

**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. Juni 2021  
AGG430/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) (BayRS 2126-1-16-G)

und Erlass einstweiliger Anordnungen

Bezugnehmend auf das Schreiben des BayVerfGH vom 21.05.2021 beantrage ich

- I. **Im Hinblick auf die Hauptsacheverfahren betreffend die Popularklagen gegen die 8. BaylfSMV, 10. BaylfSMV, 11. BaylfSMV und 12. BaylfSMV die Verbindung mit insoweit jeweils bereits vorrangig anhängigen Popularklagen nach Art. 30 Abs. 1 VfGHG iVm § 93 VwGO, § 147 ZPO wegen Sachzusammenhangs und wegen des gleichen Verfahrensgegenstands (Nichtigkeit der 8. BaylfSMV, 10. BaylfSMV, 11. BaylfSMV und 12. BaylfSMV.**
  
- II. **Nach Verbindung zu den jeweils vorrangig anhängigen Popularklagen betreffend die 8. BaylfSMV, 10. BaylfSMV, 11. BaylfSMV und 12. BaylfSMV wird erneut beantragt, nach Art. 23 Abs. 4 VfGHG iVm § 411a ZPO die schriftliche Begutachtung zu den im Beschluss des AG Weimar vom 08.04.2021 (Az.: 9 F 148/21) auf Seite 19 genannten Beweisfragen/Beweisthemen 1 bis 7 durch die Verwertung der im Verfahren 9 F 148/21 durch das AG Weimar eingeholten drei Sachverständigengutachten von Prof. Dr. med. Ines Kappstein, von Prof. Dr. Christof Kuhbandner und von Prof. Dr. rer. biol. hum. Ulrike Kämmerer zu ersetzen.**

Ergänzend trage ich vor:

### **I. Erfordernis der Entscheidung über den Antrag auf Verbindung**

Der BayVerfGH ist gehalten, zeitnah über den Antrag auf Verbindung zu entscheiden. In jedem Fall muss eine Entscheidung über die Verbindung vor Entscheidung im Hauptsacheverfahren betreffend vorrangig anhängiger Popularklagen hinsichtlich der 8. BaylfSMV, 10. BaylfSMV, 11. BaylfSMV und 12. BaylfSMV erfolgen.

### **II. Bei Ablehnung einer Verbindung dieser Popularklagen mit den jeweils vorrangig anhängigen Popularklagen Erfordernis der Berücksichtigung von der in diesem Verfahren vorgetragenen Sachargumenten und Rechtsargumenten**

Der BayVerfGH hat **sämtlichen Sach- und Rechtsvortrag in diesem Verfahren** (Az. Vf 98- VII- 20) bei der Entscheidung über vorrangig anhängige Popularklagen betreffend die 8. BaylfSMV, 10. BaylfSMV, 11. BaylfSMV und 12. BaylfSMV zu berücksichtigen. Dem BayVerfGH sind bei Entscheidung über vorrangig anhängige Popularklagen betreffend die 8. BaylfSMV, 10. BaylfSMV, 11. BaylfSMV und 12. BaylfSMV die hier vorgetragenen Sach- und Rechtsargumente nebst den vorgelegten Beweisen **nachweislich bekannt**. Eine **zwingende Berücksichtigung** der im Verfahren Vf. 98-VII- 20 vorgetragenen Sach- und Rechtsargumente nebst den vorgelegten Beweisen gebietet darüber hinaus der **Amtsermittlungsgrundsatz**.

Dies gilt unabhängig von der Frage, ob der BayVerfGH dem Antrag auf Verbindung stattgibt. Selbst bei Ablehnung einer Verbindung müssen die im Vf. 98-VII-20 vorgetragenen Sach- und Rechtsargumente nebst vorgelegten Beweisen berücksichtigt werden.

### III. Absolute Unvertretbarkeit der Annahme einer drohenden Überlastung des Gesundheitssystems

Nachdem der Beirat des Gesundheitsministerium am 30.04.2021 eine Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise veröffentlicht hat (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html>), wonach **im Jahresdurchschnitt vier Prozent aller Intensivbetten mit Corona-Patienten** belegt waren und die Pandemie **zu keinem Zeitpunkt die stationäre Versorgung an ihre Grenzen gebracht** hat, kann eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems durch COVID-19 nicht mehr angenommen werden.

