rückwirkendem Effekt? Dass die Politik derzeit auf das Verhalten der Menschen schimpft, könne eigentlich



nur daran liegen, „dass man Schuldige braucht, die dafür verantwortlich sind, dass die prognostizierten Erfolge des November-Lockdowns nicht eintreffen.“ Schließlich könne „die Wissenschaft“ nicht einfach sagen: „Wir haben eigentlich keine Ahnung, was hier wirklich passiert, wir können nicht erklären, warum in Sachsen die Infektionszahlen steigen und in Rheinland-Pfalz nicht“. Deshalb müssten „die Bürger selbst zu Schuldigen erklärt werden.“

Das Fazit der Zeitung: „Der Schaden, den die Funktionäre der Wissenschaft damit anrichten, ihre eigene Unwissenheit in der Zeit der Pandemie nicht offen einzugestehen, ist unermesslich – gerade mit Ausblick auf die weiteren großen Herausforderungen, vor denen die Gesellschaft steht.“ Und weiter: „Für **keine der geforderten Maßnahmen nennt die Stellungnahme eine belastbare wissenschaftliche Quelle, nennt sie wissenschaftlich gesicherte kausale Zusammenhänge. Nichts wird nachvollziehbar belegt ...** Es ist somit auch nicht im Ansatz nachvollziehbar, **woher die Autoren ihre Überzeugung nehmen, dass die geforderten Maßnahmen zum einen wirklich notwendig sind, und zum anderen auch die erhoffte Wirksamkeit zeigen werden.**“

Beweis: Welt vom 11.12.2020: Das Leopoldina Desaster; Quelle: https://www.welt.de/kultur/plus222264910/Angela-Merkel-und-das-Leopoldina-Desaster.html?notify=success_subscription

Weitere Quelle: <https://reitschuster.de/post/pseudo-wissenschaft-fuer-den-lockdown/>

2. Kritik aus den eigenen Reihen

Innerhalb der Akademie regt sich Widerstand. Prof. Dr. Michael Esfeld, Wissenschaftsphilosoph an der Universität von Lausanne und selbst Akademie-Mitglied, hat den Leopoldina-Präsidenten Gerald Haug mit einer Protestnote aufgefordert, die besagte Stellungnahme der Leopoldina zurückzuziehen. Hier die Protestnote im Wortlaut:

„Sehr geehrter Herr Kollege Haug,

mit Bestürzung habe ich die heute veröffentlichte Stellungnahme der Leopoldina zur Kenntnis genommen, in der es heißt:

„Trotz Aussicht auf einen baldigen Beginn der Impfkampagne ist es aus wissenschaftlicher Sicht unbedingt notwendig, die weiterhin deutlich zu hohe Anzahl an Neuinfektionen durch einen harten Lockdown schnell und drastisch zu verringern.“

Diese Stellungnahme verletzt die Prinzipien wissenschaftlicher und ethischer Redlichkeit, auf denen eine Akademie wie die Leopoldina basiert. Es gibt in Bezug auf den Umgang mit der Ausbreitung des Coronavirus keine wissenschaftlichen Erkenntnisse, die bestimmte politische Handlungsempfehlungen wie die eines Lockdowns rechtfertigen. Wir haben es mit der üblichen Situation einer wissenschaftlichen Kontroverse zu tun, in der verschiedene Standpunkte mit Gründen vertreten werden:

- Innerhalb des engeren Kreises der Experten von Virologie und Epidemiologie ist die Strategie zum Umgang mit der Ausbreitung des Coronavirus umstritten. Der Seite von Virologen und Epidemiologen, die scharfe politische Maßnahmen fordern, steht eine andere Seite von Virologen und Epidemiologen gegenüber, die mit Gründen einen nur auf die Risikogruppen fokussierten Schutz empfehlen, ausgedrückt zum Beispiel in der von führenden Medizinern verfassten Great Barrington Declaration.
- Im weiteren Kreis der Wissenschaftler ist höchst umstritten, ob der Nutzen scharfer politischer Maßnahmen wie ein Lockdown die dadurch verursachten Schäden aufwiegt – und zwar Schäden an zukünftigen Lebensjahren, die in Deutschland und anderen entwickelten Ländern infolge eines Lockdown verloren gehen, Todesfälle durch einen erneuten Anstieg der Armut in den Entwicklungsländern usw. Es gibt zahlreiche wissenschaftliche Studien, gemäß denen die verlorenen Lebensjahre den maximal erreichbaren Nutzen geretteter Lebensjahre um ein Vielfaches übersteigen werden.
- Ethisch gibt es insbesondere in der auf Immanuel Kant zurückgehenden Tradition Gründe, grundlegende Freiheitsrechte und die Würde des Menschen auch in der gegenwärtigen Situation für unantastbar zu halten. Zur Würde des Menschen gehört dabei insbesondere die Freiheit, selbst entscheiden zu dürfen, was die jeweilige Person als ein für sie würdiges Leben erachtet und welche Risiken sie für diesen Lebensinhalt einzugehen bereit ist in der Gestaltung ihrer sozialen Kontakte.

In einer solchen Situation wissenschaftlicher und ethischer Kontroverse sollte die Leopoldina ihre Autorität nicht dazu verwenden, einseitige Stellungnahmen zu verfassen, die vorgeben, eine bestimmte politische Position wissenschaftlich zu untermauern. Ich möchte Sie daher höflichst bitten, die entsprechende Stellungnahme umgehend als Stellungnahme der Leopoldina zurückzuziehen.

Hochachtungsvoll

Prof. Dr. Michael Esfeld
Lehrstuhl Wissenschaftsphilosophie Universität Lausanne
Mitglied der Leopoldina seit 2010“

3. Kritik von Prof. Dr. Christof Kuhbandner

In seinem wissenschaftlichen Aufsatz mit dem Titel “Warum die Wirksamkeit des Lock-downs wissenschaftlich nicht bewiesen ist“ vom 18.12.2020 äußert sich Prof. Dr. Christof Kuhbandner wie folgt zu der 7. Ad-hoc-Stellungnahme der Leopoldina (Hervorhebungen durch den Unterzeichner):

„Liest man als Wissenschaftler die Stellungnahme der Leopoldina und hört sich die darauf aufbauenden Begründungen in den Regierungserklärungen an, stellt sich ein **großes Befremden** ein. Die Empfehlungen einer "Nationalen Akademie der Wissenschaften" und das Handeln von Regierungen sollte **eigentlich zum einen den Prinzipien der Wissenschaft und der evidenzbasierten Medizin verpflichtet** sein. Zum anderen sollten Empfehlungen und Entscheidungen zur Verordnung von Maßnahmen den **wissenschaftlichen Diskurs nicht nur in Bezug auf die gesundheitlichen Folgen** eines spezifischen Virus, sondern auch in **Bezug auf die Kollateralschäden der Maßnahmen** abbilden.

Aus der Perspektive eines solchen Selbstverständnisses **verletzt die 7. Ad-hoc-Stellungnahme** der Leopoldina und das Handeln der Regierungen **die Prinzipien wissenschaftlicher und ethischer Redlichkeit**. Wie ich im Folgenden aufzeigen werde, wird die Empfehlung eines harten Lockdowns in der Stellungnahme der Leopoldina **anstatt mittels wissenschaftlicher Studien mittels arbiträr gewählter – und zudem falsch interpretierter – Fallbeispiele** begründet, welche die angebliche Wirksamkeit eines harten Lockdowns stützen, ohne dass diese Auswahl nachvollziehbar gemacht oder wissenschaftlich begründet wird. Das ist umso problematischer, als dass keine belastbare wissenschaftliche Evidenz existiert, welche die Wirksamkeit von Lockdowns nachweisen würde.

Anstatt auf die existierenden wissenschaftlichen Studien zur Wirksamkeit von Lockdowns einzugehen, in welche die Daten aus zahlreichen Ländern einfließen (siehe unten), wird **hier auf das Einzelbeispiel eines einzigen Landes verwiesen**. Ein solches Vorgehen ist **zutiefst unwissenschaftlich**. Es lassen sich zum einen Länder finden, welche auch ohne einen harten Lockdown einen ähnlichen Verlauf der Virusausbreitung zeigen wie Irland (z.B. Schweiz), zum anderen lassen sich Länder finden, wo sich trotz harter Lockdowns kein entsprechender Rückgang der Virusausbreitung gezeigt hat (z.B. Peru). Der Verweis auf Einzelbeispiele, welche den Anschein einer Wirksamkeit von Lockdowns erwecken, ist insbesondere deswegen hochproblematisch, weil der aktuelle Stand der Forschung keinen klaren Hinweis auf eine Wirksamkeit erkennen lässt (siehe unten).

Zudem zeigt ein genauerer Blick, dass **selbst das gewählte Beispiel Irland irreführend** dargestellt ist. In der folgenden Abbildung ist der genaue Startpunkt des harten Lockdowns in Irland eingezeichnet sowie der **frühestmögliche Zeitpunkt der Wirkung auf die gemeldeten Neuinfektionen, welcher aufgrund Inkubationszeit und der Zeitverzögerung zwischen Erkrankungsbeginn und Meldezeitpunkt frühestens in**

etwa zehn Tagen – typischerweise eher noch später – nach dem Startpunkt der Maßnahme liegt.“

Beweis: Warum die Wirksamkeit des Lockdowns wissenschaftlich nicht bewiesen ist“ vom 18.12.2020, Quelle: <https://www.heise.de/tp/features/Warum-die-Wirksamkeit-des-Lockdowns-wissenschaftlich-nicht-bewiesen-ist-4992909.html>

4. Stellungnahme der Leopoldina zum PCR-Test ohne jeden wissenschaftlichen Nachweis

In ihrer 6. Ad-hoc-Stellungnahme vom 23.09.2020 schrieb die Leopoldina auf Seite 6: „Der Nachweis von Virus-RNA durch die RT-PCR ist gleichbedeutend mit einer Infektion der positiv getesteten Person“. Diese Aussage erfolgte ohne wissenschaftlichen Nachweis.

In einem offenen Brief vom 13.12.2020 bitten die Anwälte für Aufklärung die Herren und Damen Professoren der Leopoldina, die an der 6. Ad-hoc-Stellungnahme beteiligt waren, diese Aussage zum PCR-Test **eidesstattlich bis 19.12.2020** zu versichern.

Beweis: 4. Offener Brief der Anwälte für Aufklärung vom 13.12.2020 (**Anlage K 5**)

5. Austritt von Prof. Dr. Stephan Luckhaus

Bis zum 6. Dezember 2020 war Prof. Dr. Stephan Luckhaus Senator der Sektion Mathematik der Leopoldina. Dann ist er „aus Protest gegen die Corona-(Desinformations-)Politik der Nationalakademie oder genauer des „Präsidiums“ ausgetreten. An der Verbreitung seiner Beiträge zur Epidemiologie in Sachen Corona ist er nach eigenen Angaben „massiv behindert worden“ (Quelle: <https://reitschuster.de/post/lesen-sie-hier-was-die-leopoldina-mitglieder-nicht-lesen-sollen/>)

XXIV. Beunruhigende Entwicklungen in der Gesellschaft

1. Verstärktes Denunziantentum, Blockwartmentalität

Seit Ausbruch der COVID-19-Pandemie hat die Bereitschaft in der Bevölkerung zu denunzieren extrem zugenommen.

Bezeichnend war hierfür ein Online-Portal der Stadt Essen, mit dem anonym denunziert werden konnte. Zwischenzeitlich wurde dieses Portal von der Stadt Essen umbenannt und eine anonyme Anzeige ist nicht mehr möglich.

Beweis: Corona: Die Stadt Essen macht das Denunzieren leicht; Quelle: <https://www.tichyseinblick.de/daili-es-sentials/die-stadt-essen-macht-das-denunzieren-leicht/>

Ein weiteres abschreckendes Beispiel ist das Portal www.volksverpetzer.de. Dieser Name wurde vom Betreiber selbst gewählt. Bezeichnend für dieses Portal ist, dass kaum Artikel mit eigenen Beiträgen vorhanden sind. Das Portal beschäftigt sich ausschließlich mit der vermeintlichen Widerlegung von Standpunkten von Wissenschaftlern und Ärzten mit Expertise in deren Fachbereich. Dabei handelt es sich um Wissenschaftler

und Ärzte, die einen anderen Standpunkt als den der Regierung vertreten. Ob die Journalisten, die über Wissenschaftler mit Expertise ein derart vernichtendes Urteil fällen, auch über eine entsprechende Expertise verfügen, bleibt fraglich.

Bedenklich ist auch die Entwicklung dahingehend, dass sich immer mehr Menschen dazu berufen fühlen, andere Menschen ohne Mund-Nasen-Bedeckung – sei es aufgrund ärztlicher Bescheinigung oder nicht – zurecht zu weisen. Vorhandene Atteste werden dabei nicht selten ignoriert oder als Fälschung abgetan. Immer öfter **eskalieren Auseinandersetzungen um einen nicht ordnungsgemäß getragenen Mund-Nasen-Schutz.**

Beweis: Streit um Maske eskaliert in Stuttgart komplett - Frau (26) im Krankenhaus; Quelle: <https://www.echo24.de/baden-wuerttemberg/stuttgart-streit-mann-frau-zeugen-polizei-station-feuersee-makse-fahrgast-auseinandersetzung-streit-90074553.html>

Dies deutet auf eine vermehrte **Blockwartmentalität** und eine immer **gravierender werdende Spaltung in der Gesellschaft** hin.

Das Denunziantum macht auch vor den Schulen keinen Halt. So werden von manchen Schülern **Strichlisten über Klassenkameraden** geführt, die ihre Maske nicht ordnungsgemäß tragen. Im Fall von der 11-jährigen Ella wurden an einem Tag 17 Verstöße gegen ordnungsgemäßes Maskentragen von ihren Mitschülern und Lehrern auf der Strichliste festgehalten. Das Mädchen hatte von Anfang an Probleme mit der Maske und auch ein entsprechendes Attest, was allerdings nicht von der Schulleitung akzeptiert wurde. Das Mobbing in der Schule führte bei der 11-jährigen Ella zu Depressionen, die nun in einer Klinik gehandelt werden müssen.

Beweis: Ella – Chronik einer Krankheit; Quelle: <https://reitschuster.de/post/ella/>

1. Repressalien gegenüber sachlichen Kritikern

Selbst Experten, die sachlich und konstruktiv gemäßigte Kritik üben, ohne der Querdenken-Bewegung anzugehören, müssen mit Repressalien rechnen. So wurde der Leiter des Gesundheitsamts Aichach-Friedberg und Epidemiologe Dr. Pürner nach Äußerung von gemäßigter Kritik strafversetzt. Dr. Pürner stellte nicht die gesamte Strategie der Regierung in Frage, sondern äußerte lediglich zwei Kritikpunkte: Man sollte nicht allein auf die Zahl der positiv Getesteten blicken, sondern auch ob die positiv Getesteten erkranken. Darüber hinaus kritisierte Dr. Pürner die Maskenpflicht für Kinder, da es für diese keine medizinische Evidenz gebe.

Beweis: Nach Kritik an Corona-Politik: Gesundheitsamtchef versetzt: „Ich weiß nicht, was man gegen mich in der Hand hat“; Quelle: <https://www.merkur.de/bayern/coronavirus-soeder-kritik-puerner-gesundheitsamt-chef-versetzt-aichach-bayern-zr-90089376.html>

Solidarisch mit Dr. Pürner zeigten sich 320 Ärzte und Wissenschaftler in einem offenen Brief und forderten den Ministerpräsidenten auf, die Versetzung rückgängig zu machen.

Beweis: Ein offener Brief von Ärzten und Wissenschaftlern an die Bayerische Staatsregierung; Quelle: <https://impf-info.de/puerner.html>

Ein vergleichbares Schicksal erlitt Frau Prof. Dr. Ines Kappstein wegen ihres wissenschaftlichen Aufsatzes zur Wirksamkeit von Masken im öffentlichen Raum (erschieden im Thieme Verlag). Die Klinik Passau distanzierte sich von der Hygienikerin und Virologin. Ihre Arbeitsstelle wurde neu besetzt.

Beweis: Nach Kritik an Maskenpflicht: Klinikum distanziert sich von Hygienikerin; Quelle: <https://www.pnp.de/lokales/stadt-und-landkreis-passau/passau-stadt/Klinikum-distanziert-sich-von-seiner-Hygienikerin-3836110.html>

XXV. Einseitige, unausgewogene Berichterstattung durch die Leitmedien

1. Einseitige Berichterstattung über Demonstrationen von Querdenken

Besonders einseitig erfolgte die Berichterstattung über die von Querdenken am 01.08.2020, 29.08.2020 in Berlin und am 7.11.2020 in Leipzig organisierten Demonstrationen.

Während man aus den Leitmedien hinsichtlich der im August in Berlin stattfindenden Demonstrationen den Eindruck gewinnen musste, dass es sich bei den Demonstranten ausschließlich um Spinner, Verschwörungstheoretiker und Nazis handelt, ergibt sich bei einem Blick auf alternative Medien ein anderes Bild.

So wird in den alternativen Medien die Anzahl der Teilnehmer weitaus größer angegeben. Auch wird von friedfertigen Demonstranten durchaus aus der Mitte der Gesellschaft gesprochen.

Exemplarisch hierfür ein Artikel von Peter Hahne vom 2.08.2020. Darin ist ein Brief eines an der Demo teilnehmenden Pfarrers abgedruckt. Dieser Pfarrer weist daraufhin, dass er bereits 1989 bei den Demonstrationen in vorderster Reihe stand. Hier ein Auszug aus diesem Brief:

„Durchweg waren die Demonstranten friedlich, gut gesonnen, konstruktiv. Hochachtung vor den Organisatoren: Exquisit, verantwortungsvoll, immer wieder zur Besonnenheit aufgerufen! Immer wieder riefen die Organisatoren auf, sich an die Regeln zu halten. Dies war schwer, denn teilweise wurden die Demonstranten durch die Polizisten in enge Räume „gedrängt“, teilweise waren manche Straßen gar nicht abgesperrt und die Autos, vor allem Taxen, fuhren wild durch die Menschenmenge. Und vor allem: Wohl niemand hatte in den kühnsten Träumen mit so viel Menschen gerechnet!

Alles einmalig durch die Ordner begleitet! Jede Demokratie könnte stolz und dankbar für solche Menschen sein! Zu Beginn ein langer, ich schätze 10 km führender Gang durch die Stadt, trotz Hitze alles dabei: eine 84-jährige Oma aus Eisenach schenkte mir eine Blume, Familien, Verkäuferinnen, Ärzte, Rechtsanwälte, ein türkischer Koch, Byker aus München, Lehrerinnen, unzählige Jugendliche, Studenten, muslimische Frauen, immer wieder Ehepaare und Familien aus allen Bevölkerungsschichten – ich habe so viel nette und tolle Leute kennengelernt!

Von einem solchen Publikum kann ein Kirchentag nur träumen! Dann wären wir Volkskirche!

Tolle, phantasievolle Plakate!“

Beweis: Medienbild und Wirklichkeit - Großdemo Berlin: Wieviele Teilnehmer? Faire Medien? Quelle: <https://www.tichyseinblick.de/meinungen/grossdemo-berlin-wieviele-teilnehmer-faire-medien/>

Ein differenzierteres Bild zur Demonstration vom 29.08.2020 ergibt sich beim Lesen des Artikels auf Tichys Einblick, in denen Leser über ihre Teilnahme an der Demo berichten.

Beweis: Was Leser, die dabei waren, über die Berlin-Demo schreiben; Quelle: <https://www.tichyseinblick.de/meinungen/was-leser-die-dabei-waren-ueber-die-berlin-demo-schreiben/>

Hinsichtlich der Demonstration am 07.11.2020 wird verwiesen auf einen Artikel von Boris Reitschuster zur Demo in Leipzig und der Bundespressekonferenz.

Hier ein Ausschnitt aus dem Artikel: „Ausgerechnet der Sprecher des Innenministeriums, Steve Alter, rückte auf der Bundespressekonferenz das Zerrbild, das in vielen Fragen zum Ausdruck kam, zumindest ein wenig zurecht: Es handele sich bei den Demonstrationsteilnehmern um eine sehr heterogene Gruppe; Extremisten hätten versucht, die Proteste für ihre Zwecke zu instrumentalisieren, aber obwohl diese zunehmend aktiv geworden seien, sei es ihnen nicht gelungen, die Proteste vollständig zu übernehmen. Auch das ist noch eine Verzerrung, aber wenigstens eine geringere als die ZDF-Schlagzeile „Corona-Leugner und Rechtsextreme“.“

Beweis: Leipzig-Demo: Parallel-Realität in der Bundespressekonferenz

Quelle: <https://www.reitschuster.de/post/leipzig-demo-parallel-realitaet-in-der-bundespressekonferenz/>

Darüber hinaus wurde jedenfalls in einem Leitmedium ein falsches Bild verwendet. Diese Leitmedium war zu folgender Richtigstellung veranlasst:



2. Keine Bereitschaft von ARD/ZDF für Sondersendung mit Kritikern aus Wissenschaft

Eine von 60.000 Menschen unterzeichnete Petition mit der Bitte um eine Sondersendung zum Thema Corona, bei der auch Wissenschaftler mit regierungskritischer Meinung zu Wort kommen, blieb von ARD/ZDF zunächst ohne Antwort. Eine Videokonferenz am 26.11.2020 zeigte keine Bereitschaft von ARD/ZDF eine entsprechende Sondersendung zu machen.

Beweis: Im Dialog mit der ARD; Quelle: <https://multipolar-magazin.de/artikel/im-dialog-mit-der-ard>

3. Keine Berichterstattung über begründeten Verdacht betreffend nicht ordnungsgemäßer Publikation der Dissertation durch Prof. Drosten

Am auffälligsten ist die einseitige Berichterstattung in Bezug auf den bereits seit Anfang Oktober 2020 begründeten Verdacht, dass Prof. Drosten seine Dissertation nicht veröffentlichte wie es in der Promotionsordnung vorgesehen war und damit möglicherweise nicht berechtigt ist, den Dokortitel zu führen.

Während das Thema eines erschlichenen Dokortitels bei allen anderen in der Öffentlichkeit stehenden Menschen wie bspw. zu Guttenberg, Schavan in den Leitmedien großen Anklang fand, gab es hierüber in den Leitmedien keinerlei Berichterstattung, obwohl sich der Verdacht zunehmend erhärtete. Prof. Drosten schien insoweit bei den Leitmedien eine Sonderstellung einzunehmen.

Der auf Wissenschaftsbetrug spezialisierte Wissenschaftler Dr. Markus Kühbacher fand heraus, dass die Dissertationsschrift von Prof. Drosten nicht nur physisch im Bestand der Deutschen Nationalbibliothek und der Universitätsbibliothek Frankfurt fehlte – sie wurde nicht einmal katalogisiert. Ein Leiter des Archivs der Universität Frankfurt, bestätigte, dass man erst im Sommer 2020 ein Exemplar der Dissertation von der Leiterin des Dekanats des Fachbereichs Medizin an der Universität Frankfurt erhalten habe. Wegen einem angeblichen Wasserschaden sei das Exemplar 17 Jahre im Kellerarchiv des Promotionsbüro gelagert worden.

