

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

23. Mai 2021
AGG400/KE

EILT! Bitte sofort vorlegen!

Vf. 98-VII-20

In Sachen Antrag

1. des Helmut P. Krause, Frühlingstraße 29, 82178 Puchheim
3. und andere

vom 12. November 2020

auf Feststellung der Verfassungswidrigkeit

1. der Achten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (8. BayIfSMV) vom 30. Oktober 2020 (BayMBI Nr. 616, BayRS 2126-1-12-G).
2. der Zehnten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (10. BayIfSMV) vom 8. Dezember 2020 (BayMBI Nr. 711, BayRS 2126-1-14-G).
3. der Elften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (11. BayIfSMV) in der Fassung vom 28. Januar 2021 (BayRS 2126-1-15-G)
4. der Zwölften Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (12. BayIfSMV) in der Fassung vom 05.05.2021 (BayMBI. 2021 Nr. 307; BayRS 2126-1-16-G)

und Erlass einstweiliger Anordnungen

Ergänzend trage ich vor sowie führe in rechtlicher Hinsicht aus:

I. Keine Überlastung des Gesundheitssystems, Manipulationen bei DIVI-Intensivregister und zweifelhafte Verwendung von Fördermitteln für Krankenhäuser

Prof. Dr. Matthias Schrappe, der von 2007 bis 2011 Vize-Chef des Sachverständigenrates Gesundheit war, veröffentlichte am 16.05.2021 ein neues Thesenpapier und gab am selben Tag der Zeitung „Welt“ ein Interview. Dieses Interview und das dazugehörige Thesenpapier haben Sprengkraft.

Aus dem Thesenpapier:

„Eine **fachliche Fundierung der offiziellen Kampagne** und der Interventionen einiger Fachgesellschaften, die auf der individuellen Angst vor nicht möglicher Aufnahme auf Intensivstation basiert, **kann daher nicht abgeleitet werden.**“

„Sowohl in Bezug auf das Verhältnis von Intensivpflichtigkeit und Melderate (Intensiv-Melderaten-Quotient), als auch in Bezug auf das Verhältnis von intensivpflichtigen zu hospitalisierten Patienten (Quotient Intensivpflichtigkeit/Hospitalisierung) nimmt Deutschland eine Sonderstellung ein: **in keinem Land werden im Vergleich zur Melderate so viele Infizierte intensivmedizinisch behandelt, und in keinem Land werden so viele hospitalisierte Infizierte auf der Intensivstation behandelt.** Diese Situation nimmt im Zeitverlauf sogar zu und bedarf dringend einer genaueren Untersuchung (**drohende Überversorgung**). Die Datengrundlage ist auch hier äußerst widersprüchlich (z.B. **mehr intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten**).“

„Die Zahl der Intensivbetten nimmt seit Sommer letzten Jahres ab, obwohl angesichts der „Triage“-Diskussion Anstrengungen zur Ausweitung der Intensivbettenkapazität zu erwarten gewesen wären. Diese **Abnahme entspricht genau der Abnahme an freien Betten**, sodass der **Abfall der freien Betten eher als Folge einer Abnahme der Gesamtkapazität** denn als eine Folge einer vermehrten Inanspruchnahme durch Covid-19-Patienten zu interpretieren ist. Es hat eine rückwirkende „Korrektur“ der Intensivkapazitäten stattgefunden, die nicht mit der veränderten Zählweise zusammenhängt. **Die Zahl der belegten Intensivbetten hat sich nicht verändert.** Fragen zur Finanzierung, zur Bedeutung des Krankenhausplans und zu Freihalteprämien sowie deren Anreizwirkung bleiben offen.“

Aus der letzten Aussage ist zu folgern, dass der vermeintliche Mangel an Intensivbetten dadurch zustande kam, dass freie Betten abgebaut wurden und eben nicht mit einem vermehrten Aufkommen von COVID-19-Patienten in Zusammenhang steht.

Weitere Aussagen von Prof. Schrappe im Interview mit „Welt“:

„Die objektive Datenlage bezüglich der zur Verfügung stehenden Anzahl von Pflegekräften ist nicht belastbar. Es fehlen Institutionen, die zu diesem Thema unabhängige Informationen generieren. **Eine Abnahme der aktiv tätigen Pflegekräfte lässt sich statistisch nicht nachweisen. Aktuelle Daten der Bundesagentur für Arbeit sprechen sogar für eine deutliche Zunahme der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in diesem Bereich**, allerdings entspricht nach Insiderinformationen die fachliche Qualifikation nicht in jedem Fall den Anforderungen. Öffentlichkeitswirksame und nachhaltig verfolgte Appelle der politisch Verantwortlichen zur Rückgewinnung von Pflegekräften aus dem Ruhestand, zur Wiederaufnahme der Berufstätigkeit oder zur Qualifikation von Pflegepersonal aus anderen Bereichen haben nicht stattgefunden, obwohl solche Programme

eigentlich die naheliegendsten Maßnahmen gewesen wären. Solche Appelle hätten auch ohne Umstände Anreize finanzieller oder immaterieller Natur beinhalten können.“