Zu demselben Ergebnis kommt auch Prof. Schrappe, wonach eine **fachliche Fundierung der offiziellen Kampagne** und der Interventionen einiger Fachgesellschaften, die auf der individuellen Angst vor nicht möglicher Aufnahme auf Intensivstation basiert, **nicht abgeleitet werden könne** (<https://www.welt.de/politik/deutschland/plus231167815/Intensivstationen-Es-geschehen-seltsame-unverstaendliche-Dinge.html>). Darüber hinaus wies Prof. Schrappe auf mehrere Ungereimtheiten hin, wie dass 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) Deutschland eine Sonderstellung einnimmt, da **in keinem Land im Vergleich zur Melderate so viele Infizierte intensivmedizinisch behandelt, und in keinem Land werden so viele hospitalisierte Infizierte auf der Intensivstation behandelt werden**. So wurden **Ende April 2021 61 Prozent der Covid-Patienten in Krankenhäusern auf Intensivstationen** behandelt, dagegen in der **Schweiz nur 25 Prozent**, in **Italien elf Prozent**. Diese Situation nehme im Zeitverlauf sogar zu und bedarf dringend einer genaueren Untersuchung (**drohende Überversorgung**). Zudem weist Prof. Schrappe auf die widersprüchliche Datenlage hin, da es Tage gab, an denen **mehr intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten** zu verzeichnen waren.

Folglich kommt auch die Analyse von Prof. Schrappe zu dem Ergebnis, dass zu keinem Zeitpunkt eine Überlastung unseres Gesundheitssystems drohte. Darüber hinaus weist Prof. Schrappe auf verschiedene Ungereimtheiten hin. So stellt sich die Frage, wie es sein kann, dass es Tage gab, an denen es mehr intensivpflichtige Patienten gab als hospitalisierte. Zudem stellt sich die Frage, wie es sein kann, dass in Deutschland mit Abstand die meisten COVID-19-Patienten im Krankenhaus auf Intensivstation behandelt werden müssen, während es in anderen europäischen Staaten deutlich weniger sind.

Nach der Analyse des Beirats des Gesundheitsministeriums vom 30.04.2021 und den Enthüllungen durch Prof. Schrappe und dessen Thesenpapier ist es **absolut unvertretbar, eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems durch COVID-19 anzunehmen**.

Für die Grundrechtseingriffe gibt es aufgrund oben genannter Quellen keine Rechtfertigung mehr, da nun feststeht, dass der Grund, weshalb in die Grundrechte der BV eingegriffen wurde (drohende Überlastung des Gesundheitssystems durch COVID 19) zu keinem Zeitpunkt gegeben war und auch jetzt nicht besteht.

Die Staatsregierung kann sich auch nicht auf die Einschätzungsprärogative zurückziehen. Das Urteil des BVerfG (BVerfGE 50, 290) zugrunde gelegt, musste die **Staatsregierung jeweils bei Erlass der 8. BaylFSMV, 10. BaylFSMV, 11. BaylFSMV und 12. BaylFSMV bei sachgerechter Auswertung der der Staatsregierung zugänglichen Erkenntnisquellen zu dem Ergebnis kommen, dass keine Überlastung des Gesundheitssystems drohte** und damit entsprechende Maßnahmen wie Lockdown, Schul- und Kitaschließung, Maskentragen, Kontaktbeschränkung und Ausgangssperre nicht angezeigt waren.

## 1. Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 im Bereich mittelschwerer Influenza

Bereits vor Erlass der 8. BaylFSMV war aufgrund des epidemiologischen Bulletins der WHO vom Oktober 2020 bekannt, dass die **Infection Fatality Rate bei 0,23 %** liegt, was dem **einer mittelschweren Influenza entspricht** (<https://www.who.int/bulletin/online-first/BLT.20.265892.pdf>; <https://www.n-tv.de/wissen/Covid-19-weniger-toedlich-als-vermutet-article22104272.html>). Diesem **epidemiologischen Bulletin der WHO** lag eine Studie des weltweit führenden und meistzitierten Wissenschaftlers Prof. Dr. John Ioannidis von der Stanford University zugrunde. Mit Aufnahme in den epidemiologischen Bulletin hat die WHO die IFR von 0,23 % für SARS-CoV-2 anerkannt.

## 2. Bisherige Auslastung der Intensivbetten und des Gesundheitssystems

Jeweils vor Erlass der 8., 10., 11. und 12. BaylFSMV war für die Staatsregierung bei Betrachtung des vom RKI zu verantwortenden **DIVI-Intensivregisters** (<https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/zeitreihen>) erkennbar, dass die **Gesamtauslastung der Intensivbetten seit Sommer 2020 auf etwa gleichem Niveau** verharrte.