Beweis: Verdacht erhärtet: Drosten kein richtiger Doktor; Quelle: <https://www.new-swiss-journal.com/artikel/Verdacht-erhaertet%3A-Drosten-kein-richtiger-Doktor>

Zu vergleichbaren Ergebnissen kam auch Dr. Stefan Weber (Sachverständiger für Plagiatsprüfung).

Beweis: „Publikationskrimi“ um die Doktorarbeit des Star-Virologen Christian Drosten; Quelle: <https://plagiatsgutachten.com/blog/christian-drosten/>

Inzwischen hat die Goethe-Universität Frankfurt gegenüber Dr. Kühbacher eingeräumt, falsche Tatsachenbehauptungen hinsichtlich des Revisionsscheins gemacht zu haben. Laut Dr. Kühbacher wird die Dissertation von Herrn Drosten demnächst Gegenstand eines Gerichtsverfahrens.

Glaubhaftmachung: Twitter-Veröffentlichung Markus Kühbacher; Quelle: <https://twitter.com/Kuehbacher/status/1331958955757740033>

Markus Kühbacher
@Kuehbacher

Der Pressesprecher der [LRI]@goetheuni[PDI] hat inzwischen eingeräumt, dass er mir gegenüber falsche Tatsachenbehauptungen in Bezug auf die Dissertation von Herrn #Drosten kommuniziert hat: Es soll in Wahrheit gar kein Revisionschein existieren...

26.11.20, 14:52

Markus Kühbacher
@Kuehbacher

Da die Dissertation von Herrn #Drosten demnächst Gegenstand eines Gerichtsverfahrens werden wird, bat ich die [LRI]@goetheuni[PDI] um Nennung des Aktenzeichens der Verwaltungsakte, in der die behauptete Überprüfung der Promotionsakte von Herrn #Drosten dokumentiert worden ist.

26.11.20, 15:04

4. MdB Wolfgang Kubicki kritisiert die Öffentlich-Rechtlichen Medien

FDP-Politiker und Vize-Präsident des Deutschen Bundestages, Wolfgang Kubicki wirft den Öffentlich-Rechtlichen Medien vor, vielfach **einseitig zu berichten** und **Ängste zu schüren**.

Durch die ständige Corona-Berichterstattung etwa werde dort „weniger Aufklärung als Angst verbreitet“, die letztlich Argumente schwächer werden lasse. Der Trend, dass sich Journalisten nicht mehr als neutrale Berichterstatter verstünden, sondern einen „Haltungs-journalismus“ verträten, also die richtige moralische Haltung zu kennen vorgäben, führe zum Verschweigen von abweichenden Tatsachen und Positionen, kritisierte Kubicki.

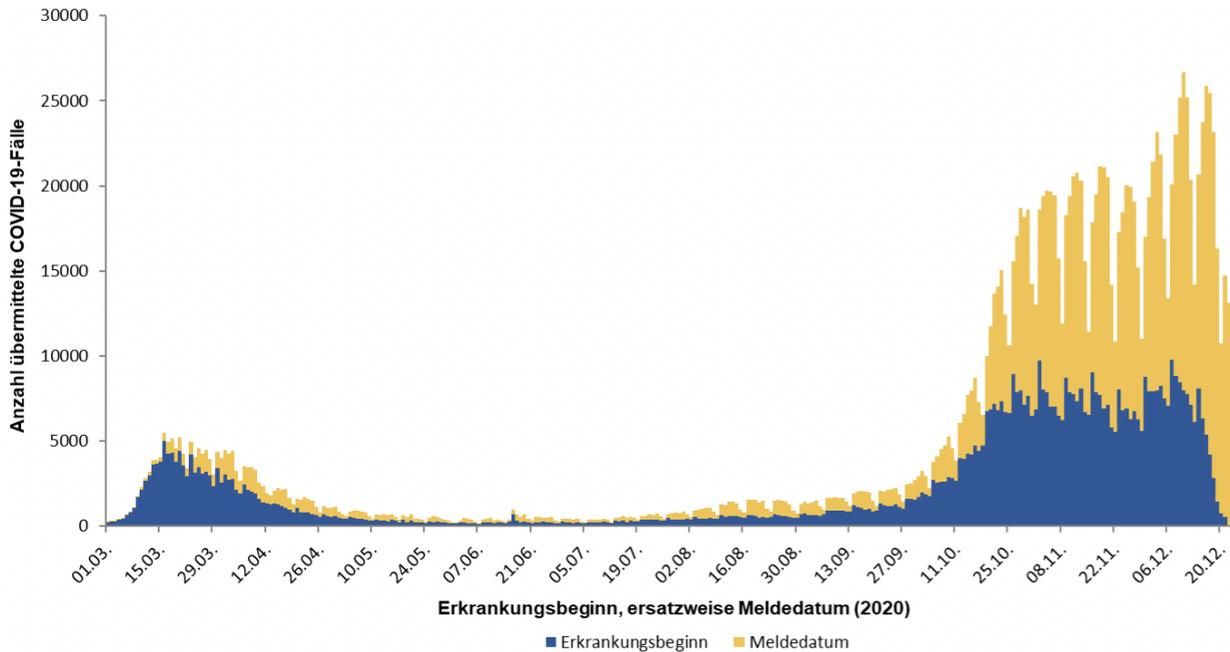
Des Weiteren kritisierte er, dass die ARD keine sogenannten Corona-Kritiker in Talkshows einlade. WDR-Programmdirektor Jörg Schönenborn und auch Gniffke hatten dies mit dem Argument abgelehnt, über Fakten lasse sich nicht diskutieren, nur über Meinungen. Die Meinungsdiskussion im öffentlich-rechtlichen Rundfunk sei aber verengt, sagte Kubicki. Die ARD sei „arrogant“ geworden, weil „verfassungsgeschützt und stark alimentiert“.

Beweis: „Verbreiten Angst“ – Kubicki rechnet mit Öffentlich-Rechtlichen ab; Quelle: <https://www.welt.de/politik/deutschland/article221764564/Wolfgang-Kubicki-FDP-Politiker-kritisiert-Oeffentlich-Rechtliche.html>

5. Querdenken-Demos trugen nicht zu einem Anstieg der „Fallzahlen“ bei

Das von Politik und Medien geschürte Narrativ, dass die Querdenken- Demonstrationen zu einer Erhöhung der Fallzahlen beigetragen haben, entspricht nicht den Fakten.

Fakt ist, dass weder die Black-Life-Matters-Demos Anfang Juni 2020 noch die beiden großen Demonstrationen von Querdenken in Berlin am 1.08.2020 und 29./30.08.2020 zu einem Anstieg der „Fallzahlen“ beigetragen haben, wie die Grafik des RKI aus dem Lagebericht vom 23.12.2020 zeigt:



RKI-Grafik abrufbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-23-de.pdf?__blob=publicationFile

Auch unter Berücksichtigung einer Inkubation von 14 Tagen ergibt sich kein durch die Demonstrationen bedingter Anstieg der „Fallzahlen“.

Während bei den „**BlackLifeMatters**“-Demos die Teilnehmer gelobt wurden, obwohl **auch dort die Sicherheitsabstände nicht eingehalten** wurden und auch nicht jeder Teilnehmer einer Maske trug, wurden die Teilnehmer von Querdenken-Demos beschimpft und verloren teilweise wegen der Demo-Teilnahme ihren Arbeitsplatz.

Zwischenzeitlich werden die Verbote von „Querdenken“-Demos von den Verwaltungs- und Verfassungsgerichten bestätigt, während alle anderen Demonstrationen erlaubt bleiben. Bei **Demonstrationen zu anderen Themen kümmert es niemanden**, ob die **Hygiene-Vorschriften eingehalten werden**. So nahm der Präsident des BVerfG Harbarth im Dezember an einer Veranstaltung teil, auf der die Sicherheitsabstände offensichtlich nicht eingehalten wurden.

Es entsteht der Eindruck, dass nur regierungskritische Demonstrationen verboten werden, dagegen regierungskonforme Demonstrationen erlaubt bleiben.

Die vermeintliche Studie, wonach Querdenken-Demos Super-Spreader-Events gewesen sein sollten entpuppt sich nach Meinung von zwei Experten als statistisch verbrämte Propaganda. Für viele Kritiker der Bewegung geradezu traumhafte Zusammenhänge – aus Sicht anderer Wissenschaftler in **weiten Teilen eher hanebüchener Quatsch**. „Auf jeden Fall grober Unfug sind die 21.000 Mehrinfektionen“, sagt **Statistik-Professor Walter Krämer von der Uni Dortmund** dem Nordkurier. Die mächtig klingende Zahl sei Ergebnis eines „ausgefeilten statistischen Modells“, das auf Schätzungen beruhe und

somit erhebliche Zufallsfehler enthalte. „Die angeblich 21.000 Mehrinfektionen sind nicht im wahren Leben tatsächlich beobachtet worden, sondern das Artefakt eines statistischen Modells.“ Auch Mathematiker **Prof. Thomas Rießinger** äußert Zweifel an der Wissenschaftlichkeit der Studie. Die Autoren hatten ihren Berechnungen angenommene Zahlen eines Busunternehmens, das Demonstranten aus ihren Heimatregionen abholt und nach Berlin und Leipzig gefahren hatte, zugrundegelegt. Prof. Rießinger zum Nordkurier: „Sie haben keine Ahnung, wie viele Leute in den Bussen saßen, sie wissen auch nicht, in welcher Weise sie in den Bussen saßen. Sie wissen über diese Busse gar nichts – außer, dass es Haltestellen an verschiedenen Orten gab. Das ist als Input für so weitreichende Aussagen für meine Begriffe ein bisschen wenig.“

Rießinger klipp und klar: „Die Studie hat eine eindeutige politische Schlagseite. Man hat das als Input hineingesteckt, was man am Ende herausfinden wollte.“

Am durchgängig benutzten Wort Covid-Leugner und der politischen Stoßrichtung, die in der Studie immer wieder anklänge, stört sich auch Prof. Krämer: „Die Autoren gehen mit einem deutlichen Vorurteil an die Studie heran. Daraus machen sie auch gar keinen Hehl.“

Zudem, so Krämer, hapere es wie in so vielen Studien, die zu vermeintlich spektakulären Ergebnissen kommen, an der klaren Unterscheidung von Korrelation und Kausalität – also von einem errechneten und in der Realität vielleicht gar nicht vorhandenen Zusammenhang und einer echten ursächlichen Beziehung. „Es handelt sich eigentlich um zwei Studien, eine zum Thema Korrelation zwischen Häufigkeit von 'Coronaleugnern' und Corona selbst und eine weitere zu den Auswirkungen der Leipzig-Demonstration. Studie eins ist eine simple Korrelationsbetrachtung, das wird auch von den Autoren zugegeben – und sagt überhaupt nichts über Kausalitäten aus“, so Prof. Krämer zum Nordkurier.

Beweis: <https://www.nordkurier.de/politik-und-wirtschaft/experten-zerpfluecken-studie-ueber-querdenken-demos-1142400602.html>

7. Verfassungsbeschwerde eines deutschen Richters

Im Dezember 2020 erhob ein deutscher Richter Verfassungsbeschwerde vor dem BVerfG. Auf Seite 76 der 190 Seiten umfassenden Verfassungsbeschwerde finden sich folgende Ausführungen:

„Menschen, die eine andere Meinung zum Gefahrenpotenzial des Virus vertreten, werden nicht mit ihren Argumenten gehört, sondern persönlich angegriffen, diffamiert und in eine Ecke mit Verrückten, Idioten (vgl. z.B. den Begriff „Covidioten“ von Saskia Esken), Verschwörungstheoretikern und Rechtsradikalen gestellt. Das hat **nichts mit Demokratie** und **Meinungsfreiheit** und erst recht **nicht mit einer offenen, pluralistischen Debatte** und Suche nach den besten Möglichkeiten zur Bewältigung der Krise zu tun.“
(Hervorhebung durch den Unterzeichner)

Beweis: Verfassungsbeschwerde eines deutschen Richters, Quelle:

<https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Verfassungsbeschwerde-Richter-anonym-30122020.pdf>

XXVI. Zensur der sozialen Medien wie etwa Youtube und Facebook

Dagegen wurden kritische Beiträge zum Thema Corona von Youtube gelöscht. Dies waren insgesamt 200.000 Videos, die sich kritisch mit dem Corona-Thema auseinandergesetzt haben. Darunter auch Interviews mit Wissenschaftlern, die nur ihren anderen wissenschaftlichen Standpunkt im Interview darlegten. So wurden so gut wie alle Interviews, die Prof. Dr. Sucharit Bhakdi gegeben hat, gelöscht.

Der Journalist Boris Reitschuster wehrte sich gerichtlich erfolgreich gegen die Löschung des Videos.

Beweis: Hier das von Youtube gelöschte Bhakdi-Interview; Quelle: <https://www.reitschuster.de/post/zensur-youtube-zensiert-mein-bhakdi-interview-uber-corona/>

Auch das im Juli 2020 von Prof. Stefan Hockertz mit Langemann Medien (Club der klaren Worte) betreffend den Impfstoff geführte Interview wurde von Youtube umgehend gelöscht.

Zuletzt wurden von Youtube ganze Kanäle gelöscht: Der Youtube-Kanal von Samuel Eckert mit 150.000 Abonnenten, der Rubikon-Kanal etc.

KenFM mit über 500.000 Abonnenten hat nach dem 2. Strike beschlossen, von Youtube Abstand zu nehmen, da eben mit dem 3. Strike der komplette Kanal gelöscht wird. Darüber hinaus hat KenFM vor zwei Wochen beschlossen, Berlin zu verlassen.

Das von der Journalistin Preradovic mit Prof. Dr. Homburg zum R-Wert geführte Interview wurde auf Facebook gelöscht. Die Aufzählung ließe sich hier noch beliebig fortführen.

C. Rechtliche Würdigung

I. Die Popularklage ist zulässig.

1. Statthafte Antragsart

Die Popularklage ist nach Art. 55 Abs. 1 VfGHG die statthafte Klageart.

2. Prüfungsgegenstand

Die 12. BayIfSMV stellt eine Rechtsvorschrift des bayerischen Landesrechts dar und ist damit tauglicher Klagegegenstand nach Art. 55 Abs. 1 VfGHG.

3. Antragsberechtigung

Nach Art. 55 Abs. 1 VfGHG ist jedermann antragsberechtigt und damit auch der Kläger.

4. Geltendmachung einer Grundrechtsverletzung

4.1. Geltendmachung eigener Grundrechtsverletzung

Die Popularkläger rügen die Verletzung der allgemeinen Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV aufgrund des Allgemeinen Abstandsgebots in § 1, der Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung in § 1 Abs. 2 und der Kontaktbeschränkung nach § 4 der 12. BayIfSMV.

Die Kontaktdatenerfassung nach § 2 verletzt das allgemeine Persönlichkeitsrecht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Popularkläger nach Art. 100 iVm Art. 101 BV.

Ferner erfolgt ein Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV auch durch das Verbot in § 5, die Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln aus § 8, die speziellen Besuchsregeln aus § 9, die eingeschränkte Ausübung von Individualsportarten in § 10 (Sport).

§ 6 (Gottesdienste, Zusammenkünfte von Glaubensgemeinschaften) schränkt die Religionsausübungsfreiheit der Popularkläger nach Art. 107 BV ein, da die Teilnehmerzahl bei Gottesdiensten beschränkt ist, Abstand gehalten werden muss und Maskenpflicht besteht.

Mit § 7 (Versammlungen im Sinne des Bayerischen Versammlungsgesetzes) wird das Grundrecht nach Art. 113 BV eingeschränkt.

§ 12 Abs. 1 der 12. BayIfSMV stellt ein Berufsverbot für den Popularkläger zu 2 dar und die massivste Einschränkung in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 101 BV. Zudem liegt darin ein Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 103 Abs. 1 BV dar. Da gerade Schuhe vor dem Kauf probiert werden müssen, stellt die Regelung nach § 12 Abs. 1 S. 6 der 12. BayIfSMV mit der Möglichkeit der Abholung nach Bestellung keine Alternative dar, da nicht davon auszugehen ist, dass viele Kunden von dieser Möglichkeit Gebrauch machen werden. Die Regelung nach § 12 Abs. 1 S. 7 stellt auch keine planbare Alternative dar, zumal wie oben gezeigt, der 7-Tage-Inzidenzwert absolut willkürlich ist. Ein kalkulierbares Betreiben eines Geschäfts ist durch diese Regelung nicht sichergestellt.

§ 12 Abs. 1 der 12. BayIfSMV verletzt den Popularkläger zu 2) in seinem Grundrecht **nach Art. 118 Abs. 1 BV**. Es ist kein seuchenschutzrechtlicher Grund erkennbar, warum der Schuhladen des Popularkläger zu 2) nach § 12 Abs. 1 S. 1 der 12. BayIfSMV geschlossen bleiben muss und nur eine Abholung vorbestellter Waren nach § 12 Abs. 1 S. 6 BayIfSMV zulässig sein soll und nur mittels Terminbuchung nach § 12 Abs. 1 S. 7 BayIfSMV, während Gartenmärkte, Blumenfachgeschäfte, Gärtnereien, Buchhandlungen, Baumschulen, Baumärkte und Läden mit Presseartikeln nach § 12 Abs. 1 S. 2 der 12. BayIfSMV öffnen dürfen. Hierin ist eine Ungleichbehandlung von Einzelhändlern wie Schuhgeschäften, Computergeschäften und sonstigen Branchen gegenüber anderen Geschäftsinhabern wie Gartenmärkten, Blumenfachgeschäften, Gärtnereien, Buchhandlungen, Baumschulen, Baumärkten und Läden mit Presseartikeln nach Art. 118 Abs. 1 BV zu sehen, ohne dass es einen sachlichen Grund für diese Ungleichbehandlung gäbe.

Die Kontaktbeschränkungen nach § 4 verletzen die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV und die Freizügigkeit der Popularkläger nach Art. 109 Abs. 1 BV.

Die weitergehende Maskenpflicht und das Alkoholverbot in § 24 der 12. BayIfSMV verletzen die allgemeine Handlungsfreiheit der Popularkläger nach Art. 101 BV.

4.2. Verletzung von Grundrechten anderer

Aufgrund des besonderen Charakters des Popularklageverfahrens ist es **nicht erforderlich**, dass die **Verletzung eigener Grundrechte** geltend gemacht wird.

Folgende Grundrechtsverletzungen werden darüber hinaus geltend gemacht:

Die Auflage in § 1 Abs. 2 Nr. 2 der 12. BayLfSMV, wonach eine Befreiung von der Maskenpflicht durch ein ärztliches Attest glaubhaft gemacht werden muss, auf dem die Diagnose angegeben sein muss, stellt einen Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung und das allgemeine Persönlichkeitsrecht dar für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen nach Art. 100 iVm Art. 101 BV.

Die Auflagen nach § 9 der 12. BayLfSMV stellen für Betreiber von Pflege- und Altenheimen eine Verletzung für deren Berufsausübungsfreiheit und unternehmerischen Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV dar. Darüber hinaus stellt dies auch einen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV für die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und von deren Angehörigen dar.

Die Schließung von Gastronomie mit Ausnahme des Abholservices mit § 13 stellt für Betreiber von Gaststätten eine Verletzung von deren Berufsausübungsfreiheit und deren unternehmerische Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV dar. Zugleich ist darin ein Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb von Gastronomen nach Art. 103 Abs. 1 BV zu sehen.

Die Untersagung des Betriebs nahezu sämtlicher Freizeiteinrichtungen mit § 11 stellt eine Verletzung der Berufsausübungsfreiheit und unternehmerischen Betätigungsfreiheit aus Art. 101 BV der Betreiber von Freizeiteinrichtungen dar. Zugleich liegt darin auch ein Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 103 Abs. 1 BV vor.

Ähnliches gilt für die Veranstalter von Tagungen, Kongressen, Messen und vergleichbaren Veranstaltungen, die nach § 15 untersagt sind. Auch hierin ist eine Verletzung von Art. 101 BV und Art. 103 Abs. 1 BV der Veranstalter zu sehen.

Die Auflagen nach § 16 für betriebliche Unterkünfte stellen einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit und unternehmerische Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV für entsprechende Unternehmer und Landwirte dar.

Die Einschränkung der Beherbergung nach § 14 der 12. BayLfSMV auf notwendige berufliche und geschäftliche Zwecke stellt einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit und unternehmerische Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV für die Betreiber von Hotels, Beherbergungsstätten, Schullandheimen, Jugendherbergen und Campingplätzen dar.

§ 17 (Prüfungswesen), § 18 (Schulen) und § 20 (Außerschulische Bildung, Musikschulen, Fahrschulen) stellen Gebote zum Maskentragen und Abstandhalten für Schüler auf. Damit wird die allgemeine Handlungsfreiheit von Schülern nach Art. 101 BV verletzt.

§ 19 (Tagesbetreuungsangebote für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige) schränkt die Berufsausübungsfreiheit und unternehmerische Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV für Betreiber von Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflegeeinrichtungen und Heilpädagogischen Tagesstätten ein.

Die Regelung in § 21, wonach kein Präsenzunterricht an den Hochschulen stattfindet, stellt einen Eingriff in die Wissenschaftsfreiheit nach Art. 108 BV dar.

§ 22 regelt den Betrieb von Bibliotheken und Archiven, die unter den Voraussetzungen von § 12 Abs. 1 S. 4 der 12. BaylFSMV geöffnet werden können. Dies stellt eine Verletzung der Berufsausübungsfreiheit nach Art. 101 BV von Bibliothekaren und Archivaren dar.

Die Schließung von Kulturstätten in § 23 stellt eine Verletzung der Kunstfreiheit nach Art. 108 BV dar, soweit Theater, Oper, Konzerthäuser, Bühnen, Kinos und ähnliche Einrichtungen betroffen sind. Für die Betreiber von Kulturstätten liegt mit § 23 zusätzlich eine Verletzung von deren Berufsausübungsfreiheit und unternehmerischer Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV vor. Ferner stellt dies einen Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 103 Abs. 1 BV dar.

5. Sonstige Sachentscheidungs Voraussetzungen

Eine Frist ist nicht zu beachten. Es ist lediglich nach Art. 14 Abs.1 VfGHG ein schriftlicher Antrag erforderlich, dem hiermit genügt wird.

II. Begründetheit der Popularklage

Die Popularklage ist begründet, da die Vorschriften § 1 bis einschließlich § 24 der 12. BaylFSMV die Grundrechte aus **Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109 und 113 BV verletzen**. Unabhängig von der in den jeweiligen Grundrechten vorgesehenen Schranke sind sämtliche Grundrechtseingriffe in Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109 und 113 BV wegen des **Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht gerechtfertigt. § 1 bis § 24 der 12. BaylFSMV schränken damit die Grundrechte nach Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109 und 113 BV verfassungswidrig ein und sind damit nach **Art. 98 S. 4 BV vom Verfassungsgerichtshof für nichtig zu erklären**.