„**Laut Bundesagentur für Arbeit hat im Jahr 2020** (bis Oktober) die Zahl der sozialversicherungspflichtig **Beschäftigten in der Alten- und Krankenpflege um 43.000 Kräfte zugenommen**. Der Anstieg war zweistellig“, heißt es in dem Papier: „Die Zahl der beschäftigten Kranken- und Altenpfleger hat um 14 Prozent zugelegt (auf 1,11 Mio. bzw. 615.000). Nichtsdestotrotz ist die ausreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal, insbesondere in der (Intensiv- und Alten-)Pflege, seit Jahren Diskussionsthema. Versprochene, reduzierte und am Ende mitunter dann doch nicht ausgezahlte Boni sind da sicher nicht hilfreich.“

Zwar sei es „**zu Engpässen**, zu Ballungen in einigen Kliniken“ gekommen, so Prof. Schrappe in der Welt, „weil die **Covid-Patienten nicht gleichmäßig verteilt worden waren über die Krankenhäuser**. Aber war die Drohung begründet, wonach es jedem blühen könnte, zu Hause oder vor den Notaufnahmen zu ersticken, wenn wir nicht gegensteuern? Wir haben uns die Zahlen angesehen und sind zu dem Schluss gekommen: **Es war nicht begründet. Im Gegenteil. Es gab in den Krankenhäusern offensichtlich die Tendenz, Patienten ohne Not auf die Intensivstation zu verlegen – während der Pandemie.**“ Die Zahlen in dem Papier zeigen, dass gemessen an der Sieben-Tage-Melderate nirgendwo sonst auf der Welt so viele Covid-Kranke auf Intensivstation behandelt worden sind, wie in Deutschland. Hinzu komme, so Prof. Schrappe: „**Ende April 2021** wurden **61 Prozent der Covid-Patienten in Krankenhäusern auf Intensivstationen** behandelt. In der **Schweiz** waren es nur **25 Prozent**, in **Italien elf Prozent**. Auch da sind wir weltweit die Nummer eins.“

„Nach unseren Auswertungen kam sie in der Befürchtung, kein Intensivbett mehr zu bekommen, besonders drastisch zur Geltung. Die irrationalen und die kostspieligen Konsequenzen spiegelt das DIVI-Intensivregister.“ Inzwischen stehe aber fest, dass **diese Angst vor knappen Intensivkapazitäten oder gar der Triage unbegründet war**: „Und es steht weiter fest, dass das **vielen Entscheidern während des gesamten Pandemieverlaufs bewusst gewesen sein muss**. Die Bundesregierung nahm immerhin eine halbe Milliarde Euro in die Hand, um den Aufbau zusätzlicher Intensivbettenkapazitäten zu finanzieren. Nach unseren Recherchen scheinen diese Betten aber nicht existent zu sein. Sie sind offensichtlich niemals geschaffen worden, oder wurden beantragt, obwohl es keine Pflegekräfte dafür gab.“

„Auch auf den Höhepunkten aller drei Wellen waren **nie mehr als 25 Prozent der Intensivbetten mit Covid-Patienten** belegt“, so der Mediziner in dem Interview mit der „Welt“. Deutschland habe **weltweit** „die **längste Liegedauer**, die **höchste Krankenhausdichte**, die **höchste Zahl von Intensivbetten pro 100.000 Einwohner**, wir haben mehr als dreimal mehr Intensivbetten als Frankreich mit 7000 Betten. Wir haben zusätzlich 11.000 Betten als Notfallreserve, die wir freilich nie aufgebaut und nie in Betrieb genommen haben. Wir ängstigen uns auf hohem Niveau.“

Nach dem Krankenhausentlastungsgesetz wurden für jedes neu aufgestellte Intensivbett 50.000 Euro zur Verfügung gestellt, so Prof. Schrappe zur „Welt“: „Auffällig ist, dass diese Betten plötzlich im Oktober von einem Tag auf den anderen vorhanden waren, in den Zahlen gibt es dort eine Stufe. Aber offensichtlich sind es in Cellophan verpackte Betten geblieben, die nicht einsatzfähig und auch später nie eingesetzt worden waren.“