Zudem war bekannt, dass während der sog. „1. Welle“ 410.000 Mitarbeiter von Krankenhäusern und Arztpraxen sich in Kurzarbeit befunden haben (vgl. <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/coronavirus-rund-410-000-antraege-auf-kurzarbeit-fuer-kliniken-und-aerzte-a-51dd8fd8-0fd3-4aba-a8dc-8bfa75e0dfc4>). Daraus musste geschlossen werden, dass es im Rahmen der „1. Welle“ in keiner Weise zu einer Überlastung des Gesundheitssystems gekommen war.

Aufgrund der **Lageberichte der Arbeitsgruppe Influenza des RKI** war jeweils erkennbar, dass zum Zeitpunkt des jeweiligen Verordnungserlasses **nicht mehr akute Atemwegserkrankungen verzeichnet wurden als in den Vorjahren**. Es waren sogar weniger akute Atemwegserkrankungen als in den Vorjahren (vgl. <https://grippeweb.rki.de/Wochenberichte/2020/2020-42.pdf>; [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020\\_2021/2020-47.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2020-47.pdf); [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020\\_2021/2020-49.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2020-49.pdf); [https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020\\_2021/2021-08.pdf](https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-08.pdf)).

Bei Erlass der 10. BaylFSMV konnte die Staatsregierung zusätzlich auf die Ergebnisse der Analyse der Initiative Qualitätsmedizin e.V zurückgreifen. Die Initiative Qualitätsmedizin e.V. hat die Belegung von 421 Kliniken im ersten Halbjahr 2020 mit der Belegung der 421 Kliniken im ersten Halbjahr 2019 verglichen und kam zu dem Ergebnis, dass es 2020 weniger SARI-Erkrankte, weniger Patienten auf Intensivstation, weniger beatmete Patienten gab als 2019 (<https://www.helios-health.com/what-we-do/covid-20-german>).

Eine aktualisierte Analyse für den Zeitraum von Januar bis Oktober der Jahre 2019 und 2020 wurde am 1.12.2020 veröffentlicht und stand der Staatsregierung bei Erlass der 11. BaylFSMV zur Verfügung. Das Ergebnis hatte sich nicht verändert. Die Auswertung der Initiative Qualitätsmedizin e.V. ergab wiederum, dass 2020 weniger Patienten auf Intensiv

waren und weniger Patienten beatmet wurden als 2019. Insgesamt waren die untersuchten Kliniken 2019 deutlich stärker belegt als 2020 (vgl. <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/covid-19-pandemie>). Es wird hier auf die Popularklagen verwiesen, in denen jeweils die Tabelle der aktuellen Analyse der Initiative Qualitätsmedizin e.V. abgedruckt war. Am 16.02.2021 veröffentlichte die Initiative Qualitätsmedizin e.V. eine Analyse betreffend das komplette Jahr 2020 und verglich diese Daten mit der Klinikbelegung im Jahr 2019. Diese Analyse war dem Verordnungsgeber vor Erlass der 12. BayIfSMV zugänglich.

Schließlich erschien im März 2021 im Deutschen Ärzteblatt ein Artikel von Prof. Reinhard Busse und Dr. Ulrike Nimptsch der für das **Jahr 2020 eine historisch niedrige Bettenauslastung** feststellte. Dabei hatten die Autoren die Daten ausgewertet, die die Krankenhäuser an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermittelt hatten (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung#comments>). Dieser Artikel stand der Staatsregierung ab Mitte März 2021 zur Verfügung und hätte bei den entsprechenden Änderungen der 12. BayIfSMV Berücksichtigung finden müssen und eigentlich zur Folge haben müssen, dass die Maßnahmen sofort beendet werden.

### 3. Keine Übersterblichkeit im Jahr 2020

Die Staatsregierung konnte jeweils bei Erlass der 8., 10., 11. und 12. BayIfSMV auf die **Daten des Statistischen Bundesamts** zurückgreifen. Daraus ergab sich jeweils keine Übersterblichkeit für das Jahr 2020.

Zudem wurde im Oktober 2020 eine Berechnung von Prof. Dr. Andreas Stang von der Universität Essen mit dem Ergebnis veröffentlicht, wonach es während der ersten Pandemiewelle sogar eine **Untersterblichkeit** gegeben habe (<https://www.bild.de/bild-plus/ratgeber/2020/ratgeber/zahlen-zur-corona-gefaehrlichkeit-experten-sehen-untersterblichkeit-73376352.view=conversionToLogin.bild.html>).

Diese Berechnung und das entsprechende Ergebnis von Prof. Andreas Stang musste von der Staatsregierung bei Erlass der 8., 10., und 11. BayIfSMV Berücksichtigung finden.