Bei § 28 bis § 30 der 12. BaylFSMV handelt es sich um Schlussvorschriften, die ohne die vorausgehenden Vorschriften nach § 1 bis § 24 keine eigene Bedeutung haben können. Bei § 25 bis § 27 der 12. BaylFSMV handelt es sich um Möglichkeiten erleichternde Abweichungen von und weitergehende Anordnungen zu den Bestimmungen in der Verordnung zu erlassen. § 25 bis § 27 haben damit auch ohne die vorausgehenden Vorschriften von § 1 bis § 24 keine eigenständige Bedeutung. Folglich hat der Verfassungsgerichtshof die komplette 12. BaylFSMV nach Art. 98 S. 4 BV für nichtig zu erklären

Soweit der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz missachtet wird, liegt darin zugleich auch ein Verstoß gegen das **Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV**.

Zudem ist das **Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV** auch deshalb verletzt, da die Bayerische Staatsregierung, insbesondere der Verordnungsgeber, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, **keine Behördenakte** für die 6. BaylFSMV geführt hat. Die 12. BaylFSMV baut als Folgeverordnung auf der 6. BaylFSMV auf. Eine für die 11. BaylFSMV veröffentlichte Begründung mit BayMBI. 2020 Nr. 738 offenbart **gravierende wissenschaftliche Fehleinschätzungen und Fehlannahmen durch die Regierung**. Die von der Regierung gelieferte Begründung offenbart, dass die

ergriffenen Maßnahmen **unverhältnismäßig** sind. Eine für die 11. BayIfSMV veröffentlichte Begründung mit BayMBI. 2020 Nr. 738 und für die Änderung vom 8.01.2021 veröffentlichte Begründung BayMBI. 2021 Nr. 6 sowie die Begründung BayMBI. 2021 Nr. 172 vom 5.03.2021 offenbaren **gravierende wissenschaftliche Fehleinschätzungen und Fehlannahmen durch die Regierung**. Die von der Regierung gelieferte Begründung zeigt, dass die ergriffenen Maßnahmen **unverhältnismäßig** sind.

Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verlangt im Einzelnen, dass

- der vom Staat verfolgte Zweck als solcher verfolgt werden darf,
- das vom Staat eingesetzte Mittel als solches eingesetzt werden darf,
- der Einsatz des Mittels zur Erreichung des Zwecks geeignet ist,
- der Einsatz des Mittels zur Erreichung des Zwecks notwendig (erforderlich) ist.

Zudem verlangt die Rechtsprechung darüber hinausgehend eine Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne (Angemessenheit).

1. Maßnahmen wie Lockdown, Abstand halten, Ausgangsbeschränkung und Maskentragen sind nicht geeignet

Sämtliche Regelungen in den § 1 bis § 24, die einen Lockdown vorsehen (bspw. Betriebsuntersagung), die Kontaktbeschränkung nach § 4, das Abstandhalten und das Maskentragen, sind an sich nicht geeignet, die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen, da sie nicht wirksam sind.

1.1. Kein Effekt der Maßnahmen auf Infektionsgeschehen

Wie die **Metastudie des National Bureau of Economic Research** zeigte, hatten nicht-pharmazeutische Interventionen wie Lockdown und Abstandhalten (social distancing) keinen Effekt auf das Infektionsgeschehen der COVID-19-Pandemie.

Zu dem gleichen Ergebnis kam eine Metastudie der WHO. Diese von der WHO im Oktober 2019 veröffentlichte Metastudie zur Wirksamkeit von sog. nicht-pharmazeutischen Interventionen bei Influenzaepidemien kam zu dem Ergebnis, dass für die **Wirksamkeit sämtlicher untersuchter Maßnahmen (Arbeitsstättenschließungen, Quarantäne, social distancing u.d.) nur geringe oder gar keine Evidenz** besteht.

Auch eine **neuere Studie aus England** zeigte auf, dass der Lockdown in England, Wales und Schottland **nicht notwendig** war, da er zu einem Zeitpunkt erfolgte, als das Infektionsgeschehen bereits rückläufig war.

Prof. Dr. Kuhbandner wertet in seinem wissenschaftlichen Aufsatz vom 18.12.2020 weitere **drei Studien** aus, bei denen die Gegebenheiten in mehreren Ländern (mindestens 50) berücksichtigt worden sind. Diese Studien sind jeweils Beweis angeführt. Nach diesen Studien gibt es **keinen wissenschaftlichen Beleg für die Wirksamkeit eines Lockdowns**.

Die Studie aus dem Imperial College, die im Juni 2020 in Nature erschien und zu dem Ergebnis kam, der Lockdown habe bis zu 3,1 Mio. Menschenleben gerettet (Seth Flaxman et al in Nature 584, 257–261. doi: 10.1038/s41586-020-2405-7), **leidet an primitiven Fehlern**, die Prof. Dr. Stefan Homburg und Prof. Dr. Christof Kuhbandner in einem Beitrag in Frontiers in Medicine vom 5. November 2020 herausgearbeitet haben (<https://doi.org/10.3389/fmed.2020.580361>).

Die neueste Studie vom **Januar 2021** mit dem Titel „Bewertung der Auswirkungen der Quarantäne und der Schließung von Unternehmen auf die Verbreitung von COVID-19“ von **Prof. Dr. John Ioannidis von der Stanford University** und weiteren Coautoren resümiert, dass man zwar kleine Vorteile nicht ausschließen könne, sich aber **keine signifikanten Vorteile für das Fallwachstum durch besonders harte Maßnahmen feststellen ließen**. Ähnliche Reduzierungen des Fallwachstums können mit weniger restriktiven Interventionen erreicht werden.“

Durch die Grafiken zum R-Wert konnte belegt werden, dass weder der erste Lockdown noch der zweite Teil-Lockdown einen Effekt auf den R-Wert hatten. Vielmehr war der R-Wert jeweils bereits vor dem Lockdown unter 1 oder nahe bei 1. Zum gleichen Ergebnis kommt eine Analyse der Professoren Dr. Göran Kauermann und Dr. Helmut Küchenhoff vom Institut für Statistik der LMU München in ihrem CoDAG Bericht Nr. 4 vom 11.12.2020, wonach **es keinen deutlichen Rückgang der Pandemie nach dem Lockdown gab**. Seit der **3. Oktoberwoche** gibt es insgesamt einen **stabilen Verlauf**.

Im September und Oktober 2020 war die Politik noch selbst der Ansicht, dass eine Schließung von Einzelhandel, Friseur und Schulen/Kindergärten nicht notwendig war. Welche Erkenntnisse nun diesem Sinneswandel der Politik zugrunde liegen, wird nicht offengelegt.

1.2. Keine Hinweise für Wirksamkeit der Maske in der Öffentlichkeit

Laut Prof. Dr. Ines Kappstein (Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie, Hygiene und Umweltmedizin), in ihrem im August 2020 im Fachverlag Thieme veröffentlichten wissenschaftlichen Aufsatz gibt es **keine Hinweise für die Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes in der Öffentlichkeit**.

Dabei hat sich Prof. Kappstein auch intensiv mit den vom RKI für die Wirksamkeit einer Mund-Nasen-Bedeckung angeführten Publikationen beschäftigt und kommt zum Ergebnis, dass die vom RKI angeführten Publikationen eine Wirksamkeit einer Mund-Nasen-Bedeckung

Weitere 38 Studien zeigen auf, dass wissenschaftlich nicht belegt ist, dass ein Mund-Nasen-Schutz vor Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus schützt.

Approbierte Ärzte von Ärzte für Aufklärung haben weit über 40 Studien zur Wirksamkeit von Masken gesichtet und geprüft. Dabei zeigte sich, dass weit über 40 Studien gegen eine Wirksamkeit von Masken sprechen, während lediglich eine Studie zu einer Wirksamkeit von Masken kommt. Die **Studienlage spricht danach erdrückend gegen die Wirksamkeit von Masken**. Soweit in den Leitmedien oft das Bild vermittelt wurde, es gebe zahlreiche Studien, die für eine Wirksamkeit von Masken sprechen, ist dies unzutreffend. In Wahrheit hielten nicht wenige Studien, die sich für eine Wirksamkeit aussprachen, einem Review nicht stand und wurden aufgrund von Mängeln dann zurückgezogen. Über den Rückzug oder die Fehlerhaftigkeit dieser Studien wurden in den Leitmedien aber nicht berichtet. So verhielt es sich mit der Metastudie der WHO zur Wirksamkeit von Masken, die im Juni 2020 im Lancet veröffentlicht wurde. In einem Peer Review im September 2020 wurden ernsthafte Fehler bei der WHO Studie festgestellt und ein Rückzug der Studie gefordert.

Beweis: WHO Mask Study Seriously Flawed; Quelle: <https://swprs.org/who-mask-study-seriously-flawed/>; Peer Review im Original: <http://www.economicsfaq.com/retract-the->

[lancets-and-who-funded-published-study-on-mask-wearing-criticism-of-physical-distancing-face-masks-and-eye-protection-to-prevent-person-to-person-transmissi/](#)

Daran anschließend brachte ein Diskussionspapier der Sächsischen Staatskanzlei vom 24.10.2020 zum Ausdruck, dass die **Maskenpflicht Symbolpolitik** ist. Der Medizinprofessors und Chairman of the Royal College of Physicians and Surgeons Ottawa, Canada, Dr. **Roger Hodgkinson** erklärte im Rahmen einer Parlamentsanhörung, dass **Masken völlig nutzlos** sind und ein Nutzen nicht belegt sei.

Auch die WHO gibt in einem Dokument vom 1.12.2020 an, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von Masken unzureichend sei.

1.3. Maßnahmen betreffend Kinder und Jugendliche ungeeignet wegen fehlender Ansteckungsgefahr

Schließlich sind gerade die Regelungen in §§ 17, 18, 19 und 20 (soweit Minderjährige betroffen) der 12. BaylFSMV nicht geeignet, um die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen. Von Kindern und Jugendlichen geht ausweislich der aufgeführten Studien kaum **eine Ansteckungsgefahr** aus. Kinder sind **keine Treiber** der COVID-19-Pandemie, sondern **eher Bremsklötze**.

Aufgrund dieser Studienlage sind die gegenüber Kindern und Jugendlichen ergriffenen Maßnahmen wie Maskentragen und Abstandhalten nicht geeignet, die COVID-19 Pandemie zu bekämpfen. Im Gegenteil es wären nach dieser Studienlage gegenüber Kindern und Jugendlichen überhaupt keine Maßnahmen zu ergreifen.

1.4. Maßnahmen gegenüber asymptomatischen Menschen ungeeignet wegen fehlender Ansteckungsgefahr

Eine Studie, die die Ergebnisse eines massiven COVID-19-Tests in China analysierte, die fast alle Einwohner der Stadt Wuhan einschloss, hat **keinen Beweis dafür gefunden**, dass **asymptomatische positive Corona-Fälle die Krankheit weiterverbreiten**. Die Analyse, die in der wissenschaftlichen Zeitschrift *Nature* veröffentlicht wurde, befasste sich mit den Ergebnissen eines Massentests, der zwischen Mai und Juni in Wuhan stattfand, also der Stadt, in der Ende 2019 die ersten Fälle des neuartigen Coronavirus entdeckt wurden. Die Autoren stellten die **Theorie** auf, dass die Einwohner von Wuhan, die nach der strikten Abriegelung der Stadt immer noch positiv auf das Virus getestet wurden, eine **"geringe Menge an Viruslasten" aufwiesen** und deshalb nicht in der Lage seien, **die Krankheit auf andere Menschen zu übertragen**.

Die von Prof. Drosten angeführten Belege für eine asymptomatische Übertragung erwiesen sich bei näherem Hinsehen als nicht stichhaltig. So wies die von Prof. Drosten angeführte Frau aus Wuhan – entgegen der ursprünglichen Annahme – sehr wohl Symptome auf. Die genaueren Ausführungen insoweit sind dem Abmahnschreiben von Rechtsanwalt Fuellmich an Prof. Drosten vom 15.12.2020 zu entnehmen (Anlage **K 2A**).

1.5. Wirkungslosigkeit der Maßnahmen am praktischen Beispiel Schweden

Am Beispiel Schweden zeigt sich, dass die Maßnahmen keine Wirkung erzielen im Kampf gegen COVID 19. In Schweden wurde kein Lockdown verhängt. Alle Geschäfte

und Restaurants blieben geöffnet. Die Schulen und Kindergärten hatten weiterhin regulären Betrieb. Zudem gab es in Schweden keine Maskenpflicht. Die Menschen dort tragen auch kaum Masken.

Obwohl Schweden diese von der bayerischen Regierung präferierten Maßnahmen nicht ergriff, brach in Schweden das Gesundheitssystem nicht zusammen. Schweden verzeichnet auch keine Übersterblichkeit.

Am Beispiel Schweden zeigt sich, dass die Maßnahmen wie Lockdown, Maskenpflicht und Schul- und Kitaschließungen keinerlei Wirkung erzielten, da Schweden ohne diese Maßnahmen genauso durch die Pandemie gekommen ist.

2. Maßnahmen nicht erforderlich, da mildere Mittel zur Verfügung stehen

Bereits **Dr. Nabarro von der WHO** sprach sich **gegen die Verhängung eines Lockdowns** aus. Daraus ist erkennbar, dass die Lockdowns gegen die Empfehlung der WHO sind.

Auch ein **Positionspapier von Ärzteverbänden (Hausärzte, Fachärzte, Allgemeinmediziner, Laborärzte, Zahnärzte und Vertragsärzte) und Wissenschaftlern** vom 28.10.2020 sprach sich gegen die Verhängung eines Lockdowns aus. Als milderes Mittel schlug das Positionspapier ein neues bundesweit **einheitliches Ampelsystem** vor. Anhand dieses auf mehreren Kennziffern beruhenden Instrumentes würde sich auf Bundes- und Kreisebene die aktuelle Lage auf einen Blick erkennen lassen. So könne frühzeitig auf eine Überlastung des Gesundheitswesens hingewiesen werden.

Im Fazit der Experten heißt es: „Wir setzen auf Gebote anstelle von Verboten, auf Eigenverantwortung anstelle von Bevormundung.“ Verbote oder Bevormundung hätten „eine kurze Halbwertszeit“.

Schließlich gibt es nach den Unterzeichnern der **Great Barrington Declaration** die Möglichkeit, dass die Risikogruppen besonders geschützt werden, **die Nicht-Risikogruppen aber sofort zu einem normalen Leben zurückkehren**. Einfache Hygienemaßnahmen wie Händewaschen und der Aufenthalt zu Hause im Krankheitsfall sollten von allen praktiziert werden, um den Schwellenwert für die Herdenimmunität zu senken.

Schulen und Universitäten sollten für den Präsenzunterricht geöffnet sein. Außerschulische Aktivitäten, wie z. B. Sport, sollten wieder aufgenommen werden. Junge Erwachsene mit geringem Risiko sollten normal und nicht von zu Hause ausarbeiten. Restaurants und andere Geschäfte sollten öffnen können. Kunst, Musik, Sport und andere kulturelle Aktivitäten sollten wieder aufgenommen werden. Menschen, die stärker gefährdet sind, können teilnehmen, wenn sie dies wünschen, während die Gesellschaft als Ganzes den Schutz genießt, der den Schwachen durch diejenigen gewährt wird, die Herdenimmunität aufgebaut haben.

Der besondere Schutz der Risikogruppen soll nur für die Dauer bis zur Erreichung einer Herdenimmunität sein. Die Great Barrington Declaration wurde von führenden Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Epidemiologie von den drei führenden Eliteuniversitäten

(Harvard, Stanford, Oxford) initiiert und auch von hochkarätigen Wissenschaftlern, darunter ein Nobelpreisträger, unterschrieben. Diese **hochkarätige** Erklärung kann **von der Politik nicht übergangen** werden.

Die Staatsregierung muss sich mit dieser Alternative auseinandersetzen und begründen, warum der Vorschlag von führenden Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Epidemiologie abgelehnt wird.

Nach der Great Barrington Declaration sind sämtliche Maßnahmen gegenüber der Nicht-Risikogruppe **nicht erforderlich**, da die Nicht-Risiko-Gruppe zum normalen Leben zurückkehren soll. Somit sind alle Regelungen nach § 1 bis § 24 der 12. BayLfSMV nicht erforderlich, da die Möglichkeit besteht, dass die Nicht-Risiko-Gruppe zum normalen Leben zurückkehrt. Aber auch der Risikogruppe wird eine Teilnahme am normalen Leben ermöglicht, soweit die Risikogruppe dies wünscht.

Ein milderes Mittel besteht auch darin, die **Krankenhauskapazitäten auszubauen** und insbesondere die seit Juli 2020 abgebauten über **6000 Intensivbetten wiederaufzubauen**. Die Gesundheitsfürsorge und die Schaffung entsprechender Kapazitäten obliegt dem Staat. Der Abbau von 6000 Intensivbetten seit Juli 2020 stellt ein **Verschulden der Regierung** dar, die auf keinen Fall den Bürgern angelastet werden darf. Es ist besonders **fahrlässig im Rahmen der COVID-19-Pandemie** und angesichts der bekannten Zunahme von Atemwegserkrankungen über die Herbst- und Wintermonate, dass die **Regierung hier nicht vorgesorgt hat** und **entsprechende Kapazitäten erhalten** bzw. ausgebaut hat. Stattdessen hat die Regierung mit einem Abbau von über 6000 Intensivbetten seit Juli 2020 zu einer Verschlimmerung der Lage beigetragen. Das Gleiche gilt für die **17 Krankenhäuser**, die während der Pandemie **2020** in Deutschland **geschlossen** wurden. Ein milderes, gleich geeignetes Mittel ist die Inbetriebnahme der geschlossenen Krankenhäuser.

3. Keine Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne

- 3.1. Die Staatsregierung bzw. der Verordnungsgeber **überschätzt** die von **COVID-19 ausgehende Gefahr**, da eine Überlastung des Gesundheitssystems oder ein Zusammenbruch des Gesundheitssystems nicht droht.
 - 3.1.1. Zwischenzeitlich wurde von der WHO bestätigt, dass COVID-19 eine Infektionssterblichkeit von 0,23% hat. Damit bestätigt auch die WHO, dass die Infektionssterblichkeit von COVID-19 weitaus geringer ist als bisher angenommen.
 - 3.1.2. Der Altersmedian der an COVID-19 verstorbenen Menschen liegt bei 84 Jahren und ist damit zwei Jahre über der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland.
 - 3.1.3. Wissenschaftler der Uni Essen stellten fest, dass in den Monaten März bis Mai 2020 keine Übersterblichkeit, sondern Untersterblichkeit gegeben war. Prof. Dr. Göran Kauermann und Prof. Dr. Helmut Küchenhoff von der LMU München stellten in ihrem CoDAG-Bericht Nr. 4 vom 11.12.2020 keine ausgeprägte Übersterblichkeit fest. Eine neuere Berechnung von Prof. Kauermann ergab keine Übersterblichkeit für das Jahr 2020 unter Berücksichtigung des Altersstruktureffekts. Zu berücksichtigen ist auch, dass in den Jahren 1968 und 1969 im Zuge der Hongkong-Grippe deutlich mehr Todesfälle zu verzeichnen waren als jetzt

im Jahr 2020. Dagegen wurden in den Jahren 1968 und 1969 keine derartigen freiheitsbeschränkenden Maßnahmen ergriffen.

- 3.1.4. Während der sog. „1. Welle“ kam es zu keiner Überlastung des Gesundheitssystems. Im Gegenteil Kliniken und Ärzte haben während der Coronavirus-Pandemie für rund 410.000 Beschäftigte Kurzarbeit angemeldet. Eine Klinikstudie der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), an der 421 Kliniken teilnahmen, kam sogar zu dem Ergebnis, dass im ersten Halbjahr den 2019 mehr Menschen beatmet wurden als 2020. Die Auswertung der IQM für das Gesamtjahr 2020 ergab, dass 2020 **weniger Patienten im Krankenhaus** behandelt wurden **als 2019**. Auch die Gesamtzahl der **SARI-Fälle**, **Intensivfälle** und **Beatmungsfälle** war im Untersuchungszeitraum **nicht höher als 2019**.
- 3.1.5. Laut „Grippe-Web“ gibt es derzeit im Vergleich zu den Vorjahren nicht mehr Atemwegserkrankungen, sondern weniger.
- 3.1.6. Zwar stieg zuletzt die Anzahl der COVID-19-Patienten auf Intensivstation. Jedoch blieb die Gesamtbelegung der Intensivbetten gleich. Seit Juli 2020 ist die Belegung der Intensivbetten auf gleichbleibendem Niveau. Würde tatsächlich von der COVID-19-Pandemie eine Gefahr für das Gesundheitswesen in Deutschland ausgehen, müsste es auch insgesamt zu einem Anstieg der Intensivbettenbelegung kommen. Der alleinige Anstieg von COVID-19-Patienten auf Intensivstation bei gleichbleibender Gesamtbelegung ist darauf zurückzuführen, dass Patienten mit einer eindeutig anderen Diagnose wie Herzinfarkt und Schlaganfall bei einem positiven PCR-Test umgewidmet werden in COVID-19-Patienten.
- 3.1.7. Bei Kliniken und Intensivbetten bestehen noch freie Kapazitäten. 19 % der Intensivbetten sind frei, 36 % der Kliniken verfügen über freie Kapazitäten.
- 3.1.8. Eine Doppelbelastung der Kliniken durch gleichzeitiges Auftreten von SARS-CoV-2 mit Influenza droht nicht. Dieses Jahr tritt die Grippe (Influenza) kaum in Erscheinung. In den Vorjahren kam es während der Grippesaison zu regionalen Engpässen, ohne dass weitergehende Maßnahmen von der Regierung ergriffen worden wären.
- 3.1.9. Die täglich gemeldeten COVID-19-Todesfälle sind nicht zutreffend, da es zu Meldeverzügen kommt und keine Unterscheidung vorgenommen wird, ob der Tod an oder mit COVID 19 eintrat. Die COVID-19-Sterbefälle werden künstlich derart nach oben frisiert, dass bereits verstorbene Heimbewohner, die bereits negativ auf COVID-19 getestet wurden, im Rahmen der Leichenschau erneut auf COVID-19 getestet werden sollen.
- 3.1.10. Positiv wurde nicht berücksichtigt, dass Teile der Bevölkerung nach der Erkenntnis von mehreren Studien bereits immun sind gegen SARS-CoV-2, so dass für einen Teil der Bevölkerung auch eine Infizierung keine Gefahr darstellt.
- 3.1.11. Zuletzt wurde nicht berücksichtigt, dass es mehrere Länder gab wie Schweden, Weißrußland, die ohne Lockdown und ohne Maskenpflicht keine Überlastung des Gesundheitssystems hatten. In Schweden ist auch keine Übersterb-

lichkeit für das Jahr 2020 gegeben. Auch die Tatsache einer entgegenstehenden Praxis in anderen Ländern, die ohne Grundrechtseinschränkungen genauso erfolgreich waren, weist auf die fehlende Angemessenheit der Maßnahmen hin.