Auch Berichten, wonach immer mehr junge Menschen im Alter von 30 bis 40 Jahren auf den Intensivstationen mit Covid-19 behandelt werden, steht Prof. Schrappe skeptisch gegenüber: „Die Zahlen dazu lieferten die Verantwortlichen von RKI und DIVI erst Anfang Mai. Jetzt steht fest: Diese Altersgruppe macht keine drei Prozent aller Covid-Patienten auf Intensivstation aus.“ Weiter sagte Prof. Schrappe der „Welt“: „Aber nicht nur die Datenlücken sind problematisch. Es wird auch **nicht sorgfältig mit den Zahlen umgegangen**. Es sind **nicht nur 10.000 Intensivbetten seit Sommer verschwunden**, sondern man hat **offensichtlich retrospektiv die Zahlen vom letzten Sommer korrigiert**. Wenn wir diese Daten mit den heutigen Zahlen im DIVI-Archiv vergleichen, sind da plötzlich nicht mehr in der Spitze knapp 34.000 Betten gemeldet, sondern nur noch rund 30.000. **Man hat rückwirkend systematisch eingegriffen, sodass überall 3000 Betten weniger verzeichnet sind. Das ist anrüchig**, weil diese Zahlen politische Konsequenzen hatten. Die Betten stehen in Krankenhausbedarfsplänen, und diese Betten werden finanziert.“

Beweis: <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus231167815/Intensivstationen-Es-geschehen-seltsame-unverstaendliche-Dinge.html> (Interview von Prof. Schrappe mit der „Welt“); sh. auch: <https://reitschuster.de/post/politische-bombe-schummeleien-mit-den-zahlen-aus-den-intensivstationen/>

Thesenpapier: http://www.matthias.schrappe.com/index.htm_files/thesenpapier_ad-hoc3_210517_endfass.pdf

II. Laut OLG Linz ab Ct-Wert von 30 keine Ansteckungsgefahr

In einem Beschluss stellt das OLG Linz fest, dass es an einer Übertragbarkeit der Krankheit mangelt, wenn keine Ansteckungsgefahr besteht. Vielmehr entscheide die Viruslast – also der CT-Wert – über eine Gefährdung. Ist dieser Wert über 30, kann keine Person infiziert werden. Diesen Wert müsste ein Gutachter zur Tatzeit feststellen. Und das könnte auch für andere Fälle gelten.

Beweis: <https://www.krone.at/2414029>

III. Fazit

Nach diesen Enthüllungen durch Prof. Schrappe in seinem Thesenpapier und im Interview mit der „Welt“ steht fest, dass es zu **keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems gab** und dies auch den Entscheidern bekannt gewesen sein musste. Weiter zeigt Prof. Schrappe auf, dass Deutschland die meisten Intensivbetten pro 100.000 Einwohner hat, die größte Krankenhausedichte und die längsten Liegezeiten weltweit. Weiter stellt Prof. Schrappe heraus, dass in **keinem Land im Vergleich zur Melderate so viele Infizierte intensivmedizinisch behandelt, und in keinem Land so viele hospitalisierte Infizierte auf der Intensivstation behandelt wurden**. Teilweise gab es in Deutschland sogar mehr Intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten. Darüber hinaus führt Prof. Schrappe einen vermeintlichen Mangel nicht auf fehlende Pflegekräfte zurück. Vielmehr habe die Zahl der Beschäftigten im Pflegebereich im Jahr 2020 um 43.000 zugenommen.

Prof. Schrappe wirft die Frage auf, wo die halbe Milliarde hingeflossen ist, mit dem der Ausbau der Intensivstationen finanziert werden sollte. Zudem weist Prof. Schrappe daraufhin, dass **nicht nur 10.000 Intensivbetten seit Sommer verschwunden sind**, sondern **offensichtlich retrospektiv die Zahlen vom letzten Sommer korrigiert** wurden.

Bei Vergleich dieser Daten mit den heutigen Zahlen im DIVI-Archiv sind plötzlich nicht mehr in der Spitze knapp 34.000 Betten gemeldet, sondern nur noch rund 30.000. **Rückwirkend sei systematisch eingegriffen worden, sodass überall 3000 Betten weniger verzeichnet sind. Das sei anrühlich.**

Der Beschluss des OLG Linz, wonach eine Ansteckungsfähigkeit nur bei einem Ct-Wert unter 30 gegeben sei, bestätigt einmal mehr, dass die derzeitige Erfassung der „Infektionszahlen“ allein auf Grundlage von positiver PCR-Tests oder Antigen-Schnelltests nicht das Infektionsgeschehen abbildet.

Dass weder PCR-Test noch Antigen-Schnelltest geeignet sind, eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachzuweisen, wurde ausführlich durch das gerichtliche Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer bestätigt.

Spätestens nach diesen Enthüllungen durch Prof. Dr. Schrappe in seinem Thesenpapier und dem „Welt“-Interview muss der **BayVerfGH unverzüglich die Vorschriften der 12. BayIfSMV vorläufig außer Vollzug** setzen. Im Anschluss daran sind sämtliche Vorschriften der 8., 10., 11., und 12. BayIfSMV nach Art. 98 S. 4 BV für nichtig zu erklären.

Helmut P. Krause
Rechtsanwalt