Zwar gab es im November und Dezember 2020 einen Anstieg der Todesfälle. Jedoch führte auch dieser Anstieg nicht zu einer Übersterblichkeit. Nach den Berechnungen von Prof. Dr. Kauerman vom Institut für Statistik der LMU München sind **im Jahr 2020 tatsächlich nicht mehr Menschen gestorben als im Schnitt der vier Jahre zuvor**. Prof. Kauermann verwies 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 ([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](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)). Dieser Artikel wurde am 31.01.2021 im Focus veröffentlicht und stand der Staatsregierung vor Erlass der 12. BayIfSMV zu Verfügung.

#### **IV. Absolute Unvertretbarkeit der Annahme eines gestiegenen Infektionsgeschehens zum Zeitpunkt des Erlasses der Verordnungen der BayIfSMV**

Jeweils bei Erlass der 8., 10., 11., und 12. BayIfSMV konnte die Staatsregierung von keinem gestiegenen Infektionsgeschehen ausgehen, da der Staatsregierung die Unzuverlässigkeit der vom RKI gemeldeten „Infektionszahlen“ bekannt sein musste.

Bereits mit der Stellungnahme des Berliner Senats vom 30.10.2020 musste der Bayerischen Staatsregierung bekannt sein, dass das alleinige Abstellen auf einen positiven PCR-Test nicht das Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 abbilden kann. Auf eine Anfrage des Abgeordneten Luthé hat der Berliner Senat am 30.10.2020 eine Stellungnahme zur Aussagekraft des PCR-Tests abgegeben. Der Berliner Senat gibt darin an, dass PCR-Tests eigentlich **nicht in der Lage sind, eine Infektion im Sinne des Infektionsschutzgesetzes festzustellen**. (Berliner Zeitung vom 07.11.2020; Berlin: Anfrage zu PCR-Tests und Antwort des Senats; Quelle: <https://www.berliner-zeitung.de/news/anfrage-an-berliner-senat-weckt-zweifel-an-aussagekraft-von-pcr-test-li.117128>). Es ist davon auszugehen, dass diese Stellungnahme des Berliner Senats dem Ministerpräsidenten Dr. Söder bereits vor Veröffentlichung in der Berliner Zeitung bekannt gewesen sein muss, da der Ministerpräsident in regelmäßigem Austausch mit den Ministerpräsidenten der anderen Länder stand und regelmäßig sogenannte „Kanzlerrunden“ stattfanden. Jedenfalls war es ab 7.11.2020 in der Berliner Zeitung abgedruckt und ab diesem Zeitpunkt ist von einer Kenntnis der Staatsregierung auszugehen. Das bedeutet eine gesicherte Kenntnis ist eine Woche nach Erlass der 8. BayIfSMV gegeben. Aus der Stellungnahme der Staatsregierung in diesem Verfahren vom 26.01.2021 geht hervor, dass jeder positive Laborbefund eines PCR-Tests als Fall einer Infektion mit SARS-CoV-2 gewertet wird. Diese Annahme hätte die Bayerische Staatsregierung aufgrund der Stellungnahme des Berliner Senats vom 30.10.2020 aber nicht mehr treffen dürfen.

Vor Erlass der 8. BayIfSMV war der Bayerischen Staatsregierung jedenfalls die Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer vom 10.10.2020 bekannt. Nach Ansicht der Bayerischen 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 (Quelle: <https://www.blaek.de/meta/presse/presseinformationen/presseinformationen-2020/aussagekraft-von-pcr-tests-auf-sars-cov-2-erhoehen>). Aufgrund dieser Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer vom 10.10.2020 hätte die Bayerische Staatsregierung dafür Sorge tragen müssen, dass nur noch PCR-Tests zur Anwendung kommen, die weniger als 35 Zyklen fahren. Aber auch das hat die Bayerische Staatsregierung nicht getan. Die Staatsregierung musste aber aufgrund der Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer wissen, dass die Infektionszahlen nicht zuverlässig sind, da auch PCR-Tests zur Anwendung kommen, die mehr als 35 Zyklen fahren.