3.2. 7-Tage-Inzidenzwert bereits nach offiziellen Dokumenten des RKI unzutreffend

In einem offiziellen Dokument gibt das RKI an (vgl. https://rki-wiko.shinyapps.io/test_qual/), dass es nur bei 4,17% der positiv Getesteten von einer Infektion mit SARS-CoV-2 ausgehe. Das bedeutet, dass **nur 4,17% der positiv Getesteten Eingang in den 7-Tage-Inzidenz-Wert** finden dürften. Tatsächlich werden aber alle positiven Tests entgegen § 28a Abs. 3 IfSG iVm § 2 Nr. 2 IfSG als Neuinfektion geführt und in den 7-Tage-Inzidenz-Wert aufgenommen.

Zudem gibt es einen **erheblichen Probenrückstau**. Es waren am 23.12.2020 noch immer nicht alle Proben aus dem April 2020 ausgewertet. Positive Ergebnisse von PCR-Tests, die bereits mehrere Wochen oder Monate zurückliegen, verfälschen den 7-Tage-Inzidenzwert. **Mehr als eine Woche zurückliegende Proben** dürften grundsätzlich nicht Eingang in den 7-Tage-Inzidenzwert finden, da es sich dabei um **keine Neuinfektionen** im Sinne von § 28a Abs. 3 IfSG.

3.3. Kein Infektionsgeschehen im Sinne von §§ 28a Abs. 3, 2 Nr. 2 IfSG

Nach § 28a Abs. 3 Satz 4 IfSG ist Maßstab für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-COV-2 je 100.000 Einwohnern innerhalb von sieben Tagen. Nach § 28a Abs. 3 Satz 12 IfSG werden die in den Landkreisen, Bezirken oder kreisfreien Städten auftretenden Inzidenzen zur Bestimmung des nach § 28a Abs. 3 IfSG jeweils maßgeblichen Schwellenwertes durch das Robert-Koch-Institut im Rahmen der laufenden Fallzahlenberichterstattung auf dem RKI-Dashboard unter der Adresse <http://corona.rki.de> im Internet veröffentlicht.

Bei **Neuinfektionen** handelt es sich nach dieser Vorschrift um Infektionen innerhalb der letzten sieben Tage. Eine **Infektion** ist nach § 2 Nr. 2 IfSG die **Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus**. Ein Krankheitserreger ist nach § 2 Nr. 1 IfSG ein vermehrungsfähiges Agens (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann. Eine übertragbare Krankheit ist nach § 2 Nr. 3 IfSG eine durch Krankheitserreger oder deren toxische Produkte, die unmittelbar oder mittelbar auf den Menschen übertragen werden, verursachte Krankheit.

Derzeit wird ein positiver PCR-Test gleichgesetzt mit einer Infektion und weitere für die Feststellung einer Infektion erforderliche Untersuchungen im Sinne von § 2 IfSG unterbleiben. Insbesondere erfolgen derzeit **keine** dahingehenden **Untersuchungen** durch die Gesundheitsämter, ob ein **vermehrungsfähiges Agens** nach § 2 Nr.1 IfSG gegeben ist. Es wird **fälschlicherweise** ein **positiver PCR-Test gleichgesetzt** mit dem Vorliegen einer **Infektion bzw. Infektiosität** eines Menschen.

3.3.1 Positiver PCR-Test allein ist nicht geeignet, eine Infektion nachzuweisen.

Der Biochemiker und Nobelpreisträger Kary Mullis hatte den PCR-Test im Jahr 1983 entwickelt, um DNA-Sequenzen in vitro zu vervielfältigen. Sein Test, so Mullis, sei für diagnostische Zwecke nicht geeignet. Wie die **Biologin Prof. Ulrike Kämmerer**, die **Immunologin und Virologin Prof. Dolores Cahill**, der **Immunologe Prof. Pierre Capel** und der **Mikrobiologe Clemens Arvay** im Corona-Ausschuss übereinstimmend erklärten, kann **mit dem Test auch heutzutage nicht festgestellt werden, ob eine aktive Virusinfektion vorliegt.**

(Kurzbericht: Corona-Ausschuss **Anlage K 1**).

Ferner gab der Professor für Immunologie der Universität Bern, Beda Stadler, in einem Interview an: „**Ich kenne keinen Wissenschaftler auf dieser Welt, der den PCR-Test als Infektionsnachweis gelten lassen würde.**“ (Artikel bei linth24 vom 21.09.2020; <https://www.linth24.ch/articles/27244-die-meisten-sind-gegen-das-virus-sowieso-immun>).

Schließlich gab die **Berliner Senat** auf eine Anfrage des Abgeordneten Marcel Luthe an, dass PCR-Tests eigentlich nicht in der Lage sind, eine Infektion im Sinne des Infektionsschutzgesetzes festzustellen. (Berliner Zeitung vom 07.11.2020: <https://www.berliner-zeitung.de/news/anfrage-an-berliner-senat-weckt-zweifel-an-aussagekraft-von-pcr-test-li.117128>).

Auch die **Packungsbeilage eines PCR-Tests** legt offen, dass ein positiver PCR-Test nicht geeignet ist, eine akute Infektion nachzuweisen.

Selbst **Prof. Drosten** sprach sich in einem Interview mit der Wirtschaftswoche im Jahr 2014 dafür aus, einen symptomlosen Menschen mit positivem PCR-Test nicht als krank oder infiziert zu werten.

Das Berufungsgericht in der portugiesischen Hauptstadt Lissabon stellte am 11.11.2020 die mangelnde Zuverlässigkeit des PCR-Tests fest. Im konkreten Fall ging es um eine Entscheidung der regionalen Gesundheitsbehörden über die Quarantäne von vier Menschen, die ein Gericht der unteren Instanz aufgehoben hatte. Das Berufungsgericht hat diese Entscheidung bestätigt und die Quarantäne für unrechtmäßig erklärt. Von den vier war eine Person mit einem PCR-Test positiv auf Covid getestet worden, die anderen wurden als so genannte Kontaktpersonen ersten Grades in Quarantäne geschickt.

Das Gericht führte zudem laut noch einige grundlegende Überlegungen zu den PCR-Tests aus: „Auf der Grundlage der derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Beweise ist dieser Test an und für sich nicht in der Lage, zweifelsfrei festzustellen, ob die Positivität tatsächlich einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus entspricht, und zwar aus mehreren Gründen, von denen zwei von vorrangiger Bedeutung sind: Die Zuverlässigkeit des Tests hängt von der Anzahl der verwendeten Zyklen sowie von der vorhandenen Viruslast ab.“ Das Gericht geht davon aus, dass „wenn eine Person durch den PCR-Test als positiv getestet wird, wenn ein Schwellenwert von 35 Zyklen oder höher verwendet wird (wie es in den meisten Labors in Europa und den USA die Regel ist), die Wahrscheinlichkeit, dass diese Person infiziert ist, weniger als drei Prozent beträgt und die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis ein falsch positives ist, 97 Prozent beträgt“. Weiter führt das Gericht aus, dass der Schwellenwert für die Zyklen, der für die derzeit in Portugal durchgeführten PCR-Tests verwendet wird, unbekannt ist.

Des Weiteren bestätigte **Prof. Stephen Bustin**, einer der weltweit führenden Experten im Bereich der PCR, dass **unter bestimmten Bedingungen jeder positiv auf SARS-CoV-2 testen kann**.

Dr. Mike Yeadon, Experte für Biochemie, Toxikologie und respiratorische Pharmakologie, war viele Jahre Vizepräsident und leitender Direktor der Abteilung Forschung und Entwicklung des US-Pharmaunternehmens Pfizer in Sandwich, Grossbritannien, bevor er 2011 sein eigenes Biotech-Unternehmen Ziarco gründete.

Yeadon bekräftigte nun erneut, dass der **PCR-Test alleine nichts über eine Infektion aussage**, ebenso der **Prof. Dr. Roger Hodgkinson** aus Kanada.

Dass ein PCR-Test alleine keine Infektion nachweist bekräftigen auch folgende Wissenschaftler:

- Dr. Claier Craig, Pathologin und Expertin für diagnostisches Testen
- Prof. Dr. Sucharit Bhakdi, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
- Prof. DDr. Martin Haditsch, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Facharzt für Infektiologie und Tropenmedizin

Prof. Dr. med. René Gottschalk und Prof. Dr. med. Ursel Heudorf äußerten sich dahingehend, dass der PCR-Test Genabschnitte von SARS-CoV-2 detektiert und **nichts darüber aussage**, ob es sich um **infektionsfähige Viren** oder um Virusreste nach durchgemachter Infektion handelt.

Im aktuellen Ärzteblatt ist ein Brief des Arztes **Dr. Hans Jürgen Scheurle** abgedruckt. Dr. Scheurle weist daraufhin, dass PCR-Tests weder etwas darüber aussagen, ob ein Mensch krank noch ob er infektiös ist, d. h. andere mit COVID-19 anstecken kann. Sie stützten allein die Diagnostik bei bereits bestehender Erkrankung. Da ein **positiver Test weder gleich Infektion noch gleich Erkrankung** ist, müsste es in den Medien „positiv PCR-Getestete“ heißen. Laienpresse und Politiker setzten positive PCR-Tests mit Infektion oder Krankheit gleich.

In gleicher Weise äußerte sich der lange Jahre in der Forschung bei Bayer tätige Chemiker Dr. Hauke Fürstenwerth.

3.3.2. Entscheidend für die Aussagekraft ist auch die Anzahl der verwendeten Zyklen

Zu diesem Ergebnis kam bereits das oben zitierte Berufungsgericht in Lissabon. Nach Ansicht der Bayerische Landesärztekammer sind PCR-Tests, die **mehr als 35 Zyklen fahren nicht aussagekräftig**, da der Patient laut führenden Virologen in der Regel dann eine geringe Viruslast in sich trägt, die mit großer Wahrscheinlichkeit nicht vermehrungsfähig ist.

Derzeit werden unterschiedliche Tests verwendet, eine Standardisierung ist nicht gegeben. Darunter befinden sich auf Tests, die **mehr als 35 Zyklen fahren**. Zudem ist der am Anfang fast ausschließlich verwendete **PCR-Test von Prof. Drosten auf 45 Zyklen** eingestellt.

3.3.3. Gravierende wissenschaftliche Fehler beim PCR-Test von Prof. Drosten

Eine Studie vom 27.11.2020 von **22 internationalen Wissenschaftlern zum PCR-Test von Christian Drosten deckte 10 gravierende wissenschaftliche Fehler auf** und kam zu folgendem Fazit: „Die Entscheidung darüber, welche Testprotokolle veröffentlicht und einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, liegt ganz in den Händen von Eurosurveillance. Eine Entscheidung, die im Corman-Drosten-Papier offensichtlichen Fehler anzuerkennen, hat den Vorteil, die menschlichen Kosten und das Leiden für die Zukunft stark zu minimieren.

Ist es nicht **im besten Interesse von Eurosurveillance, dieses Papier zurückzuziehen**? Unsere Schlussfolgerung ist klar. Angesichts all der enormen Designfehler und Irrtümer des PCR-Protokolls, die hier beschrieben werden, kommen wir zu dem Schluss: Im Rahmen der wissenschaftlichen Integrität und Verantwortung gibt es keine große Wahl mehr.“

Gerade zu Beginn der COVID-19-Pandemie wurde fast ausschließlich der PCR-Test von Prof. Drosten verwendet. Dieser PCR-Test wird auch immer noch verwendet.

3.3.4. Darüber hinaus gab es zuletzt auch **hohe Fehlerquoten**.

So waren in einem großen bayerischen Labor von 60 positiven Tests lediglich 2 richtig positiv, dagegen 58 falsch positiv.

Auch bei Profifußballern stellte sich durch eine Nachtestung die Fehlerhaftigkeit des zunächst gemachten positiven PCR-Tests heraus. Nach Dr. Mike Yeadon sind seit Mai 2020 **90 %** der positiven PCR-Tests **falsch positiv**.

3.3.5. Mangelnde Aussagekraft des 7-Tage-Inzidenz-Wert wegen Entkoppelung der „Fallzahlen“ und erheblichem Proben-Rückstau

Dass die Zahlen der positiven PCR-Testungen, genannt auch „Fallzahlen“ keine große Aussagekraft besitzen wird auch dadurch belegt, dass die „**Fallzahlen**“ **keinerlei Bezug mehr aufweisen zu den Hospitalisierungen und COVID-19-Todesfällen**. Die „Fallzahlen“ sind entkoppelt von den Hospitalisierungen und COVID-19-Todesfällen.

Zuletzt äußerte sich auch **Prof. Matthias Schrappe** in einem ZDF-Interview am 23.11.2020 dahingehend, dass diese täglich erhobenen Infektionszahlen vom Nebel nicht weit entfernt seien und diese Zahlen nicht das Papier wert seien, auf dem sie stehen.

Beweis: Zahlen des RKI sind "nichts wert"; Quelle: <https://www.zdf.de/nachrichten/zdf-heute-live/videos/schrappe-corona-kritik-video-100.html>

Umso erstaunlicher ist, dass die Staatsregierung hier ausschließlich auf diese sogenannten „Fallzahlen“ abstellt.

Hinzu kommt, dass aufgrund der derzeit wöchentlich weit über eine Million durchgeführten PCR-Tests ein **erheblicher Rückstau von Proben** besteht, die noch nicht ausgewertet werden konnten. Diesen Rückstau räumt das RKI in ihren Lageberichten unumwunden ein. Es ist **nicht bekannt**, wie die **Ergebnisse der rückgestauten Proben** im Rahmen der 7-Tage-Inzidenz **erfasst** werden. Es ist davon auszugehen, dass mit dem Tag der Meldung der positiven Probe diese Eingang in den 7-Tage-Inzidenz-Wert findet. Dabei

kommt es aber zu einer Verfälschung, da eine bereits vor drei Wochen entnommene Probe nun tagesaktuell als „neuer Fall“ erfasst wird.

3.4. Gesundheitliche Risiken durch Masken bei Abwägung nicht berücksichtigt

Im Rahmen des Abwägungsprozesses hat der Ordnungsgeber nicht berücksichtigt, dass das längeres Tragen von Masken gesundheitliche Risiken für die Menschen mit sich bringt.

Eine 2020 von Chandrasekarang und Fernandez durchgeführte Studie befasste sich mit den negativen Auswirkungen des Masketragens. Neben einem falschen Gefühl von Sicherheit sind dies vor allem physische Folgen, wie dass das **Lungenkreislauf,- und Immunsystem durch Gesichtsmasken bei körperlicher Aktivität stark belastet werden können, da u.a. der CO₂-Austausch reduziert wird**. Als Folge einer Hyperkapnie kann es u.a. zu einer Überlastung des Herzens und zur metabolische Azidose kommen.

Eine Dissertation von Ulrike Butz aus dem Jahr 2005 zur Rückatmung von CO₂ bei Verwendung von OP-Masken als hygienischer Mundschutz an medizinischem Personal zeigte eine **verstärkte Rückatmung von Kohlendioxid und einen signifikanten Anstieg von CO₂ im Blut** auf. **Da Hyperkapnie verschiedene Hirnfunktionen einschränken kann**, soll diese Studie Hersteller von chirurgischen Operationsmasken aufrufen, Filtermaterialien mit höherer Permeabilität für Kohlendioxid zu verwenden. Dies sollte dazu führen, dass eine verminderte Akkumulation und Rückatmung von Kohlendioxid bei medizinischem Fachpersonal gewährleistet wird. **Solange muss der Einsatzbereich der OP-Masken kritisch diskutiert und definiert werden, um unnötige Tragezeiten zu vermeiden**.

Eine von der Dipl.-Psychologin Daniela Prousa im Juni/Juli 2020 durchgeführte Studie zeigte in der Zusammenfassung eine **massive psychische Belastung** von Menschen unter den aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen, mit, davon abhängig, überwiegend vielen psychovegetativen Stressreaktionen beim Tragen des MNS, die wiederum signifikant den Grad der oft deutlichen Nachwirkungen bedingen.

Dass Masken gesundheitliche Risiken mit sich bringen, ist bereits aus dem **Arbeitsschutz bekannt**. Bei Erwachsenen gibt es klare Regeln zum Tragen von Atemschutzmasken. Bei einem gewissen Atemwiderstand oder Gewicht muss eine arbeitsmedizinische Vorsorge nach ArbMedVV – G26 - angeboten oder verpflichtend durchgeführt werden. Dies ist von den Berufsgenossenschaften in der BGR 190 vorgeschrieben. Weitere Regelungen finden sich u.a. in den DGUV Grundsätzen für arbeitsmedizinische Untersuchungen, in der DGUV 112-190 und in der AMR 14.2.

Der Grund hierfür ist, dass das Tragen von Atemschutz eine erhöhte körperliche Belastung bedeutet und es zu **körperlichen Schäden** kommen kann.

Jedoch für Kinder gibt es keine Studien zum Masketragen. Im freien Markt werden Community-Masken angeboten, die einen Atemwiderstand von 4.7 mbar aufweisen (Beispiel Community-Maske (Widerstand 4,7 mbar).

Nun müssen Menschen und insbesondere Kinder Masken tragen, ohne zu wissen, dass der Atemwiderstand eine wichtige Komponente für die gesundheitliche Gefährdung darstellt. Dieser ist bei den meisten Community-Masken nicht bekannt.

Die Größe des Risikos für Kinder und Jugendliche kann aus diesen Gründen noch nicht einmal annähernd eingeschätzt werden. Die Wahrscheinlichkeit eines maßgeblichen gesundheitlichen Risikos ist jedoch deutlich zu erkennen.

Der Verordnungsgeber handelt damit **gegen Art. 99 S. 1 BV**. Nach Art. 99 S. 1 BV dient die Verfassung dem Schutz und dem geistigen und leiblichen Wohl der Einwohner. Das geistige und leibliche Wohl der Einwohner nach Art. 99 S. 1 BV wurde bei der Einführung der Maskenpflicht nicht ausreichend berücksichtigt. **Insbesondere hat der Verordnungsgeber nicht die gesundheitlichen Risiken für Erwachsene und vor allem für Kinder durch das Maskentragen bei Verordnungserlass berücksichtigt und in seine Abwägung einfließen lassen.**

3.5. Art. 140 Abs. 1 BV nicht berücksichtigt

Nach Art. 140 Abs. 1 BV ist die Kunst vom Staat zu fördern. Diese Förderpflicht wurde im Abwägungsprozess nicht ausreichend berücksichtigt. Der Verordnungsgeber unterzieht gerade die Kunst- und Kulturbranche mit den Regelungen nach §§ 5, 11 Abs. 3 (Kulturführung) und 23 der 11. BayIfSMV einem 2. Lockdown. Statt die Kunst zu fördern, besiegelt der Staat mit diesem 2. Lockdown den Niedergang der Kunst.

4. Bedenken von namhaften Verfassungsrechtlern

Laut dem ehemaligen Vizepräsidenten des BVerfG Ferdinand Kirchhoff ist ein zweiter Lockdown rechtswidrig. Die Hürden sind dieses Mal höher als beim ersten Mal.

Beweis: Darum halten Verfassungsrechtler einen zweiten Lockdown für rechtswidrig; Quelle: <https://www.welt.de/wirtschaft/plus218221422/Coronavirus-Zweiter-Lockdown-fuer-Verfassungsrechtler-rechtswidrig.html?cid=onsite.onsitesearch>.

Darüber hinaus warnte der ehemalige Präsident des BVerfG Hans-Jürgen Papier in einem Interview mit der NZZ vor einer Aushöhlung der Grundrechte. Manche Maßnahmen wie bspw. das Berherbergungsverbot genügen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit nicht. Langfristige Lockdown-Verfügungen müssten durch das Parlament getroffen werden. Prof. Papier führt darin weiter aus: „Es kann nicht sein, dass nur medizinisch-virologische und statistische, nicht aber auch verfassungsrechtliche Argumente berücksichtigt werden. Das verfassungsrechtlich legitime Anliegen, die Gesundheit und das Leben der Bevölkerung zu schützen, berechtigt nicht zu Freiheits-einschränkungen jedweder Art.“

Beweis: Der ehemalige Bundesverfassungsrichter Hans-Jürgen Papier warnt: „Auch wer die Gesundheit der Bevölkerung schützen will, darf nicht beliebig in die Grundrechte eingreifen“ Quelle: <https://www.nzz.ch/international/hans-juergen-papier-warnt-vor-aushoehlung-der-grundrechte-ld.1582544>

5. Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs Österreich

In einer am 29.10.2020 veröffentlichten Erkenntnis Az.: G 272/2020-11 ua. entschied der Verfassungsgerichtshof in Österreich (**Anlage K 6**), dass das Betretungsverbot für Gaststätten und die Begrenzung von Veranstaltungen auf 10 Personen gesetzwidrig waren. Verfassungswidrig war die Maskenpflicht im öffentlichen Raum. Der Verfassungsgerichtshof betont (Rn 54), dass dem Verordnungsgeber ein Einschätzungs- und Prognosespielraum zusteht, ob und inwieweit er zur Verhinderung von COVID-19 auch erhebliche Grundrechtseinschränkungen für erforderlich hält. Rn 67: „Entscheidungsgrundlagen, Unterlagen oder Hinweise, die die Umstände der zu erlassenden Regelung betreffen, fehlen im Verordnungsakt gänzlich. Es ist aus den vorgelegten Verordnungsakten nicht ersichtlich, welche Umstände den Verordnungsgeber ... geleitet haben; dabei wiegt die Tatsache, dass diese Regelungen intensiv in die Grundrechtsphäre sowohl der Gewerbetreibenden als auch der Besucher eingreifen, schwer.“

Die vom Bildungsministerium erlassene Verordnung von **Maskenpflicht im Schulhaus** und Schichtbetrieb an Schulen im Frühjahr war **rechtswidrig**, wie der Verfassungsgerichtshof (VfGH) bekanntgegeben hat. Eine inhaltliche Bewertung der Maßnahme ist in der Entscheidung nicht enthalten, die Feststellung hat formale Gründe: Das Ministerium

konnte demnach trotz seine **Entscheidungsgrundlagen** für die Maßnahmen in der bereits außer Kraft getretenen Verordnung **nicht nachvollziehbar darlegen**.

Grund dafür ist das sogenannte Legalitätsprinzip in der Verfassung: Grob gesagt darf Verwaltungshandeln wie die Erlassung einer Verordnung nur auf Basis von Gesetzen erfolgen. Dabei darf dieses Gesetz durchaus weit gefasst sein und dem Verordnungsgeber einen gewissen Spielraum überlassen - allerdings muss dieser dann auch genau darlegen, auf welcher Grundlage er die von ihm erlassenen Maßnahmen getroffen hat.

Beweis: Kurier vom 23.12.2020: VfGH kippt Maskenpflicht und Klassenteilung im Frühjahr; Quelle: <https://kurier.at/politik/inland/corona-vfgh-kippt-maskenpflicht-und-klassenteilung-im-fruehjahr/401138490>

Beweis: Entscheidung des Verfassungsgerichtshof Österreich vom 10.12.2020 Az.: V 436/2020-15; Quelle: https://www.vfgh.gv.at/downloads/VfGH_10.12.2020__V_436_2020_Covid-Massnahmen_in_Schulen_.pdf

In der Erkenntnis lautet es auf Seite 55 Rn 25: „Überlässt der Gesetzgeber im Hinblick auf bestimmte tatsächliche Entwicklungen dem Verordnungsgeber die Entscheidung, welche aus einer Reihe möglicher, unterschiedlich weit gehender, Rechte intensiv einschränkender Maßnahmen er seiner Prognose zufolge und in Abwägung der betroffenen Interessen für erforderlich hält, hat der Verordnungsgeber seine Entscheidung auf dem in der konkreten Situation zeitlich und sachlich möglichen (vgl. VfSlg. 15.765/2000) und zumutbaren Informationsstand über die relevanten Umstände, auf die das Gesetz maßgeblich abstellt, und nach Durchführung der gebotenen Interessenabwägung zu treffen. **Da bei muss er diese Umstände ermitteln und dies im Verordnungserlassungsverfahren entsprechend festhalten, um eine Überprüfung der Gesetzmäßigkeit der Verordnung zu gewährleisten** (VfSlg. 11.972/1989, 17.161/2004, 20.095/2016). „

Auf Seite 56 Rn 28, Rn 29 führt der VfGH aus: „Für die Beurteilung des Verfassungsgerichtshofes sind deshalb der Zeitpunkt der Erlassung der angefochtenen Verordnungsbestimmungen und die diesen zugrunde liegenden aktenmäßigen Dokumentationen maßgeblich. Zur Beantwortung der Frage, ob die angefochtenen Verordnungsbestimmungen mit der jeweiligen gesetzlichen Grundlage im Einklang stehen, kommt es

auch auf die Einhaltung bestimmter Anforderungen der aktenmäßigen Dokumentation im Verfahren der Verordnungserlassung an, sie ist aber kein Selbstzweck. Wenn für die Bewältigung von Situationen, in denen Maßnahmen anhand von Prognosen getroffen werden müssen, der Verwaltung zur Abwehr von möglichen Gefahren gesetzlich erhebliche Spielräume eingeräumt sind, kommt solchen Anforderungen eine wichtige, die Gesetzmäßigkeit des Verwaltungshandelns sichernde Funktion zu.

2.2.6. Der BMBWF hat trotz entsprechender Aufforderung dem Verfassungsgerichtshof **keine Akten betreffend das Zustandekommen der C-SchVO**, BGBl. II 208/2020, **vorgelegt**. Für den Verfassungsgerichtshof ist daher nicht ersichtlich, welche Entscheidungsgrundlagen den Ordnungsgeber bei seiner Entscheidung geleitet haben, Schülerinnen und Schülern die Verpflichtung aufzuerlegen, in den von der Verordnung genannten Bereichen einen Mund-Nasen-Schutz zu tragen, sowie Schulklassen in zwei Gruppen zu teilen und diese abwechselnd im Präsenzunterricht in der Schule zu unterrichten.“

Übertragen auf den hiesigen Fall bedeutet das, dass der Ordnungsgeber einen Einschätzungs- und Prognosespielraum hat. Jedoch muss der **Verordnungsgeber** seine Entscheidungsgrundlagen, Unterlagen und Hinweise, die die Umstände der zu erlassenden Regelung betreffen, **in einer Akte dokumentieren. Dies ist vorliegend gar nicht**

geschehen. Der Ordnungsgeber hat bis zur 6. BayIfSMV keine Akte angelegt, so dass die Entscheidungsgrundlagen, Unterlagen und Hinweise, die die Umstände der zu erlassenden Regelung betreffen, nicht bekannt sind. Die 12. BayIfSMV baut auf der 6. BayIfSMV auf.

6. **Verfassungsbeschwerde eines deutschen Richters**

Im Dezember 2020 hat ein deutscher Richter gegen die Änderung des IfSG vom 18.11.2020, die Corona-Verordnungen der Länder Brandenburg und Berlin Verfassungsbeschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht erhoben. Die 190 Seiten umfassende Verfassungsbeschwerde nimmt ausführlich Stellung zum Intensivregister, zur Frage der Infektionssterblichkeit, zur Aussagekraft des PCR-Tests und natürlich zur Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe.

Beweis: Verfassungsbeschwerde eines deutschen Richters; Quelle:

<https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Verfassungsbeschwerde-Richter-anonym-30122020.pdf>

7. **Verstoß gegen Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 BV wegen fehlender Behördenakte**

Das Rechtsstaatsprinzip spielt für den Erfolg der Popularklage eine wichtige Rolle. Entweder kommt es als Schranke-Schranke bei der Beeinträchtigung von Grundrechten zum Tragen, oder es wird unabhängig davon als selbstständige objektive Verfassungsnorm herangezogen, an der die Rechtmäßigkeit der vorgelegten Verordnung zu messen ist.

Jegliches Verwaltungshandeln ist dem Grundsatz der ordnungsgemäßen Aktenführung verpflichtet, der wiederum auf dem Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 BV beruht. Nur durch ordnungsgemäße Aktenführung wird ein rechtsstaatlicher Verwaltungsvollzug, eine Rechtskontrolle durch Gerichte sowie Aufsichtsbehörden und eine Überprüfung durch die Parlamente gewährleistet.

Das Prinzip der Aktenmäßigkeit besagt unter anderem, dass **alle entscheidungserheblichen Unterlagen und Bearbeitungsschritte eines Geschäftsvorfalles in der Akte zu führen (Prinzip der Schriftlichkeit) sowie vollständig, wahrheitsgemäß und nachvollziehbar zu dokumentieren sind**, und zwar unabhängig davon, ob eine Behörde als führendes Aktensystem noch papierbasiert oder elektronisch veraktet, vgl. Antwort der Bundesregierung vom 20.05.2019 (hib 589/2019) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis
nis 90/Die Grünen;

Beweis: Ordnungsgemäße Aktenführung; Quelle: <https://www.bundestag.de/presse/hib/643972-643972>).

Dies ist vorliegend nicht geschehen. Das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, das verantwortlich für den Erlass der 6. BayIfSMV ist, hat keine Behördenakte geführt bzw. ist **nicht in der Lage, eine Behördenakte vorzulegen**, die ein umfassendes Bild über die Erkenntnis liefern könnte, welche bei der Meinungs- und Willensbildung der Staatsregierung im Vorfeld des jeweiligen Normenerlasses Berücksichtigung gefunden hätten.

Zwischenzeitlich gilt die 12. BayIfSMV. Es stellt sich aber die Frage, ob wenigstens jetzt eine Akte seitens des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege angelegt wurde. Allerdings baut die 12. BayIfSMV auf den vorausgegangenen Infektionsschutzmaßnahmenverordnungen 1 bis 6 auf und enthält teilweise auch gleichlautende Vorschriften. Somit führt die Tatsache, dass für die vorausgegangenen Infektionsschutzmaßnahmenverordnungen keine Akte angelegt wurde und die 12. BayIfSMV darauf aufbaut, **zum Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 BV**.

Auch die Begründung der Verordnung mit BayMBI. 2020 Nr. 738 kann das Fehlen einer Akte nicht beheben. Um die Begründung BayMBI. 2020 Nr. 738 nachvollziehen zu können, ist gerade ein Blick in die Akte notwendig. Beispielsweise beruft sich die Staatsregierung darauf, dass Studien den Nutzen von Masken gezeigt hätten. Tatsächlich gibt es nur eine Studie, die eine Wirksamkeit von Masken belegt, dagegen mehr als 40 Studien, die keine Wirksamkeit von Masken als Schutz vor Ansteckung belegen. Insofern wäre es wichtig nachvollziehen zu können, auf welche Studien sich die Staatsregierung hier beruft. Für die **Prüfung der Verhältnismäßigkeit** ist gerade wichtig zu wissen, auf **welcher Basis der erstmalige Erlass einer Maßnahme** erfolgte, welche Expertisen, Daten und Prognosen waren für den erstmaligen Erlass entscheidend. Dies kann bereits nicht nachvollzogen werden, da bis zur 6. BayIfSMV keine Akte existierte.

Ob überhaupt eine Akte angelegt wurde bzw. wenigstens jetzt eine Akte existiert, ist immer noch nicht geklärt. Die Staatsregierung hüllt sich in ihrer Stellungnahme vom 26.01.2021 in Schweigen. Es wäre Aufgabe des BayVerfGH dieser Frage nachzugehen.

8. Begründungen BayMBI. 2020 Nr. 738, BayMBI. 2021 Nr. 6, BayMBI. 2021 Nr. 172 mit gravierenden Fehlannahmen

Die zur 11. BayIfSMV veröffentlichte Begründungen BayMBI. 2020 Nr. 738 und BayMBI. Nr. 6 sowie die für die 12. BayIfSMV veröffentlichte Begründung BayMBI. Nr. 172 offenbaren **gravierende Fehlannahmen**.

Zum einen scheint die Bayerische Staatsregierung die 11. BayIfSMV und die 12. BayIfSMV fast ausschließlich auf den 7-Tage-Inzidenz-Wert zu stützen. Wie bereits oben erläutert, hat dieser **7-Tage-Inzidenz-Wert keine Aussagekraft**. So wie von Prof.

Schrappe im ZDF-Interview erklärt, sind diese Zahlen das Papier nicht wert, auf dem sie stehen. Zuletzt wurde sogar in einer Studie in The Lancet bestätigt, dass ein PCR-Test nicht geeignet ist, eine Infektion nachzuweisen.

Das RKI widerspricht sich selbst, wenn es angibt, dass es nur in derzeit 4,17 % der positiven PCR-Tests vom Vorliegen einer Infektion ausgeht. Gerade das Vorliegen einer Infektion mit SARS-CoV-2 ist aber nach § 28a Abs. 3 IfSG Voraussetzung, dass dieser Fall überhaupt erfasst werden darf und auch Eingang in den 7-Tage-Inzidenzwert finden darf. Nach den eigenen Angaben des RKI müssten bereits 95,83 % der positiven Tests aus den Fallzahlen und aus dem 7-Tage-Inzidenzwert gestrichen werden. Eine weitere Verfälschung findet durch die Aufnahme der rückgestauten Proben statt, die älter als 7 Tage sind und dennoch in irgendeiner Weise Eingang in den 7-Tage-Inzidenzwert zu finden scheinen.

Darüber hinaus wird die Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021 missachtet. Danach dürfen positiv getestete Menschen ohne klinische Symptome nicht mehr als Fälle erfasst werden. Die WHO verlangt bei Menschen ohne klinische Symptome zwingend einen erneuten Test. Auch das geschieht nicht. Es werden einfach – entgegen den Anweisungen der WHO – alle positiv getesteten Menschen als Fallzahlen erfasst, unabhängig vom Vorliegen einer Infektion.

Zudem werden weiterhin PCR-Tests verwendet, die nachweislich völlig ungeeignet sind. So wurde in einer Studie vom 27.11.2020 von 22 international anerkannten Wissenschaftlern festgestellt, dass der PCR-Test von Prof. Drosten völlig ungeeignet ist, eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus nachzuweisen. Es wurden 10 gravierende wissenschaftliche Fehler festgestellt, darunter auch ein Interessenkonflikt. Trotzdem wird munter einfach dieser PCR-Test weiterverwendet. Die Regierung scheint an einer wirklichen Klärung der Lage nicht interessiert zu sein, sondern will weiter mit nichtssagenden PCR-Tests Angst schüren.

Zudem wurde vom Berufungsgericht in Lissabon rechtskräftig und ebenso von der Bayerischen Landesärztekammer festgestellt, dass PCR-Tests, die mehr als 35 Zyklen fahren, nicht aussagekräftig sind. Statt diese Aussagen aufzunehmen und PCR-Tests mit mehr als 35 Zyklen vom Markt zu nehmen, wird munter weiter getestet.

Zu allem Überfluss sollen jetzt noch Schnelltests zur Anwendung kommen, die noch ungenauer sind als die PCR-Tests. Die Aussagekraft von diesen Schnelltests dürfte dann wirklich bei null sein, wenn man sieht, dass die genaueren PCR-Tests schon nichts aussagen, da einerseits ungeeignete PCR-Tests zur Anwendung kommen, das RKI selbst nur bei 4,17 % der positiven Tests vom Vorliegen einer Infektion ausgeht und auch die WHO den positiven PCR-Tests bei Fehlen von klinischen Symptomen keine Aussagekraft beimisst.

Ob überhaupt ein Infektionsgeschehen gegeben ist, kann derzeit nicht beurteilt werden, jedenfalls nicht anhand der positiven PCR-Tests und des darauf aufbauenden 7-Tage-Inzidenzwerts. Dies kann allenfalls als Kaffeesatzleserei bezeichnet werden.

Wichtige Parameter für das Vorliegen eines Infektionsgeschehens sind die Anzahl der Menschen mit COVID-19 auf Intensivstation und die COVID-19-Todesfälle.

Bei Blick in das DIVI-Intensivregister, das vom RKI verantwortet wird, fällt auf, dass die Gesamtbelegung der Intensivbetten seit Sommer 2020 auf gleichbleibendem Niveau

verharrt. Es hat eben keinen signifikanten Anstieg von intensivpflichtigen Menschen gegeben. Dabei war zwar zu erkennen, dass die Anzahl der COVID-19 auf Intensivstation zwar angestiegen ist, aber im gleichen Maße die Anzahl der Patienten auf Intensivstation mit einer anderen Diagnose zurückgegangen ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass jeder Patient mit positivem PCR-Tests als COVID-19-Patient geführt wird, unabhängig vom Grund seines Krankenhausaufenthalts. So titelte der Focus, dass 20 % bis 30 % der im Krankenhaus befindlichen Patienten fälschlicher Weise als COVID-19-Patienten geführt werden. Folglich kann die Anzahl der COVID-19-Patienten kein Maßstab sein, da es hier Fehlerfassungen gibt. Maßstab allein sollte die Gesamtauslastung der Intensivbetten sein und diese hat sich in keiner Weise zum Sommer 2020 verändert.

Ein Vergleich der Daten zu den Klinikbelegungen durch die Initiative Qualitätsmedizin e.V. im Jahr 2019 zeigt, dass es 2020 nicht mehr Menschen im Krankenhaus, nicht mehr Menschen auf Intensivstation und auch nicht mehr Menschen am Beatmungsgerät gab.

Zu keiner Zeit drohte daher eine Überlastung des Gesundheitssystems. Dies kann aufgrund der nun vorliegenden Daten eindeutig gesagt werden. Auch gab es nicht mehr akute Atemwegserkrankungen als in den Vorjahren.

Dass zu keinem Zeitpunkt eine Überlastung des Gesundheitssystems droht, sieht man auch daran, dass es möglich war, während der COVID-19-Pandemie 17 Krankenhäuser im Jahr 2020 zu schließen, ohne dass dies zu einem Zusammenbruch des Gesundheitssystems geführt hat. Es kann keine so große Bedrohung durch COVID-19 geben, wenn es gleichzeitig möglich war, die personellen und sachlichen Kapazitäten durch Klinikschließungen zu verknappen.

Auch die COVID-19-Totenzahlen bieten keinen verlässlichen Maßstab. Zum einen wird bereits ein Grundlagenfehler darin gemacht, dass alle COVID-19-Toten von Beginn an aufaddiert werden. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass Corona-Viren zum gleichen Zeitpunkt aktiv sind wie Grippe-Viren (Influenza), also von der 40. KW bis zur 20. KW und im Sommer treten Corona-Viren nicht in Erscheinung. Dass das neuartige SARS-CoV-2-Virus nicht gefährlicher ist, wie ein Influenza-Virus und die IFR bei 0,23 % liegt, wurde bereits im Oktober 2020 durch die WHO bestätigt. Bei der Grippe werden auch nicht zwei Saison zusammengezählt, sondern jede Grippesaison für sich bewertet. So hätte man auch mit SARS-CoV-2 verfahren müssen und ab Herbst eine neue Zählweise beginnen müssen. Stattdessen werden die COVID-19-Toten der Saison 2019/2020 und der Saison 2020/2021 zusammengezählt.

Hinzu kommt, dass es beträchtliche Meldeverzögerungen gibt bei der Meldung von COVID-19-Toten, sodass die täglich gemeldete Anzahl von COVID-19-Toten nicht aussagekräftig ist. Ferner werden in Kliniken Totenscheine gefälscht, da ein finanzieller Anreiz besteht, die Todesursache COVID-19 zu attestieren. Auch verstorbene Heimbewohner werden nachträglich bei einem nach Ableben durchgeführten positiv angeschlagenen PCR-Tests zu COVID-19-Toten umdeklariert. Hinzu kommen fehlerhafte Meldungen durch den Landkreis Meißen, wo 13 COVID-19-Tote gemeldet wurden, die es nicht gab. Es findet auch grundsätzlich keine genaue Feststellung statt, ob die Person mit oder an COVID-19 gestorben ist. Das RKI verbot von Beginn an Obduktionen. Die von Prof. Püschel dennoch durchgeführten Obduktionen ergaben aber, dass alle von ihm obduzierten COVID-19-Toten an derart schweren Vorerkrankungen litten, dass sie nicht an, sondern mit COVID-19 verstorben sind.

Folglich ist die Anzahl der COVID-19-Toten überhaupt keine verlässliche Grundlage für die Bewertung der Lage.

Ein verlässlicher Parameter ist danach nur die Frage, ob es 2020 eine Übersterblichkeit gegeben hat. Laut dem Professor für Mathematik Kauermann von der LMU München gab es in Deutschland 2020 keine signifikante Übersterblichkeit.

Das bedeutet, dass sich die Situation in keiner Weise hinsichtlich Auslastung der Krankenhäuser und Sterblichkeit von den Vorjahren unterscheidet. In den Vorjahren wurden keine derartigen Maßnahmen ergriffen.

Auch die Tatsache, dass es Mutationen von SARS-CoV-2 gibt, wie die in Großbritannien beschriebene Variante B.1.1.7 oder die südafrikanische VOC B.1.351 führen zu keinem anderen Ergebnis. Ein Blick auf die Daten in Großbritannien und Südafrika (Our World in Data) zeigt, dass sowohl in **Großbritannien als auch in Südafrika die Infiziertenzahlen zurückgehen trotz der Virusmutationen**. Ebenso ist in Deutschland seit Auftreten der Virusmutationen **keine größere Auslastung der Intensivstationen** erkennbar. Im Gegenteil die Gesamtauslastung verharrt seit Sommer 2020 auf gleichem Niveau.

Die Staatsregierung berücksichtigt in **positiver Hinsicht nicht**, dass die Infektionssterblichkeit von SARS-CoV-2 nun mit 0,23 % angegeben wird und dass die COVID-19-Pandemie zu keiner Übersterblichkeit geführt hat. Ferner wird nicht positiv berücksichtigt, dass ein **Teil der Bevölkerung** gegen SARS-CoV-2 **bereits immun** ist.

Darüber hinaus geht die Bayerische Staatsregierung von einer zunehmend kritischen Situation aus und beruft sich darauf, dass Krankenhäuser und Leitstellen bereits vermeldeten, dass nur noch wenige Intensivbetten mit invasiver Beatmungsmöglichkeit zur Verfügung stünden. Damit **übertreibt die Regierung die Situation maßlos**. Tatsache ist, dass deutschlandweit (Stand 8.03.2021) noch **19 % der Intensivbetten frei** sind und noch **36 % der Kliniken über freie Kapazitäten verfügen**. Zudem hat sich die Regierung eine **etwaige Notlage** bei den Intensivbetten **selbst zuzuschreiben**. Wie oben dargestellt, wurden seit Juli 2020 über **6.000 Intensivbetten abgebaut und auch 17 Krankenhäuser im Jahr 2020 während der COVID-19-Pandemie geschlossen**.

Ein **milderes Mittel ist hier der Aufbau von Intensivbetten und die Erhaltung von Kliniken**,

Zudem wird nicht berücksichtigt, dass dieses Jahr die Grippe (Influenza) kaum in Erscheinung tritt trotz derzeitiger Grippesaison. Auch vergisst die Regierung, dass es auch in den Vorjahren während der Grippesaison zu regionalen Engpässen und Überlastungen in den Kliniken gekommen ist, ohne dass die Regierung hier weitere Grundrechtseinschränkungen für erforderlich gehalten hätte.

Auch geht die Regierung fälschlicher Weise davon aus, dass bei allen COVID-19-Patienten eine invasive Beatmung erforderlich wäre. Zwischenzeitlich hat die Medizin dazugelernt. Wurde noch anfangs schnell invasiv beatmet, hat man nun festgestellt, dass eine invasive Beatmung mehr schadet als nützt und versucht eine invasive Beatmung – soweit es geht – zu vermeiden.

Die Regierung ist der **unzutreffenden Auffassung**, dass Maßnahmen wie Lockdown, Ausgangsbeschränkung, Abstandhalten und Maskentragen geeignet wären, die COVID-

19-Pandemie zu bekämpfen. Wie oben ausgeführt, zeigten beide Lockdowns keinen Effekt, da der R-Wert bereits vor dem Lockdown sank und nahe oder unter 1 war. Das nicht pharmazeutische Maßnahmen keinen Effekt versprechen, wurde wissenschaftlich durch die Metastudie des National Bureau of Economic Research belegt. Das Gleiche ergab eine neuere Studie aus England.

Die Regierung nimmt unzutreffend an, dass asymptomatische Personen ansteckend sind. Wie oben dargelegt, stellten Wissenschaftler im Rahmen einer Studie die **Theorie** auf, dass die Einwohner von Wuhan, die nach der strikten Abriegelung der Stadt immer noch positiv auf das Virus getestet wurden, eine "**geringe Menge an Viruslasten**" aufwiesen und deshalb nicht in der Lage seien, **die Krankheit auf andere Menschen zu übertragen**.

Ferner **ignoriert** die Regierung die **Studienlage zur Infektiosität von Kindern und Jugendlichen**. 5 Studien belegen, dass von Kindern und Jugendlichen eine geringere Ansteckungsgefahr ausgeht.

Unzutreffend führt die Regierung aus, dass der Nutzen des Tragens von Mund-Nasen-Bedeckungen zum Schutz vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus mittlerweile in mehreren Studien belegt hätte werden können. **Genau das Gegenteil ist der Fall. Die Studienlage ergibt eindeutig, dass ein Nutzen des Tragens einer Mund-Nasen-Bedeckung zum Schutz vor Ansteckung nicht belegt werden kann.** Es stellt sich die Frage, auf welche Studien die Regierung hier abstellt.