Schließlich wurde am 27.11.2020 eine Peer Review Studie zum PCR-Test von Prof. Drosten publiziert. Die 22 Wissenschaftler kamen zu dem Ergebnis, dass der Test **als spezifisches Diagnosewerkzeug ungeeignet** ist, um das SARS-CoV-2-Virus zu identifizieren und Rückschlüsse auf das Vorliegen einer Infektion zu ziehen. Schließlich wurde „Eurosurveillance“ von den Wissenschaftlern aufgefordert, das Papier zum PCR-Test zurückzuziehen (Quelle: <https://cormandrostenreview.com/report/> ). Vor Erlass der 10. BayIfSMV musste der Bayerischen Staatsregierung diese Studie vom 27.11.2020 bekannt sein. Die Kenntnis dieser Studie hätte zwingend zur Folge haben müssen, dass der PCR-Tests von



Prof. Drosten keine Anwendung mehr hätte finden dürfen und aus dem Verkehr hätte gezogen werden müssen. Dies ist nicht geschehen. Stattdessen wurde dieser PCR-Test von Prof. Drosten weiterverwendet, was zu einer **eindeutigen Verfälschung der Infektionszahlen führen musste**.

Zusätzlich zeigte sich die **hohe Fehlerquote von PCR-Tests in der Praxis** bereits vor Erlass der 8. BayIfSMV. So hatte ein großes bayerisches Labor bei Corona-Tests reihenweise falsch positive Ergebnisse hervorgebracht. Bei Nachprüfung in einem Krankenhaus im oberbayerischen Taufkirchen/Vils ist aufgefallen, dass sich 58 von 60 positiven Tests als falsch positiv herausgestellt haben (Quelle: <https://www.rnd.de/panorama/corona-panne-in-bayern-58-von-60-positiven-tests-falsch-GTBN7TQEKVB7N6S2ZVRNVC6CGI.html>). Auch bei Profifußballspielern ergab eine Nachtestung, dass der zunächst durchgeführte PCR-Test falsch positiv war. So gab es falsch positive PCR-Tests beim FC-Bayern- Spieler Serge Gnabry, bei den Würzburger Kickers und beim 1. FC Heidenheim (Quelle: <https://www.faz.net/aktuell/sport/fussball/fussballvereine-von-falsch-positiven-corona-tests-betroffen-17019023.html>).

Auch die hohe Fehlerquote in der Praxis war der Bayerischen Staatsregierung bekannt und hätte dazu führen müssen, dass sie bei Bewertung des Infektionsgeschehens nicht allein auf ein positives PCR-Test-Ergebnis abstellt.

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. Diese WHO-Notiz (Quelle: <https://www.who.int/news/item/20-01-2021-who-information-notice-for-ivd-users-2020-05> ) war der Bayerischen Staatsregierung ab dem 20.01.2021 bekannt, also für etwaige Abänderungen der 11. BayIfSMV relevant, und vor Erlass der 12. BayIfSMV am 5.03.2021. Diese Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021 hätte zur Folge haben müssen, dass ein **PCR-Test bei asymptomatischen Personen gar nicht mehr erfolgt**, da ein PCR-Tests bei asymptomatischen Personen keine Aussagekraft hat und zwingend ein weiterer Test durchzuführen ist. Stattdessen wurde diese Informationsnotiz der WHO von der Bayerischen Staatsregierung ignoriert und weiterhin symptomlose Personen getestet und die positiven PCR-Testergebnisse von symptomlosen Personen – entgegen der Informationsnotiz der WHO – als Fall im Sinne einer Infektion gezählt. Spätestens ab dem 20.01.2021 musste die Bayerische Staatsregierung wissen, dass die „**Infektionszahlen**“ **keinerlei Aussagekraft über das tatsächliche Infektionsgeschehen** haben. Völlig sinnbefreit wurde dann aber auch noch eine Testpflicht bei Schülern nach § 18 Abs. 4 der 12. BayIfSMV angeordnet. Hier werden noch weniger aussagekräftige Antigen-Schnelltests verwendet.