Soweit Bezug genommen wird auf die vom RKI angeführten Publikationen, wurde bereits in der wissenschaftlichen Ausarbeitung von Prof. Ines Kappstein erörtert, dass gerade diese Publikationen eine Wirksamkeit nicht belegen. Die Ärzte für Aufklärung konnten bislang nur eine Studie erkennen, die von einer Wirksamkeit der Masken spricht. Alle anderen Studien (mehr als 40) belegen gerade nicht die Wirksamkeit. Die von der WHO im Juni im Lancet publizierte Metastudie zum Nutzen von Masken hielt einem Peer Review nicht stand. Im Peer Review wurde ernsthafte Fehler dieser Studie festgestellt und gefordert diese WHO-Studie zurückzuziehen:

Glaubhaftmachung: WHO Mask Study Seriously Flawed; Quelle: <https://swprs.org/who-mask-study-seriously-flawed/>; Peer Review im Original: <http://www.economicsfaq.com/retract-the-lancets-and-who-funded-published-study-on-mask-wearing-criticism-of-physical-distancing-face-masks-and-eye-protection-to-prevent-person-to-person-transmission/>).

Schließlich wird aus der Begründung auch deutlich, dass die Regierung die **gesundheitlichen Gefahren durch das Maskentragen** und gerade die für Kinder noch nicht abschätzbaren Gesundheitsgefahren, obwohl diese aus dem Arbeitsschutz bekannt sind, überhaupt nicht in ihre Abwägung miteinstellt. Die Regierung übergeht damit den Gesundheitsschutz nach Art. 99 BV.

Letztlich verliert die Regierung auch kein Wort über die **Great Barrington Declaration**. Diese Möglichkeit, wonach die Nicht-Risiko-Gruppen zum normalen Leben zurückkehren sollen und die Risiko-Gruppen bis zum Erreichen der Herdenimmunität geschützt werden sollen, zieht die Regierung nicht einmal in Erwägung. Dabei stellt das gerade ein **milderes Mittel** dar. Eine Diskriminierung der Risikogruppe ist nicht gegeben, da die Risikogruppe, wenn sie möchte, auch am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilhaben kann.

Die Leitmedien griffen die Great Barrington Declaration nur unzulänglich auf und kritisierten die Herdenimmunität. Dabei ist immer das Erreichen einer Herdenimmunität das Ziel, egal ob durch natürliche Immunisierung oder durch Immunisierung mittels Impfung. Gerade bei Kindern und Jugendlichen, die eine Chance haben von 99,98% die Infektion mit SARS-CoV-2 zu überleben, ist doch eine Impfung mit einem im Schnellverfahren zugelassenen Impfstoff, dessen Risiken und Nebenwirkungen noch gar nicht abschätzbar sind, einfach keine Option.

Zudem wurde die Great Barrington Declaration von den **führenden Epidemiologen der führenden Eliteuniversitäten** (Stanford, Harvard, Oxford). Diese drei Wissenschaftler sind von der medizinischen Fakultät. Die Erklärung wurde unter anderem von einem **Nobelpreisträger und Professor für Medizin** an der Stanford University unterzeichnet. Daneben unterzeichneten **13.000 weitere Wissenschaftler** und **40.000 weitere praktizierende Ärzte** diese Erklärung. Hier jetzt zu unterstellen, dass die Unterzeichnenden keine entsprechende Fachkompetenz hätten und die Menschen einem großen Risiko aussetzen würden, ist wirklich hanebüchen. Insbesondere wenn es sich dabei um weltweit führende Wissenschaftler von Eliteuniversitäten handelt. Offensichtlich meinen manche Journalisten der Leitmedien, dass sie über mehr medizinischen Sachverstand verfügen als tausende von Wissenschaftlern und Ärzten weltweit und führende Wissenschaftler und ein Nobelpreisträger.

Dass die Unterzeichner der Great Barrington Erklärung offensichtlich richtig liegen, zeigt doch die Praxis in Schweden. In Schweden gab es keinen Lockdown, keine Schul- und Kita-Schließungen und keine Maskenpflicht. Trotzdem kam Schweden durch die COVID-19-Pandemie, ohne dass es dort eine Übersterblichkeit gibt.

Schließlich stimmt die Gefahreneinschätzung der RKI nicht mit den RKI-Dokumenten überein. Hier zu nennen ist der Lagebericht vom 5.01.2021, der zeigt, dass der Altersmedian der COVID-19-Toten bei 84 Jahren liegt. Ferner die Grafiken des Grippe-Web, wonach es nicht mehr akute Atemwegserkrankungen als in den Vorjahren gibt. Zuletzt wird auch noch das DIVI-Intensivregister vom RKI verantwortet. Aus dem DIVI-Intensivregister ergibt sich, dass die Gesamtauslastung der Intensivbetten seit Sommer 2020 auf gleichbleibendem Niveau ist.

Die Einschätzung des ECDC erweist sich nur im Hinblick auf die Risikogruppen als zutreffend. Jedoch ist für die Normalbevölkerung derzeit kein hohes Risiko zu erkennen. Bereits die Praxis in Schweden und in anderen Ländern wie Belarus widerlegt diese Einschätzung. Wenn Länder ohne derartige Maßnahmen keine Übersterblichkeit zu verzeichnen haben, kann diese Vorgehensweise – wie in der Great Barrington Declaration – nicht falsch sein. Es ist davon auszugehen, dass ECDC seine Einschätzung nur auf die Fallzahlen stützt. Die Fallzahlen sind aber – wie ausführlich dargestellt – nicht zutreffend und werden derzeit sogar im Widerspruch zu den Empfehlungen der WHO ermittelt.

9. Appell an die Unabhängigkeit der Gerichte, Gewaltenteilung nach Art. 5 BV

Wie in der Vergangenheit oft geschehen, kann und darf sich das Gericht nicht einfach auf die Gefahreneinschätzung des Robert-Koch-Instituts (RKI) zurückziehen. Zwar besitzt das RKI Sachkunde. Jedoch ist das RKI keine unabhängige Behörde, sondern ein Bun-

desinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Das RKI ist damit der **Exekutive** zuzuordnen. In der Bayerischen Verfassung ist die **Gewaltenteilung in Art. 5 BV** verankert.

Zudem **darf aufgrund des Interessenkonflikts das Gericht das RKI nicht mehr als unabhängige und neutrale Behörde** heranziehen. Jedenfalls kann aufgrund dieses Verstoßes gegen die Compliance-Vorschriften ein wirtschaftliches Interesse des Leiters der ZIG 4, dass besonders viele PCR-Tests durchgeführt werden, unabhängig von der Notwendigkeit, nicht abgestritten werden.

Dem Gewaltenteilungsgrundsatz liegt der Gedanke der Aufteilung der Staatsgewalt in unterschiedliche Staatsfunktionen zugrunde, um durch wechselseitige Kontrolle, Hemmung und Mäßigung der Teilgewalten („checks and balances“) zur Begrenzung staatlicher Machtausübung, zu ihrer Berechenbarkeit, Kontrollierbarkeit und Verantwortlichkeit zu gelangen, aber auch sicherzustellen, dass staatliche Funktionen bestmöglich wahrgenommen werden (vgl. BVerfGE 95,1). Die richterliche Gewalt wird nach Art. 5 Abs. 3 BV durch **unabhängige Richter** ausgeübt.

Schon aus diesem Grund darf sich das **Gericht nicht auf die Gefahreinschätzung des RKI verlassen**.

Würde das Gericht die Auslegung des RKI, die ausweislich der Zahlen, Grafiken und Berichte des RKI grob fehlerhaft ist, ohne Prüfung übernehmen, läge darin ein Verstoß gegen das Prinzip der Gewaltenteilung nach Art. 5 BV vor. **Die richterliche Gewalt hat gerade eine Auslegung der Exekutive zu überprüfen**. Ebenso wäre es ein grober Verstoß gegen das Prinzip der Gewaltenteilung, wenn das Gericht die Auslegung der Bayerischen Staatsregierung, insbesondere des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, ohne weitere Prüfung übernehmen würde.

Wie oben dargelegt, ist gerade die **letzte Empfehlung der Leopoldina besonders kritikwürdig**, da für derart massive Grundrechtseingriffe nur ein 4 1/2 seitiges Papier mit lediglich zwei wissenschaftlichen Fundstellen und zwei Grafiken angeführt wurden, die gerade nicht das aussagen, was sich die Akademie vorstellt. Wie oben gezeigt, verletzen die Leopoldina mit ihrer 7. Ad-hoc-Stellungnahme laut Prof. Dr. Kuhbandner die Prinzipien wissenschaftlicher und ethischer Redlichkeit. Zudem wird dieses Papier auch aus den eigenen Reihen kritisiert. Schließlich veranlasste dieses Papier Prof. Dr. Thomas Aigner zum Austritt aus der Akademie der Wissenschaften und Literatur Mainz, da er es nicht mit seinem Gewissen vereinbaren konnte, ein Teil dieser Art von Wissenschaft zu sein. Aus diesen Gründen darf der BayVerfGH nicht die Empfehlung der Leopoldina seiner Entscheidung zugrunde legen. Gerade im Hinblick auf die Aussagekraft eines PCR-Tests waren die Leopoldina nicht bereit, eine eidesstattliche Versicherung abzugeben.

III. Zulässigkeit der Anträge auf einstweilige Anordnung

Hinsichtlich der Zulässigkeit kann auf obige Ausführungen unter B. I. verwiesen werden.

Zusätzlich besteht hinsichtlich aller Anträge auf einstweilige Anordnung ein Rechtsschutzbedürfnis, da die entsprechenden Regelungen noch in Kraft sind.

IV. Begründetheit der Anträge auf einstweilige Anordnung

Der Erlass einer einstweiligen Anordnung muss zur Abwehr schwerer Nachteile oder aus anderen Gründen dringend geboten sein. Die Gründe, die für den Erlass der begehrten einstweiligen Anordnung sprechen, müssen so schwer wiegen, dass deren Erlass unabweisbar erscheint. Es ist zunächst zu fragen, ob sich die Erfolgsaussichten der Hauptsache bereits jetzt sicher, also ohne jeden Zweifel prognostizieren lassen. Nur wenn sich die Erfolgsaussichten der Hauptsache noch nicht sicher prognostizieren lassen, findet eine Interessenabwägung statt. Das Gericht hat dann die Folgen, die sich ergeben würden, wenn die einstweilige Anordnung nicht erginge, die Hauptsache indes Erfolg hätte, gegenüber denjenigen Nachteilen, die sich ergäben, wenn die Verordnung rechtswirksam wäre und dennoch außer Vollzug gesetzt würde, abzuwägen.

1. Offensichtliche Erfolgsaussichten der Popularklage in der Hauptsache

Offenkundig verletzt die 12. BaylFSMV die Grundrechte nach Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109 und 113 BV. Die Eingriffe in diese Grundrechte sind nicht gerechtfertigt, da **offenkundig** gegen den **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** verstoßen wurde. Zudem verstößt § 12 Abs. 1 der 12. BaylFSMV gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 118 Abs. 1 BV (vgl. Entscheidung des OVG des Saarlandes vom 9.03.2021, Anlage K 7).

Durch sieben Studien wurde aufgezeigt, dass wissenschaftlich nicht belegt ist, dass ein Lockdown wirksam ist im Kampf gegen die COVID-19 Pandemie. Hier muss besonders die Studie von Prof. Dr. John Ioannidis von der Stanford University Beachtung finden. Prof. Dr. John Ioannidis ist einer der meist zitierten Wissenschaftler der Welt und führend auf dem Gebiet der Epidemiologie. Ferner wurde durch die beiden Grafiken zum R-Wert dargelegt, dass beide Lockdowns in Deutschland ohne Wirkung blieben. Zum gleichen Ergebnis kommt eine Analyse der Professoren Dr. Göran Kauermann und Dr. Helmut Küchenhoff vom Institut für Statistik der LMU München in ihrem CoDAG Bericht Nr. 4 vom 11.12.2020, wonach **es keinen deutlichen Rückgang der Pandemie nach dem Lockdown gab**. Seit der **3. Oktoberwoche** gibt es insgesamt einen **stabilen Verlauf**.

Folglich stellt ein **Lockdown kein geeignetes Mittel** im Kampf gegen die COVID-19-Pandemie dar.

Durch eine von chinesischen Wissenschaftlern in Wuhan durchgeführte Studie konnte kein Beleg dafür gefunden werden, dass asymptomatische Menschen ansteckend sind. Die Autoren stellten die **Theorie** auf, dass die Einwohner von Wuhan, die nach der strikten Abriegelung der Stadt immer noch positiv auf das Virus getestet wurden, eine **"geringe Menge an Viruslasten"** aufwiesen und deshalb nicht in der Lage seien, **die Krankheit auf andere Menschen zu übertragen**. Danach sind **Maßnahmen gegenüber asymptomatischen Menschen ungeeignet**, da diese eine geringe Viruslast aufweisen und nicht ansteckend sind.

39 Studien stellen eine **Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes** in Frage. Die Maskenpflicht stellt damit kein geeignetes Mittel im Kampf gegen die COVID-19-Pandemie dar. Die WHO räumte selbst in ihrer Veröffentlichung vom 1.12.2020 ein, dass es für die Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes keine medizinische Evidenz gibt (Quelle: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337199/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Dass ein Mund-Nasen-Schutz **geeignet** ist, die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen ist **wissenschaftlich gerade nicht belegt**.

Durch fünf Studien wurde belegt, dass Kinder keine Treiber der COVID-19-Pandemie sind, sondern eher Bremsklötze. **Kita- und Schulschließungen** sowie **Maskenpflicht bei Schülern** sind daher **nicht geeignet**.

Lockdown und **Maskenpflicht** sind **nicht erforderlich**. Ein milderes Mittel stellt der Ausbau von Intensivbetten dar, wie sie noch im Juli 2020 zur Verfügung standen. Im **Juli 2020** wurden **6000 Intensivbetten mehr** gemeldet, welche zwischenzeitlich abgebaut wurden. Darüber hinaus wurden im Jahr 2020 während COVID-19 **17 Krankenhäuser in Deutschland geschlossen**.

Ein milderes Mittel besteht in der Rückkehr der Nicht-Risiko-Gruppen zum normalen Leben, während die Risikogruppen bis zum Erreichen der Herdenimmunität besonders geschützt werden. Die Risikogruppen können aber am kulturellen und gesellschaftlichen Leben teilnehmen, sofern sie dies wünschen. Diese Vorgehensweise beruht auf der **Great Barrington Declaration**, die von führenden Epidemiologen von Stanford, Harvard und Oxford initiiert wurde. Diese Erklärung ist von 41.000 Ärzten und 13.000 Wissenschaftlern unterzeichnet worden. Aus der Begründung BayMBI. 2020 Nr. 738 geht hervor, dass die Staatsregierung keine milderen Mittel sieht. Jedoch befasst sich die Staatsregierung in keiner Weise mit der Great Barrington Declaration. Allein in der Tatsache, dass diese Möglichkeit von der Staatsregierung völlig übergangen wurde, offenbart den Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz.

Maßnahmen wie Lockdown (inklusive Schul- und Kitaschließung), Maskenpflicht, Allgemeine Ausgangsbeschränkung und nächtliche Ausgangssperre sind **offenkundig nicht angemessen**. Eine **Überforderung der personellen und sachlichen Kapazitäten des Gesundheitssystems droht nicht**. Stand 7.03.2021 sind verfügen noch 36 % der Kliniken über freie Kapazitäten, 19 % der Intensivbetten sind frei. Von erfahrenen Notfallärzten werden die vorhandenen Kapazitäten als normal beschrieben. Seit Juli 2020 ist die Gesamtbelegung der Intensivbetten auf etwa gleichem Niveau.

Die Initiative Qualitätsmedizin kam in ihrer Auswertung der ersten zehn Monate des Jahres, an der weit über 400 Kliniken teilgenommen haben, zu dem Ergebnis, dass 2020 **weniger Patienten im Krankenhaus** behandelt wurden **als 2019**. Auch die Gesamtzahl der **SARI-Fälle, Intensivfälle** und **Beatmungsfälle** war im Untersuchungszeitraum **nicht höher als 2019**. Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es im Jahr 2020 laut dem RKI nicht mehr Atemwegserkrankungen, sondern weniger. Auch eine Doppelbelastung durch gleichzeitiges Auftreten von SARS-CoV-2 und Influenza ist nicht zu befürchten. Laut der Grafik des RKI tritt die Influenza dieses Jahr kaum in Erscheinung, während die Influenza in den Vorjahren zu diesem Zeitpunkt bereits „wütete“.

Auch eine **in jüngerer Zeit wieder erheblich gestiegene Gefahr für Leib und Leben besteht nicht**. Nach Auswertung des Instituts für Statistik der LMU München gab es für das Jahr 2020 keine signifikante Übersterblichkeit. Auch eine Überlastung unseres Gesundheitssystems drohte zu keinem Zeitpunkt. Wie sonst ist es erklärbar, dass 2019 sogar mehr Menschen intensiv behandelt werden mussten und beatmet werden mussten als 2020. Im Gegenteil trotz COVID-19 wurden im Jahr 2020 17 Kliniken geschlossen, ohne dass das Gesundheitssystem zusammengebrochen wäre. Auch durch die Virusmutationen B.1.1.7. und VOC B.1.351 ergibt sich keine erhöhte Gefahr. In den Ursprungsländern Großbritannien und Südafrika fallen die „Infektionszahlen“. Zudem gibt es keine Veränderung in der Auslastung der Intensivbetten in Deutschland. Diese verharrt auf dem Niveau von Sommer 2020.

Von den sogenannten „Fallzahlen“ kann nicht auf eine erheblich gestiegene Gefahr für Leib und Leben geschlossen werden, da nach einhelligem wissenschaftlichem Stand ein positiver **PCR-Test allein nichts** über eine **Infektion** aussagt. Ferner werden PCR-Tests verwendet, die mehr als 35 Zyklen fahren. Ab **35 Zyklen** ist der **PCR-Test nicht mehr aussagekräftig**, da die Viruslast derart gering ist, dass das Virus mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr vermehrungsfähig ist. Hinsichtlich des am Anfang der COVID-19-Pandemie ausschließlich verwendeten und nach wie vor im Umlauf befindlichen **PCR-Test von Prof. Drosten** stellten 22 internationale Wissenschaftler in einer Studie vom 27.11.2020 fest, dass dieser **PCR-Test gravierende wissenschaftliche Fehler** aufweist und rieten der Eurosurveillance zur Rücknahme des entsprechenden Papiers zum PCR-Test. Auch eine neue Studie in The Lancet zeigt auf, dass ein PCR-Test nicht in der Lage ist, eine SARS-CoV-2 Infektion nachzuweisen.

Zudem ergibt sich bereits aus den Angaben des RKI selbst, dass der **7-Tage-Inzidenzwert nicht im Sinne von § 28a Abs. 3 IfSG** festgestellt wurde. Voraussetzung für § 28a Abs. 3 IfSG ist, dass es sich um Neuinfektionen innerhalb von 7 Tagen handelt. Nach eigenen Angaben des RKI, geht es nur bei **4,17 % der positiv Getesteten vom Vorliegen einer Infektion mit SARS-CoV 2** aus. Folglich dürfte das RKI auch nur 4,17 % der positiv Getesteten in ihren Fallzahlen und im 7-Tage-Inzidenzwert erfassen. Jedoch werden alle positiv im Labor bestätigten Fälle erfasst. Eine weitere Verfälschung des 7-Tage-Inzidenzwerts erfolgt durch die Berücksichtigung von rückgestauten Proben beim 7-Tage-Inzidenzwert, die älter als sieben Tage sind.

Zudem **widerspricht diese Vorgehensweise den Empfehlungen der WHO** in der **Informationsnotiz vom 20.01.2021**, wonach positiv Getestete ohne klinische Symptome zwingend erneut zu testen sind und nicht in den Fallzahlen erscheinen sollen.

Schließlich ist die **hohe Fehlerquote von PCR-Tests** aus Nachtestungen bekannt und der langjährige Vizepräsident und leitender Direktor der Abteilung Forschung und Entwicklung des US-Pharmaunternehmens Pfizer, Dr. Mike Yeadon, geht sogar davon aus, dass seit Mai 2020 **90 % der positiven PCR-Tests falsch positiv** sind. Danach ist ein **positiver PCR-Test ohne jede Aussagekraft**. Damit einhergehend sind die Zahlen der positiv Getesteten entkoppelt von den Hospitalisierungen und COVID-19-Todesfällen. Wie es Prof. Dr. Matthias Schrappe in einem ZDF-Interview am 23.11.2020 sagte, sind **diese Zahlen das Papier nicht wert**. Zuletzt räumte sogar die WHO ein, dass es mit dem PCR-Test ein Problem gibt Quelle: <https://principia-scientific.com/who-finally-admits-covid19-pcr-test-has-a-problem/>).

Die Angaben zu den COVID-19-Todesfällen sind unzuverlässig. Es ist zu berücksichtigen, dass es bei den Meldungen von Todesfällen zu erheblichen **Meldeverzügen** kommt, wodurch diese Zahl verfälscht wird. Daneben wird nicht unterschieden, ob der Todesfall an oder mit COVID-19 erfolgte. Es geht sogar so weit, dass **verstorbene Heimpatienten im Nachhinein** durch einen positiven PCR-Test nach ihrem Ableben **umgewidmet** werden **zu COVID-19-Todesfällen** und dass Ärzte in Kliniken angehalten werden, **Totenscheine zu fälschen**. Darüber hinaus kommt es vermehrt zu Fehlmeldungen wie die Meldung von 13 Coronatoten, die es nicht gab, im Landkreis Meißen zeigt.

In keiner Weise ist erkennbar, wie sich die Situation in diesem Jahr in den Krankenhäusern und hinsichtlich der Sterblichkeit von den Vorjahren unterscheiden sollte. Die objektiven Daten weisen sehr deutlich daraufhin, dass es keinerlei Unterschiede in den Krankenhäusern und auch hinsichtlich der Sterblichkeit zu den Vorjahren

gibt. **Die Angst wird nur von den Medien und Politikern weiterhin grundlos geschürt.** Es ist auch nicht wegen der ergriffenen Maßnahmen so. Wie oben durch zahlreiche Studien dargelegt, ist nämlich weder die Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes noch die Wirksamkeit eines Lockdowns wissenschaftlich belegt.

Die **Wirkungslosigkeit der Maßnahmen wird bestätigt** durch die **Praxis in den Ländern Schweden, US-Staat Georgia und Belarus.** In Schweden hat man auf Lockdown, Masken und Schul-/Kitaschließungen verzichtet. In Belarus wurden kaum Maßnahmen ergriffen, es fanden sogar Großveranstaltungen statt. Der US-Bundesstaat Georgia ist bereits Ende April 2020 zur Normalität zurückgekehrt. Das erstaunliche Ergebnis: In keinem der genannten Staaten brach das Gesundheitssystem zusammen. In Schweden gibt es keine Übersterblichkeit und auch der US-Bundesstaat Georgia befindet sich im Hinblick auf die Sterblichkeit im Mittel der US-Staaten. Wäre es so – wie es von den Regierungen behauptet wird – hätten doch in diesen Staaten das Gesundheitssystem zusammenbrechen müssen und es zu einer Übersterblichkeit kommen müssen. Das ist aber nicht passiert und belegt einmal mehr, dass die heraufbeschworene Gefahr nicht besteht, jedenfalls gibt es Möglichkeiten COVID-19 zu begegnen, ohne die Grundrechte außer Kraft zu setzen.