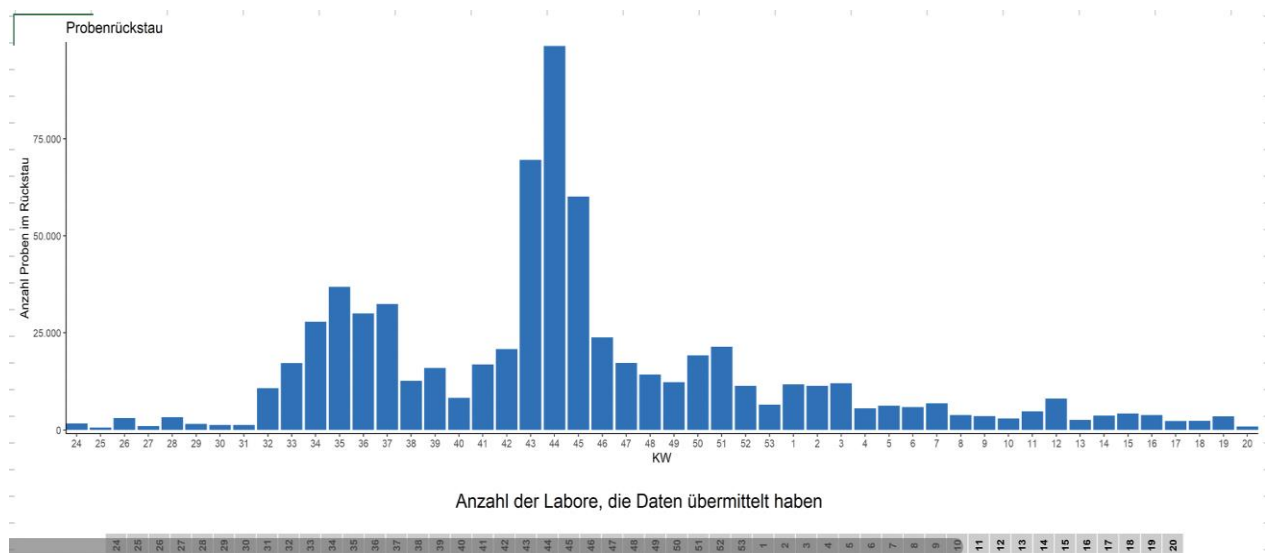
Mit dem besonders fundierten **gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer** aus dem Verfahren 9 F 148/21 steht fest, dass die Testung asymptomatischer Menschen anhand eines Nasen-Rachenabstrichs, wie er massenweise unkritisch und überwiegend von nicht-medizinischen Personal OHNE (hierbei entscheidend: entgegen der WHO-Forderung!) Anamnese- und Symptomerhebung bei den Getesteten erfolgt, mittels **eingesetzter RT-qPCR nicht tauglich ist, eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu erkennen**. Zur Aussagekraft von Antigen-Schnelltests resümiert die Sachverständige (S. 163), dass die zum Massentest eingesetzten **Antigen-Schnelltests keinerlei**

**Aussage über eine Infektiosität leisten können**, da hiermit nur Protein-Bestandteile ohne Zusammenhang mit einem intakten, vermehrungsfähigen Virus nachgewiesen werden können. Um eine Abschätzung der Infektiosität der getesteten Personen zu erlauben, müsste der jeweilig durchgeführte positive Test (ähnlich wie der RT-qPCR) individuell mit einer Anzuchtbarkeit von Viren aus der Testprobe abgeglichen werden, was unter den extrem variablen und nicht überprüfbaren Testbedingungen unmöglich ist. Die **geringe Spezifität der Tests bedinge eine hohe Rate an falsch positiven Ergebnissen**, welche unnötige personelle (Quarantäne) und gesellschaftliche (z.B. Schulen geschlossen, „Ausbruchsmeldungen“) Folgen nach sich ziehen, bis sie sich als Fehlalarm entpuppen.

Spätestens mit diesem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer ist es für das Gericht **absolut unvertretbar**, auf die **gemeldeten Infektionszahlen und den 7-Tage-Inzidenz-Wert bei Beurteilung des Infektionsgeschehens abzustellen**.

Hinzu kommt, dass beim 7-Tage-Inzidenzwert bereits fraglich ist, ob das RKI hier § 28a Abs. 3 IfSG beachtet. Es kommt nämlich entscheidend darauf an, ob es sich um **Neuinfektionen innerhalb der letzten 7 Tage** handelt. **Alle Infektionen, die sich vor sieben Tagen ereignet haben, dürfen nach § 28a Abs. 3 IfSG nicht Einfluss in den 7-Tage-Inzidenzwert** finden. Die Praxis beim RKI ist jedoch diejenige, dass alle positiven Rückmeldungen aus den Laboren Eingang in den 7-Tage-Inzidenzwert finden, unabhängig von der Frage, wann die Probe entnommen wurde. So werden auch positive Ergebnisse von Proben aus dem PCR-Tests berücksichtigt, die bereits Monate zurückliegen (sogenannte **rückgestaute Proben**).

Bislang wurde immer auf die Grafik zu den rückgestauten Proben aus dem Situationsbericht vom 23.12.2020 verwiesen. Eine aktuelle Grafik zu den rückgestauten Proben zeigt, dass noch immer nicht alle PCR-Tests aus der KW 24 des letzten Jahres ausgewertet sind.



Fließen Ergebnisse von PCR-Tests, die mehrere Monate zurückliegen, in den 7-Tage-Inzidenzwert ein, wird dieser dadurch **verfälscht** und die Vorgaben von § 28a Abs. 3 IfSG werden missachtet.



## V. Absolute Unvertretbarkeit der Annahme der Wirksamkeit von Maskentragen, Lockdown, Schulschließungen und Abstandhalten zur Reduzierung von COVID-19-Krankheitsfällen

Mit Veröffentlichung des aktuellen CoDAG-Berichts Nr. 16 ([https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag\\_bericht\\_16.pdf](https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_16.pdf)) vom 26.05.2021 des Instituts für Statistik der Ludwigs-Maximilians-Universität (LMU) München steht fest, dass sich seit **September** „**kein unmittelbarer Zusammenhang mit den getroffenen Maßnahmen**“ – und zwar weder im Bezug auf den „Lockdown-Light“ am 2. November noch der Verschärfung am 16. Dezember 2020, noch der „Bundesnotbremse“ ergibt. Aufgrund dieses Berichts ist bewiesen, dass sämtliche seit **September 2020 ergriffenen Maßnahmen ohne Wirkung** waren. Die mit den Verordnungen der 8., 10., 11. und 12. BayLfSMV waren bereits nicht geeignet, eine Ansteckung mit SARS-CoV-2 bzw. eine Erkrankung mit COVID 19 zu verhindern.

Die Ergebnisse des CoDAG-Berichts Nr. 16 werden auch durch die **vorherrschende Praxis in anderen Ländern ohne Maßnahmen** wie Lockdown, Maskenpflicht, Ausgangssperre und Schulschließungen bestätigt. In Ländern ohne Maßnahmen wie Maskenpflicht, Lockdown, Ausgangssperre und ohne Schulschließung ist weder das Gesundheitssystem zusammengebrochen noch gab es dort eine Übersterblichkeit, noch gab es dort mehr COVID 19- Tote als in Ländern mit strikten Maßnahmen. Als Beispiel wurde hier **Schweden** angeführt (<https://reitschuster.de/post/der-schwedische-weg-was-die-zahlen-sagen/>). **24 US-Staaten** sind bereits **komplett zum normalen Leben zurückgekehrt** (<https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/states-reopen-map-coronavirus.html>), ohne dass das Gesundheitssystem überlastet gewesen wäre oder die COVID-19-Todesfälle angestiegen wären. Der Erfolg in den Staaten ohne Maßnahmen **kann auch nicht auf die COVID-Impfung zurückgeführt** werden, da Florida bereits seit Ende September 2020 geöffnet hat (<https://www.nordbayern.de/panorama/kein-lockdown-keine-masken-so-lauft-floridas-sonderweg-1.10957672>) und in South Dakota nie ein Lockdown gemacht wurde. In diesen beiden Staaten wurden die Maßnahmen aufgehoben bzw. keine ergriffen, als die COVID-19-Impfung noch gar nicht zur Verfügung stand. North Dakota öffnete bereits am 19.01.2021, die meisten anderen Staaten Anfang März 2021, als die Impfquote in den USA noch recht niedrig war (vgl. <https://www.hauke-verlag.de/in-22-us-bundesstaaten-gibt-es-seit-monaten-keinerlei-corona-massnahmen-mehr-und-trotzdem-kein-ueberlastetes-gesundheitswesen/>). In mehr als **30 US-Staaten** gibt es **keine Maskenpflicht** mehr, ohne dass es zu einer Überlastung des Gesundheitssystems oder einem Anstieg der COVID-19- Todesfälle gekommen wäre (<https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/states-reopen-map-coronavirus.html>).

Dass das **Maskentragen nicht vor Ansteckung mit SARS-CoV-2 schützt**, ist zudem durch das **gerichtliche Sachverständigengutachten** von **Prof. Dr. Ines Kappstein** aus dem Verfahren 9 F 148/21 vor dem AG Weimar (Beschluss vom 8.04.2021) belegt. Nach Auswertung von 150 wissenschaftlichen Quellen kommt Prof. Dr. Kappstein zu dem Ergebnis, dass es **keine Belege dafür gibt**, dass **Gesichtsmasken unterschiedlicher Art das Infektionsrisiko durch SARS-CoV-2 überhaupt oder sogar nennenswert senken können**. Unter Auswertung von 98 wissenschaftlichen Publikationen kommt auch das gerichtliche Sachverständigengutachten von **Prof. Dr. Kuhbandner** zu dem Ergebnis, dass es bisher **keine hochwertige wissenschaftliche Evidenz dafür gibt, dass durch das Tragen von Gesichtsmasken das Infektionsrisiko nennenswert gesenkt werden kann**.