Wenn die Regierung – aus welchem Grund auch immer – die Situation aufgrund der COVID-19-Pandemie für gefährlicher hält als in den Vorjahren, so wäre es deren Aufgabe für eine Verstärkung der Intensivbetten zu sorgen. Obwohl die Regierung von einer besonders gefährlichen Situation ausgeht, hat sie aber nicht für einen Ausbau an Intensivbetten gesorgt, sondern im Gegenteil wurden seit Juli 2020 6000 Intensivbetten abgebaut. Ferner ließ die Regierung die Schließung von 17 Krankenhäuser deutschlandweit, davon drei in Bayern, zu.

Es wird hier nochmals betont, dass es nicht Aufgabe des Bürgers ist, zu begründen, warum er seine Grundrechte in Anspruch nimmt. **Die Menschen sind – wie es Prof. Papier formuliert – keine Untertanen, vielmehr dienen die Regierenden dem Volk.** Die **Staatsgewalt geht auch in Bayern vom Volk aus nach Art. 2 Abs. 1 S. 2 BV** und nicht von den Regierenden. Es ist die **Regierung, die ihre Grundrechtseingriffe zu rechtfertigen und zu begründen hat.** Die Grundrechte sind keine Privilegien, sondern sie gelten auch in einer Krise. Die Beweislast für die Grundrechtseingriffe hat die Regierung und nicht der Bürger. Gerade an der Transparenz mangelt es seitens der Regierung. **Es ist bis heute nicht klar, auf welche wissenschaftlichen Studien die Regierung ihr Handeln überhaupt stützt.** Die Begründungen gehen kein einziges Mal konkret auf eine Studie ein. Es heißt dort nur: „wissenschaftliche Studien“ oder „die Wissenschaft“. Ein Nachprüfen durch Akteneinsicht gestaltet sich schwierig, da bis zur 6. BaylFSMV keine Akte vorgelegt werden konnte und auch jetzt immer noch nicht klar ist, ob überhaupt eine Akte existiert. Schon allein aus diesem Grund ist die 12. BaylFSMV **wegen Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 BV offenkundig verfassungswidrig.** Die Grundrechtseingriffe können auf dieser Basis doch gar nicht ausreichend begründet werden.

Aufgrund der offenkundigen Erfolgsaussichten der Popularklage in der Hauptsache, sind die Anträge auf einstweilige Anordnung daher begründet. Lediglich ergänzend werden Ausführungen zur allgemeinen Interessenabwägung gemacht.

§ 12 Abs. 1 der 12. BaylFSMV verstößt offenkundig gegen den Gleichheitsgrundsatz nach Art. 118 Abs.1 BV, seuchenschutzrechtlicher Grund erkennbar, warum der Schuhladen des Popularkläger zu 2) nach § 12 Abs. 1 S. 1 der 12. BaylFSMV geschlossen bleiben muss und nur eine Abholung vorbestellter Waren nach § 12 Abs. 1 S. 6 BaylFSMV

zulässig sein soll und nur mittels Terminbuchung nach § 12 Abs. 1 S. 7 BaylfSMV, während Gartenmärkte, Blumenfachgeschäfte, Gärtnereien, Buchhandlungen, Baumschulen, Baumärkte und Läden mit Presseartikeln nach § 12 Abs. 1 S. 2 der 12. BaylfSMV öffnen dürfen. Hierin ist eine Ungleichbehandlung von Einzelhändlern wie Schuhgeschäften, Computergeschäften und sonstigen Branchen gegenüber anderen Geschäftsinhabern wie Gartenmärkten, Blumenfachgeschäften, Gärtnereien, Buchhandlungen, Baumschulen, Baumärkten und Läden mit Presseartikeln nach Art. 118 Abs. 1 BV zu sehen, ohne dass es einen sachlichen Grund für diese Ungleichbehandlung gäbe. Zudem werden **Schuhe** – wenn auch von geringerer Qualität – in **Supermärkten und Discountern wie ALDI, LIDL, Kaufland und REAL vertrieben**, die uneingeschränkt öffnen und Schuhe verkaufen dürfen, während der Antragsteller zu 2) derartigen Einschränkungen nach § 12 Abs. 1 des BaylfSMV unterliegt.

Hierzu das **OVG des Saarlandes mit Entscheidung vom 9.03.2021 (K 7)**: „Desungeachtet spricht bei der vorliegend nur möglichen summarischen Überprüfung Überwiegendes für einen Verstoß der Bestimmungen im § 7 Abs. 3 VO-CP gegen höherrangiges Recht, konkret für eine unzureichende Berücksichtigung der Grundrechte der Antragstellerin nach dem auch die Freiheit unternehmerischer Betätigung umfassenden Art. 12 GG (2.) unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismäßigkeit und für eine Verletzung des allgemeinen Gleichbehandlungsgebots nach Art. 3 Abs. 1 GG (1.).“...

„Die im Grundgesetz gewährleisteten allgemeinen und besonderen Gleichheitsrechte, die in besonderer Weise mit dem „Gerechtigkeitsgefühl“ der von einschränkenden staatlichen Maßnahmen betroffenen Menschen in Verbindung stehen, dienen dabei nicht primär dem Ziel, den von der Anwendung von Rechtsnormen betroffenen Bürgerinnen und Bürgern einen „Freiraum“ gegenüber staatlichen Maßnahmen zu gewährleisten. Insbesondere beim allgemeinen Gleichheitssatz in Art. 3 Abs. 1 GG soll vielmehr verhindert werden, dass einzelne oder auch ganze Gruppen von Grundrechtinhabern im Vergleich zu anderen ohne inhaltliche Rechtfertigung anders also „ungleich“ behandelt werden, sodass im Ergebnis der Normgeber selbst den Beurteilungsrahmen vorgibt. Dabei geht es nicht um eine inhaltliche Abstufung nach einer „Wertigkeit“ der jeweils zur Rede stehenden, sehr unterschiedlichen grundsätzlich erlaubten Betätigungen der Rechtsschutz Suchenden, hier der Antragstellerin, oder auch – bezogen auf das Willkürverbot des Art. 3 Abs. 1 GG – der „Vergleichsgruppe“. Eine solche seuchenrechtlich nicht zu rechtfertigende Ungleichbehandlung enthält aller Voraussicht nach die Mischsortimentsklausel des § 7 Abs. 3 Satz 3 VO-CP jedenfalls für die in der Regel kleineren spezialisierten Einzelhändler, die – wie die Antragstellerin – ein Warensortiment handeln, das nicht sie, demgegenüber aber die großen SB-Warenhäuser, Vollsortimenter, Discounter und Supermärkte bedienen können.“

2. Allgemeine Interessensabwägung

Im Rahmen der allgemeinen Interessenabwägung hat das Gericht die Folgen, die sich ergeben würden, wenn die einstweilige Anordnung nicht erginge, die Hauptsache indes Erfolg hätte, gegenüber denjenigen Nachteilen, die sich ergäben, wenn die Verordnung rechtswirksam wäre und dennoch außer Vollzug gesetzt würde, abzuwägen.

2.1 Schwere Nachteile und anderer wichtiger Grund

Folgende schwere Nachteile drohen, wenn diese Regelungen der Verordnung nicht außer Vollzug gesetzt werden:

2.1.1. Schwere Nachteile wegen Betriebsuntersagung bzw.-schließung

Die Maßnahmen der Betriebsuntersagung bzw. -schließung nach §§ 5, 8 S. 3, 10 Abs. 3, 11 Abs. 1, 11 Abs. 3, 11 Abs. 4, 11 Abs. 5, 11 Abs. 6, 12 Abs. 1 S. 1, 12 Abs. 1 S. 3, 12 Abs. 2 S. 1, 12 Abs. 4 S. 1, 13 Abs. 1, 13 Abs. 2 S. 3, 14 Abs. 1 S. 2, 15, 23 Abs. 1 und 23 Abs. 2 Nr. 1 der 12. BaylFSMV bedeuten für diese Branchen und Unternehmen **schwere Nachteile**, da viele dieser Unternehmen und Branchen **bereits durch den ersten Lockdown wirtschaftlich schwer** getroffen sind und am Rande der Insolvenz stehen.

Der zweite Lockdown in manchen Unternehmen und Branchen bedeutet für diese eine nicht mehr **abzuwendende Insolvenz**. Es ist **der Todesstoß für diese Unternehmen und Branchen**. Die Insolvenz eines Unternehmens geht gleichzeitig auch immer mit dem Arbeitsplatzverlust der Angestellten einher.

Anschaulich erkennbar ist, dass bspw. die **Schuh- und Lederbranche** bereits allein durch den ersten Lockdown in eine wirtschaftliche Schiefelage geraten ist. Zahlreiche Unternehmen der Schuh- und Lederbranche sind in diesem Zuge insolvent gegangen, bspw. die prominenten Beispiele Aktiv-Schuh Handelsgesellschaft, CCC Germany, Dielmann oder Schuhkay aus Hamburg, oder stehen kurz vor einer Insolvenz.

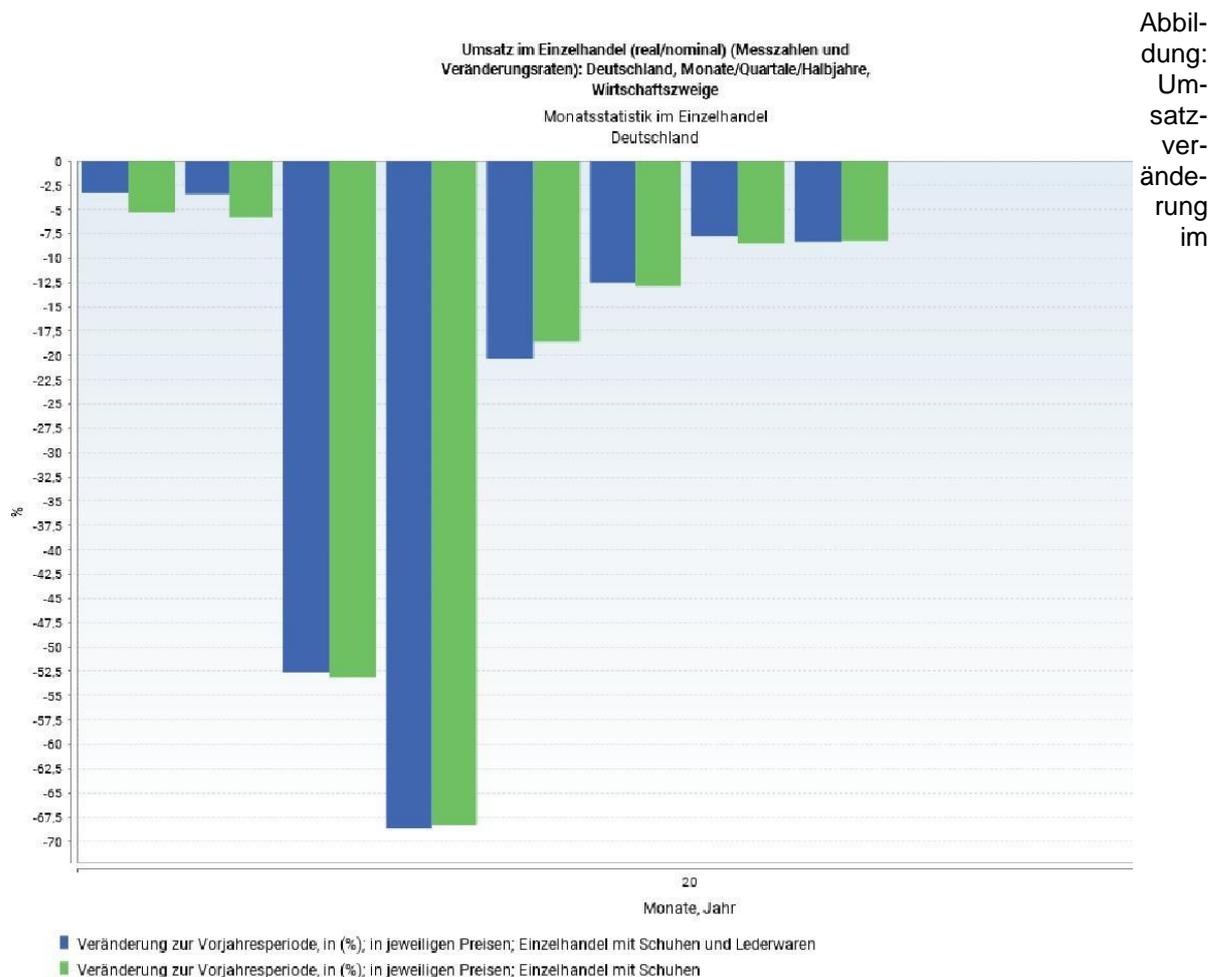


Abbildung: Umsatzveränderung im

© Statistisches Bundesamt (Destatis), 2020 | Stand: 11.11.2020 / 11.26.18

Schuh- und Lederwarenhandel von Januar bis August 2020; Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 11. November 2020;

Die Umsatzrückgänge in der Schuh- und Lederwarenbranche sind erheblich, v.a. im März und April 2020 lagen diese bei **über 50% im März bzw. knapp 70% im April** im Vergleich zum Vorjahresmonat.

Als prominentes Beispiel ist durch den zweiten Lockdown das Modeunternehmen „Adler Modemärkte“ mit 3.350 Mitarbeitern in 171 Filialen, davon 142 in Deutschland, in die Insolvenz (in Eigenverantwortung) geschlittert. Der Lockdown hat zu einem neuerlichen Umsatzeinbruch und damit zu einer Liquiditätslücke geführt, die über eine Kapitalzufuhr durch staatliche Unterstützungsfonds oder durch Investoren nicht geschlossen werden konnte.

Beweis: Welt.de vom 11.01.2021 - Adler als große Ausnahme – der Staat will die Schwachen unbedingt am Leben halten; Quelle: <https://www.welt.de/wirtschaft/article224139214/Adler-Modemarkt-insolvent-Kommt-jetzt-die-grosse-Pleitewelle.html>

Dass die statistisch erfassten Insolvenzen im Jahr 2020 bislang unter dem Niveau des Vorjahres liegen, ist gemäß Experten u.a. der Aussetzung der Insolvenzantragspflicht geschuldet. Der Hauptgeschäftsführer der Wirtschaftsauskunftei Creditreform, Volker Ulbricht, rechnet im Jahr 2021 mit ca. **24.000 oder mehr Verfahren**, während die Gesellschaft für das laufende Jahr 2020 von ca. 18.000 Insolvenzen ausgeht.

Die Insolvenzwelle würde im ersten Quartal 2021 ihren Höhepunkt erreichen und sich auch dann erst zeigen, wie sich der zweite Lockdown zusätzlich auswirke. Unter dem Eindruck des bevorstehenden „leichten“ Lockdowns im November würde sich das Bild für viele Branchen noch einmal deutlich verdüstern - trotz der zusätzlich angekündigten Hilfen.

Beweis: Creditreform: 24.000 oder mehr Firmenpleiten 2021; Quelle: https://www.weser-kurier.de/deutschland-welt/deutschland-welt-wirtschaft_artikel,-creditreform-24000-oder-mehr-firmenpleiten-2021-_arid,1941748.html

Ebenso sieht der Hauptgeschäftsführer des Handelsverbands Deutschland (**HDE**), **Stefan Genth**, v.a. den „innenstadt-relevanten Handel“ von einem „historischen Umsatzrückgang“ bedroht. Dies gelte etwa für „Textil-, Schuh-, Spielwaren- oder den Schmuckfachhandel“.

Dort seien viele Unternehmen in „ihrer Existenz gefährdet“, es könnten in den nächsten Jahren „bis zu 50.000 Handelsstandorte geschlossen werden“, sagte Genth mit Blick auf **Corona**. Die Entwicklung werde „das Gesicht der Innenstädte tiefgreifend“ verändern.

Beweis: Corona: Handelsverband HDE befürchtet für 2021 Pleitewelle – Mittelfristig 50.000 Geschäfte vor dem Aus; Quelle: <https://www.merkur.de/wirtschaft/handelsverband-hde-corona-insolvenz-welle-bekleidung-textil-schmuck-stefan-genth-schuh-geschaeft-spielwaren-zr-90062679.html>)

Bereits nach einer Woche „Lockdown Light“ im November 2020 lägen gemäß ersten Berechnungen des **Bundesverbands des Deutschen Textileinzelhandels, BTE**, die Umsätze in der ersten November-Woche branchenweit **rund 40 Prozent unter dem Vorjahr**, in etlichen Fällen kämen Modehändler nicht mal auf die Hälfte ihrer üblichen Umsätze. „Aktuell machen die meisten Geschäfte **jeden Tag Verlust**, weil die Umsätze nicht mal die anfallenden Kosten decken.“, so BTE-Präsident Steffen Jost.

Die **besondere Dringlichkeit** nach Art. 26 Abs. 2 S. 2 VerfGHG ist darin zu sehen, dass jeder Tag, den ein bereits angeschlagenes Unternehmen länger schließen muss, schon zu viel sein kann, um das Unternehmen vor einer Insolvenz zu bewahren. Viele Unternehmen haben trotz Betriebsuntersagung Fixkosten wie bspw. Gewerberaummiete,

Perso- nal, Strom, Versicherungen und auch regelmäßig Ware zu bezahlen. Die in Aus- sicht ge- stellte Förderung dieser Unternehmen stellt nur einen Tropfen auf den heißen Stein dar.

Die wirtschaftliche Notlage führt zu **mehr Suiziden bei Künstlern und Selbstständigen** (Quelle: <https://www.journalistenwatch.com/2021/01/09/schlimmste-befuerchtun-gen-immer/>). Bisher wurden zum Thema Suizide 2020 keine offiziellen Daten veröffent- licht. Ein Gradmesser für einen Anstieg von Suiziden sind die Einsätze der Berliner Feu- erwehr. Die Retter rückten bis November im Jahr 2020 **294 Mal unter dem Stichwort „Beinahe Strangulierung/ Erhängen“** aus. Im Vorjahr gab es drei vergleichbare Einsätze, 2018 sieben.(Quelle: <https://www.berliner-zeitung.de/news/berliner-feuerwehr-zahl-der-einsaetze-wegen-moeglichem-suiziden-steigt-massiv-an-li.117723>).

2.1.2. Schwere Nachteile wegen Maskenpflicht

Die Maskenpflicht nach §§ 6 Nr. 3, 7 Abs. 1 S. 3, 7 Abs. 2 Nr. 3, 8 S. 1, 12 Abs. 1 S. 4 Nr. 3, 12 Abs. 2 S. 2 2. HS., 12 Abs. 3, 14 Abs. 2 Nr. 3, 18 Abs. 2 S. 1, 20 Abs. 1 S. 2, 20 Abs. 3 S. 2, 20 Abs. 5 S. 1, 21 S. 3, 23 Abs. 2 Nr. 2b) und 24 Abs. 1 der 12. BayLfSMV ist einstweilen außer Vollzug zu setzen, da dies zur Abwehr schwerer Nachteile wie physi- sche und psychische Beeinträchtigungen und Gesundheitsschäden dringend geboten er- scheint. Nach den genannten Studien und einer Dissertation aus dem Jahr 2005 führt das Tragen einer OP-Maske zu einer verstärkten Rückatmung von Kohlendioxid und einen signifikanten Anstieg von CO₂ im Blut. Hyperkapnie kann verschiedene Hirnfunktionen einschränken.

Eine von der Dipl.-Psychologin Daniela Prousa im Juni/Juli 2020 durchgeführte Studie zeigte in der Zusammenfassung eine massive psychische Belastung von Menschen unter den aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen, mit, davon abhängig, überwiegend vie- len psychovegetativen Stressreaktionen beim Tragen des MNS, die wiederum signifikant den Grad der oft deutlichen Nachwirkungen bedingen.

Die Tatsache, dass über 60% der sich deutlich mit den Verordnungen belastet erlebenden Menschen schon jetzt schwere (psychosoziale) Folgen erlebt, wie eine stark reduzierte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund von aversionsbedingtem MNS-Vermei- dungsbestreben, sozialen Rückzug, herabgesetzte gesundheitliche Selbstfürsorge (bis hin zur Vermeidung von Arztterminen) oder die Verstärkung vorbestandener gesundheits- licher Probleme (posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne), sprengte alle Erwartungen der Untersucherin.

Gerade im Hinblick auf Kinder stellt die Maskenpflicht aus kinderärztlicher Sicht den schwerwiegendsten Eingriff dar. Untersuchungen zu körperlichen und seelischen Neben- wirkungen der Masken zeigen zudem, dass diese keineswegs immer harmlos sind. Die bisher einzige Übersichtsarbeit zu Masken bei Kindern aus dem Jahr 2011 spricht von möglichen Nebenwirkungen wie erhöhtem Atemwiderstand, Wärme- und Feuchtigkeits- ansammlung, CO₂-Rückhaltung, Klaustrophobie und Angstzuständen.

Gerade Kinder sind für eine zwischenmenschliche Kommunikation zwingend auf nonver- bale Signale wie die Mimik des Gegenübers angewiesen. Die Behinderung des zwischen- menschlichen Austauschs durch Verdecken des Gesichts erschwert die Verständigung,

verringert die Gesprächsbereitschaft und stört die emotionalen Beziehungen. Ein normales Schulleben ist unter diesen Bedingungen nicht vorstellbar, und für viele Schüler wird der Schulalltag zur Qual. Es können weder „Herz und Charakter“ gebildet werden, noch können „die Persönlichkeit, die Begabung und die geistigen und körperlichen Fähigkeiten des Kindes voll zur Entfaltung“ gebracht werden.

Die Initiative „Eltern stehen auf“ hat bundesweit eine Umfrage unter Schülern zum Maskenzwang an Schulen durchgeführt. Ein erster Zwischenbericht von 2.300 Fragebögen ergibt folgendes verheerendes Bild: Beispielsweise leiden an Atembeschwerden 44,1 Prozent der befragten Schüler. An Kopfschmerzen 73 Prozent, an Müdigkeit 86,4 Prozent, an Konzentrationsstörungen 65,7 Prozent, an Schwindel 38 Prozent und an Angstzuständen rund 36 Prozent.

Beweis: Die verratene Generation - Millionen Kinder verbringen ihre prägenden Jahre unter Masken- und Hygienezwang — das dürfte sie schwer beschädigen; Quelle: <https://www.rubikon.news/artikel/die-verratene-generation>

Nicht unerwähnt soll bleiben, dass am 06.09.2020 in Büchelberg Rheinlandpfalz ein 13-jähriges Mädchen im Schulbus zusammenbrach und anschließend im Krankenhaus verstarb. Das Mädchen trug eine Maske, als es zusammenbrach. Das entsprechende Verfahren läuft noch. Jedoch konnte der Verdacht, dass die Maske ursächlich für die Ohnmacht war, nicht ausgeräumt werden. Die Obduktion ergab bei dem Mädchen weder Vorerkrankungen noch äußere Einflüsse.

Beweis: Quelle: https://www.rheinpfalz.de/lokal/pfalz-ticker_artikel,-13-jährige-bricht-in-schulbus-zusammen-und-stirbt-_arid,5107196.html

Im Rahmen einer neuen **Studie der Universität Witten/Herdecke** von Dr. Silke Schwarz und Prof. Dr. Ekkehart Jenetzky wurde ein Online-Register eingerichtet, in das Eltern maskenpflichtiger Kinder ihre Beobachtungen eintragen konnten. Bis zum Abend des 26.10.2020, eine Woche nachdem das Register online ging, hatten bereits 17.854 Eltern über insgesamt 25.930 Kinder und Jugendliche berichtet. Die Studie stellte fest, dass fest, dass Masken Kinder auf vielfältige Weise psychisch und physisch beeinträchtigen. Bei einer durchschnittlichen Tragedauer von 270 Minuten am Tag waren bei **68% der Kinder angabegemäß Belastungen** festzustellen. Die beeinträchtigten Kinder litten unter **Reizbarkeit (60%), Kopfschmerzen (53%), Konzentrationsschwierigkeiten (50%), geringere Fröhlichkeit (49%), Abneigung gegen Schule/Kindergarten (44%), Unwohlsein (42%), Lernschwierigkeiten (38%) und Schläfrigkeit oder Müdigkeit (37%)**.

Beweis: Corona children studies“Co-Ki“; Quelle: https://2020news.de/wp-content/uploads/2020/12/Corona_children_studies_Co-Ki_First_results_of_a_G.pdf

Ein schwerer Nachteil ist auch darin zu sehen, dass die Arbeitgeber aufgrund der Empfehlung der DGUV vom 7.10.2020 auf eine Tragezeitbegrenzung des MNB achten müssen und bei Nichtbeachtung dieser Empfehlung haftbar gemacht werden können, § 21 Abs. 1 SGB VII. Bei leichter Arbeit kann die Tragedauer bis zu drei Stunden sein, bei mittelschwerer Arbeit sollte die Tragedauer zwei Stunden nicht überschreiten und daran soll sich eine Erholungsdauer von 30 Minuten anschließen (vgl. A.XII.). Dies bedeutet eine weitere Unterbrechung des Arbeitsbetriebes. Hält sich der Arbeitgeber nicht an diese Empfehlung, ist er in der Haftung. Das Gleiche gilt auch für Schulleiter nach § 21 Abs. 2

SGB VII. Jeder Schulleiter, der diese Empfehlung des DGUV missachtet, kann haftbar gemacht werden.

Die besondere Dringlichkeit nach Art. 26 Abs. 2 S. 2 VfGHG betreffend der Masken ergibt sich aus den bereits im Juli 2020 eingetretenen psychosozialen Folgen wie stark reduzierte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund von aversionsbedingtem MNS-Vermeidungsbestreben, sozialen Rückzug, herabgesetzte gesundheitliche Selbstfürsorge (bis hin zur Vermeidung von Arztterminen) oder die Verstärkung vorbestandener gesundheitlicher Probleme (posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne). Ferner ergibt sich die besondere Dringlichkeit auch aufgrund der drohenden Gesundheitsschäden aufgrund der verstärkten Rückatmung von Kohlendioxid und des signifikanten Anstiegs von CO₂ im Blut.

Die Regelung zur Maskenpflicht in Alten- und Pflegeheimen nach § 9 wurde in Anlehnung an die Great Barrington Erklärung (besonderer Schutz von Risikogruppen) außen vorgelassen.

2.1.3. Schwere Nachteile wegen Angabe der Diagnose auf Attest zur Maskenbefreiung

Es stellt einen massiven Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach Art. 100 iVm Art. 101 BV dar, dass auf dem Attest zur Maskenbefreiung nach § 1 Abs. 2 Nr. 2 der 11. BayIfSMV die Diagnose und der Grund, warum sich hieraus eine Befreiung der Tragepflicht ergibt, angegeben werden muss. Wie das OVG Berlin-Brandenburg am 7.01.21 zutreffend feststellte (Quelle: <https://www.bz-berlin.de/berlin/umland/oberverwaltungsgericht-kippt-anforderung-an-masken-atteste>), ist der Antragsteller ansonsten gezwungen, seine konkrete Diagnose an vielen nicht-öffentlichen Stellen wie Geschäften, öffentlichen Verkehrsmitteln oder bei Demonstrationen oder religiösen Veranstaltungen zu offenbaren. Dabei handele es sich jedoch um gesundheitsbezogene Daten, die einem besonders hohen Schutz unterlägen. „Soweit der Antragsteller befürchte, seine Gesundheitsdaten könnten durch Mund-Propaganda im Dorf schnell die Runde machen, sei dies nicht von der Hand zu weisen“, teilte das Gericht mit. Aus diesem Grund setzte das OVG Berlin-Brandenburg im einstweiligen Verfahren eine entsprechende Regelung außer Vollzug.

2.1.4. Schwere Nachteile wegen Kontaktbeschränkung nach § 4 der 12. BayIfSMV

Die Kontaktbeschränkung nach § 4 stellt einen massiven Eingriff in die Grundrechte der Popularkläger nach Art. 101 BV und Art. 109 BV dar. Zudem ist darin auch ein Eingriff in die Unverletzlichkeit der Wohnung nach Art. 106 Abs. 3 BV begründet, da die Polizei seit Kurzem nur noch mit der Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten durch die BayIfSMV beschäftigt ist und sich bereits bei einem bloßen Anruf durch einen Nachbarn mit einem Polizeiaufgebot bemüßigt fühlt in die geschützte Wohnung nach Art. 106 Abs. 3 BV einzudringen. So geschehen in Köln, bei einem Kaufmann, der sogar in zulässiger Weise mit einem Freund kochte. Nur auf Anruf der Nachbarn kam das Ordnungsamt und anschließend die Polizei, die in der Nacht dann mit mehreren Polizisten in die Wohnung des Kaufmanns eingedrungen sind, ohne dass dieser Bürger irgendetwas Illegales getan hätte.

Die Kontaktbeschränkungen wirken sich besonders schädlich auf Kinder und Jugendliche aus. Bereits jetzt lassen sich **schädliche Auswirkungen auf die Psyche von Kindern** aufgrund der Maßnahmen erkennen. So stellte Michael Kaess, Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bern, fest: „Wir haben dieses Jahr **schon 50 Prozent mehr Notfälle** gehabt als in den Vorjahren.“ Das Notfallzentrum sei mit doppelt so vielen Patienten belegt, wie man eigentlich Plätze habe. Die Betten stünden im Gang, die Angestellten seien nahe an der Belastungsgrenze.

Gregor Berger, Leiter Notfalldienst der Uniklinik Zürich: „Die Jugendlichen sind mit der Situation im häuslichen Umfeld wie auch in der Schule überfordert. Zu Hause können sie sich nicht mehr frei bewegen, weil die Eltern Videocalls haben.“

Beweis: Auffallend mehr Notfälle in Kinder- und Jugendpsychiatrien; Quelle: <https://www.srf.ch/news/schweiz/belastende-coronakrise-auffallend-mehr-notfaelle-in-kinder-und-jugendpsychiatrien>

2.1.5 Einstweilige Anordnungen aus anderem wichtigem Grund geboten

Wie oben ausgeführt, zeichnen sich Besorgnis erregende Entwicklungen in der Gesellschaft ab. Dazu gehören ein **verstärktes Denunziantentum, vermehrte Blockwartmentalität und Repressalien selbst gegen gemäßigte Kritiker.**

Hinzu kommt, dass eine **neutrale und ausgewogene Berichterstattung in den Leitmedien nicht erfolgt.** Vielmehr wird von den Leitmedien **sehr einseitig** berichtet. Jeder **noch so renommierte Wissenschaftler**, der sich mit noch so fundierter wissenschaftlicher Kritik gegen das **Narrativ der Leitmedien stellt**, wird als **Verschwörungstheoretiker, Coronaleugner und Rechtsextremist diffamiert** und diskreditiert. Dabei ist keiner, der hier angeführten Wissenschaftler ein Coronaleugner oder Verschwörungstheoretiker. Dagegen werden **alternative Plattformen**, selbst wenn es sich dabei nur um die Darstellung eines anderen wissenschaftlichen Standpunkts handelt, **zensiert.**

Strukturen wie verstärktes Denunziantentum, vermehrte Blockwartmentalität, Repressalien gegen jede Form von Kritikern, fehlende neutrale Berichterstattung in den Leitmedien und Zensur von kritischen Beiträgen auf alternativen Plattformen sind **Vorboten eines totalitären Systems.**

Damit einhergehend ist die immer stärker voranschreitende **Spaltung der Gesellschaft in Befürworter und Gegner.** Die für eine Demokratie erforderliche gemäßigte Mitte geht dabei verloren. Ein zwingend notwendiger Diskurs ist auch aufgrund der immer stärker werdenden Spaltung zwischen beiden Lagern nicht mehr möglich.

Das Demokratieprinzip ist zwar in Art. 75 Abs. 1 BV im Sinne einer „Ewigkeitsklausel“ verankert. Jedoch nutzt es nichts, wenn die **Demokratie zwar auf dem Papier steht**, aber von der **Bevölkerung nicht mehr gelebt wird oder gelebt werden kann.**

So gaben sich auch totalitäre Regime – wie bspw. die DDR als „Deutsche Demokratische Republik“ - nach außen hin den Anschein einer echten Demokratie. Die tatsächlichen Verhältnisse waren andere.

Derzeit besteht eine Gefahr für das in der Bayerischen Verfassung verankerte Demokratieprinzip nach Art. 75 Abs. 1 BV. Diese bereits **vorhandenen Strukturen drohen sich zu verfestigen und eine gelebte Demokratie zu vernichten.**

2.2. Von COVID-19-Pandemie ausgehende Gefahr

Demgegenüber steht die von der COVID-19-Pandemie ausgehende Gefahr. Hierbei kann sich die Staatsregierung aber nicht mehr auf ihre Einschätzungsprärogative berufen. Anders als im März/April 2020 steht nun nach dem epidemiologischen Bulletin der WHO vom Oktober 2020 fest, dass die Infection Fatality Rate (IFR) bei 0,23 % liegt.

Bereits im Rahmen der „1. Welle“ ist es zu keiner Überlastung des Gesundheitssystems gekommen. Im Gegenteil waren von März bis Mai 2020 410.000 Beschäftigte der Krankenhäuser und Arztpraxen in Kurzarbeit. Von März bis Mai 2020 gab es sogar eine Untersterblichkeit.

Wie oben unter IV 1 ausführlich beschrieben, besteht auch jetzt keine ausgeprägte Übersterblichkeit. Vielmehr ist **in keiner Weise erkennbar, wie sich die Situation in diesem Jahr in den Krankenhäusern und hinsichtlich der Sterblichkeit von den Vorjahren unterscheiden sollte.** Die objektiven Daten weisen sehr deutlich daraufhin, dass es keinerlei Unterschiede in den Krankenhäusern und auch hinsichtlich der Sterblichkeit zu den Vorjahren gibt. **Die Angst wird nur von den Medien und Politikern weiterhin grundlos geschürt.** Es ist auch nicht wegen der ergriffenen Maßnahmen so. Wie oben durch zahlreiche Studien dargelegt, ist nämlich weder die Wirksamkeit eines Mund-Nasen-Schutzes noch die Wirksamkeit eines Lockdowns wissenschaftlich belegt.

Die vom BayVerfGH im Beschluss vom **17.12.2020 (Az.: Vf. 110-VII-20)** angeführte Begründung, wonach aufgrund des **ungehinderten Infektionsgeschehens Gefahren für Leib und Leben der Menschen** und die **Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems** bestehen, können hier nicht zum Tragen kommen. Es wurde hier dargetan, dass sich die diesjährige **Situation** im Hinblick auf Sterblichkeit und Belastung der Krankenhäuser **in keiner Weise von den Vorjahren** während der Winterzeit. Darüber hinaus wurde ausführlich dargelegt, dass eine **Überlastung des Gesundheitssystems nicht droht.** Schließlich wurde hier sehr ausführlich dargelegt, warum positive PCR-Testergebnisse nicht auf ein ungehindertes Infektionsgeschehen schließen lassen und dass der 7-Tage-Inzidenz-Wert keinerlei Aussagekraft besitzt.

Wenn die Regierung – aus welchem Grund auch immer – die Situation aufgrund der COVID-19-Pandemie für gefährlicher hält als in den Vorjahren, so wäre es deren Aufgabe für eine Verstärkung der Intensivbetten zu sorgen. Obwohl die Regierung von einer besonders gefährlichen Situation ausgeht, hat sie aber nicht für einen Ausbau an Intensivbetten gesorgt, sondern im Gegenteil wurden seit Juli 2020 6000 Intensivbetten abgebaut und 17 Kliniken im Jahr 2020 geschlossen.

V. Kosten

Nach Art. 27 Abs. 1 S. 1 VfGHG ist das Verfahren des Verfassungsgerichtshofs kostenfrei.

Die **Zulässigkeit und Begründetheit** der **Popularklage** und der **Anträge auf einstweilige Anordnung** wurden **hinreichend dargetan**. Die Voraussetzungen für einen Kostenvorschuss nach Art. 27 Abs. 1 S. 2 VfGHG liegen offenkundig nicht vor, da die Anträge weder offensichtlich unzulässig sind noch unbegründet. Bei einem Antragschriftsatz von einem Umfang von über 100 Seiten, der sich mit denselben Beweismitteln befasst wie die Verfassungsbeschwerde eines deutschen Richters, kann nicht von vorne herein auf die Unbegründetheit der Popularklage geschlossen werden. Die Auferlegung eines Kostenvorschusses im Rahmen der 11. BayIfSMV ist unter anderem Gegenstand der Verfassungsbeschwerde vor dem BVerfG, über die noch nicht entschieden wurde.

Bei Nichtigkeit der 12. BayIfSMV sind nach Art. 27 Abs. 3 VfGHG dem Antragsteller oder Beschwerdeführer die notwendigen Auslagen zu erstatten.

D. Schlussbemerkung

Der Sachvortrag entspricht dem aus der Popularklage gegen die 11. BayIfSMV. Die RKI-Grafiken und auch die Auswertung der Initiative Qualitätsmedizin e.V. wurden auf den aktuellen Stand gebracht. Hinzu kam eine Studie in The Lancet zur geringen Aussagekraft des PCR-Tests und eine weitere Studie in Nature, wonach nicht belegt werden könne, dass ein Lockdown Corona-Todesfälle verhindert hat.

Ergänzungen gab es zu den Meldungen der COVID-19-Todesfälle, wonach in Kliniken die Totenscheine gefälscht werden.

Neu angeführt wird die Entscheidung des **OVG des Saarlandes vom 9.03.2021**, welche mit **Anlage K 7** vorgelegt wird. Das OVG des Saarlandes hat eine entsprechende Regelung wie **§ 12 Abs. 1 der 12. BayIfSMV außer Vollzug** gesetzt wegen **Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz**.

Aber grundsätzlich sind die Sachargumente dem BayVerfGH bereits aus der Popularklage gegen die 11. BayIfSMV bekannt.

Aus **ökologischen Gründen** wurde darauf **verzichtet, die bereits mehrmals vorgelegten Anlagen** der Popularklage nochmals beizufügen.

Während die Nachbarländer überwiegend öffnen und die Öffnungen auch durch die Gerichte wie bspw. in Polen bestätigt wurden, verharrt Deutschland weiterhin im Lockdown (vgl. <https://www.welt.de/politik/ausland/plus227048669/Nachbarlaender-Deutschland-verharrt-im-Lockdown-jenseits-der-Grenzen-wird-geoeffnet.html>).

Zwischenzeitlich machen sich die Nachbarländer auch lustig über die deutschen Beschränkungen (vgl. <https://www.derwesten.de/panorama/vermischtes/corona-regeln-beschlusse-merkel-ministerpraesident-deutschland-ausland-presse-lustig-bund-laender-gipfel-kritik-id231728141.html>).

Auch in den USA gibt es bereits 16 Bundesstaaten, die die Maßnahmen inklusive der Maskenpflicht beenden (vgl. <https://tkp.at/2021/03/03/us-bundesstaaten-heben-corona-massnahmen-und-maskenpflicht-auf-16-staaten-bereits-ohne/>).

Die Tatsache, dass es in Schweden ohne Lockdown, ohne Schul- und Kitaschließungen und ohne Maskenpflicht zu keiner Übersterblichkeit im Jahr 2020 gekommen ist, scheint die Politik ebenso kalt zu lassen wie den BayVerfGH,

Die Warnungen des Staats- und Medizinrechtlers Prof. Dr. Josef Franz Lindner von der Universität Augsburg, wonach ein Dauer-Lockdown verfassungswidrig sei (vgl. <https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/staatsrechtler-warnt-dauer-lockdown-ist-verfassungswidrig-75415116.bild.html>), wird der BayVerfGH ebenso wenig berücksichtigen wie das Interview des Ex-Präsidenten des BVerfG Hans-Jürgen Papier in der Welt (vgl. <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus227789681/Hans-Juergen-Papier-Menschen-dieses-Landes-sind-keine-Untertanen.html>). Prof. Dr. Papier betont dort deutlich, dass die Menschen dieses Landes keine Untertanen sind. Weiter führt Prof. Dr. Papier aus: „Ich habe neulich eine Formulierung gehört, die etwa lautete: Wenn die epidemische Lage so bleibt, wie sie jetzt ist, dann kann es keine neuen Freiheiten geben.“ – „Eine Formulierung der Kanzlerin ...“, fügt der Kollege ein, der ihn interviewt. Umso schwerer wiegen Papiers folgende Worte: „Von wem auch immer: Darin kommt die irri- gere Vorstellung zum Ausdruck, dass Freiheiten den Menschen gewissermaßen vom Staat gewährt werden, wenn und solange es mit den Zielen der Politik vereinbar ist. Nein, es ist umgekehrt! Die Grundrechte sind als unverletzliche und unveräußerliche Menschenrechte des Einzelnen verbürgt. Sie können zwar eingeschränkt werden, aus Gründen des Gemeinwohls durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes. Aber es handelt sich nicht um eine einseitige Gewährung des Staates, die man mehr oder weniger beliebig entziehen und neu vergeben kann.“ (vgl. <https://reitschuster.de/post/ex-verfassungsgerichtspraesident-zerlegt-merkel/>)

Es wäre schon viel geholfen, würde der BayVerfGH wenigstens diese Worte des Prof. Dr. Papier berücksichtigen. Auch nach der Bayerischen Verfassung geht die Staatsgewalt nach Art. 2 Abs.1 BV vom Volke aus und nicht von den Regierenden. Die Grundrechte stehen den Bürgern auch in vermeintlichen Krisenzeiten zu und sind keine Privilegien, sondern Rechte des Bürgers gegen den Staat. Nicht der Bürger muss begründen, warum er Grundrechte in Anspruch nimmt, sondern der Staat muss begründen, warum er Grundrechte einschränkt.

Dieser Begründungspflicht kommt die Bayerische Staatsregierung in keiner Weise nach. Es ist bis jetzt nicht klar, ob überhaupt eine Akte für die 12. BaylFSMV existiert. Darüber hinaus kann nicht nachvollzogen werden, auf welche wissenschaftlichen Studien die Staatsregierung ihre Grundrechtseingriffe stützt.

Der 7-Tage-Inzidenzwert ist bereits nach den eigenen Angaben des RKI unzutreffend, jedenfalls wird er nicht nach § 28a Abs. 3 IfSG ermittelt, da das RKI davon ausgeht, dass nur bei 4,17 % der positiv Getesteten eine Infektion vorliegt. Darüber hinaus wird die Empfehlung der WHO in der Informationsnotiz vom 20.01.2021, wonach positiv Getestete ohne klinische Symptome nicht als Fälle gezählt werden dürfen, nicht berücksichtigt.

Das DIVI-Intensivregister und die Auswertungen der Initiative Qualitätsmedizin e.V. zeigen eindeutig, dass es zu **keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems gab**, zumal während der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 17 Krankenhäuser geschlossen und 6000 Intensivbetten abgebaut wurden.

Deutlich wurde aufgezeigt, dass es im Hinblick auf Krankenhausauslastung und Sterblichkeit **keine Unterschiede zu den Vorjahren gab**. Während der Hongkong-Grippe in den Jahren 1968/1969 gab es eine deutlichere Übersterblichkeit, ohne dass Grundrechtseinschränkungen ergriffen wurden.

Immer mehr **Gerichte aus dem Ausland** erkennen die **Verfassungswidrigkeit der Maßnahmen**. In dieser Reihe sind zu nennen: Österreich, Polen, Portugal (Entscheidung des Berufungsgerichts in Lissabon), Italien, Bosnien Herzegowina, Slowenien und Ecuador. In Ecuador erklärte das Verfassungsgericht (vgl. <https://tkp.at/2021/01/24/verfassungsgericht-von-ecuador-ausnahmezustand-verfassungswidrig/>) den von Präsident Lenín Moreno verhängten Ausnahmezustand für verfassungswidrig. Sieben der neun Richter sahen es als erwiesen an, dass diese Maßnahmen nicht mit der ecuadorianischen Verfassung in Einklang stehen. Das Gericht kritisierte insbesondere die fehlende räumliche und zeitliche Abgrenzung als auch die Unverhältnismäßigkeit der Maßnahmen. Darüber hinaus vertraten die Richter die Ansicht, dass die Regierung mit den ihr zur Verfügung stehenden konventionellen präventiven Maßnahmen ausreichend auf die Pandemie reagieren könne.

Der **Rechtsstaat** scheint gerade in den Ländern, auf die Deutschland gerne mit dem erhobenen Finger zeigt, **wesentlich besser zu funktionieren als in Deutschland**. Die Verfassungsgerichte und Verwaltungsgerichte weigern sich in Deutschland, sich mit den Fakten auseinanderzusetzen und beten immer wieder ihre Textbausteine runter.

Wieder einmal zeigt sich, dass wenigstens vereinzelt die ordentlichen Gerichte ihrer Aufgabe deutlich besser nachkommen als es die Verwaltungsgerichte tun. Neben dem bereits angeführten Urteil des AG Weimar vom 10.01.2021 hat nun auch das AG Ludwigsburg in einem Bußgeldverfahren mit Entscheidung vom 24.02.2021 die Verfassungswidrigkeit der dortigen Corona-Verordnung festgestellt (Az.: 7 OWi 170 Js 112950/20; beigefügt als **Anlage K 8**).

Es wird immer offensichtlicher, dass der BayVerfGH seine Aufgabe, die Bayerische Verfassung zu wahren und auch die Staatsregierung zu kontrollieren, nicht mehr wahrnimmt. Man wird sehen, ob der BayVerfGH noch rechtzeitig den Weg in die Rechtsstaatlichkeit zurückfindet. Jedenfalls wird diese Entwicklung auch in Deutschland – so sehr sich Politik, Verwaltungsgerichte und Verfassungsgerichte dagegen auch stemmen – nicht mehr aufzuhalten sein, da bereits eine **kritische Masse** erreicht ist.

Ich schließe mit den Worten von Michail Gorbatschow: „Wer die Zeichen der Zeit nicht erkennt, den bestraft das Leben.“

Helmut P. Krause
Rechtsanwalt