Die Staatsregierung kann sich auch insoweit nicht auf die Einschätzungsprärogative berufen, da die Staatsregierung in Anlehnung an das Urteil des BVerfG (BVerfGE 50, 290) **jeweils bei Erlass der 8. BaylFSMV, 10. BaylFSMV, 11. BaylFSMV und 12. BaylFSMV bei sachgerechter Auswertung der der Staatsregierung zugänglichen Erkenntnisquellen zu dem Ergebnis kommen** musste, dass der Lockdown unwirksam war. Aus dem bereits vielfach angeführten **epidemiologischen Bulletin des RKI vom 15.04.2020** ergibt sich, dass der **1. Lockdown nicht wirksam war**, da er zu einem Zeitpunkt erfolgte, als der R-Wert bereits unter 1 lag (Quelle: [https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/6650.2/17\\_2020\\_2.Artikel.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://e-doc.rki.de/bitstream/handle/176904/6650.2/17_2020_2.Artikel.pdf?sequence=3&isAllowed=y) ). Unter Berücksichtigung des Meldeverzugs in Bezug auf die Neuinfektionen muss davon ausgegangen werden, dass nicht einmal die Schul- und Kitaschließungen am 13.03.2020 eine Wirkung erzielten. Allenfalls die Absage von Großveranstaltungen am 09.03.2020 konnte sich noch kausal auswirken auf den Rückgang der Neuinfektionen. Das epidemiologische Bulletin des RKI vom 15.04.2020 war der Bayerischen Staatsregierung bereits vor Erlass der 8. BaylFSMV bekannt. Die Staatsregierung wusste daher vor Erlass der 8., 10., 11. und 12. BaylFSMV, dass die Maßnahmen wie Lockdown, Schul- und KitaSchließungen schon im März 2020 keinerlei Wirkung gezeigt hatten.

Hinsichtlich des **2. Lockdowns** wurde **die Wirkungslosigkeit des Lockdowns** belegt durch den **CoDAG-Bericht Nr. 4 des Instituts für Statistik der LMU München** vom 11.12.2020 (Quelle: <https://www.stablab.stat.uni-muenchen.de/assets/docs/codag-bericht-4.pdf> ) und das Thesenpapier 7 vom 10.01.2021 der Autorengruppe um Prof. Dr. Schrappe (Quelle: [https://www.matthias.schrappe.com/index\\_htm\\_files/Thesepap7\\_210110\\_endfass.pfd](https://www.matthias.schrappe.com/index_htm_files/Thesepap7_210110_endfass.pfd)).

Der CoDAG-Bericht Nr. 4 des Instituts für Statistik der LMU München vom 11.12.2020 stand der Staatsregierung vor Erlass der 11. BaylFSMV zur Verfügung.

## **VI. Absolute Unvertretbarkeit der Annahme der Unschädlichkeit des Maskentragens auf Körper und Psyche**

Bereits vor Erlass der 8. BaylFSMV war aus dem **Arbeitsschutz** und aus **mehreren wissenschaftlichen Publikationen**, die alle in der Popularklage zur 8. BaylFSMV aufgeführt sind, bekannt, dass stundenlanges Maskentragen physische und psychische Schäden verursacht. Im weiteren Verlauf kamen weitere wissenschaftliche Publikationen hinzu. Unter der Frage 7 an die Staatsregierung sind die Quellen zu diesen wissenschaftlichen Publikationen nochmals genannt.

Mit dem **gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kuhbandner** im Verfahren 9 F 148/21 vor dem AG Weimar (Beschluss vom 8.04.2021) ist nun erwiesen, dass das Maskentragen insbesondere im Hinblick auf Schüler **Schäden physischer, psychischer und pädagogischer Art verursacht**. Hinsichtlich der Schäden nimmt Prof. Dr. Kuhbandner Bezug auf die Empfehlung der WHO vom 1.12.2020, auf eine Publikation in der Fachzeitschrift Medical Hypothesis vom Januar 2021, auf eine Veröffentlichung im British Medical Journal vom August 2020 betreffend psychischen, biologischen und immunologischen Risiken speziell für Kinder und Schüler und auf die Monatsschrift Kinderheilkunde. In letzterer Publikation wurden verschiedene Beschwerden aufgezählt: Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, Unwohlsein, Beeinträchtigung beim Lernen, Benommenheit/Müdigkeit, Schwindel, Augenflimmern, Bauchschmerzen, Appetitlosigkeit, trockener Hals, Übelkeit, etc.

Im Weiteren werden im Gutachten Schäden wie Munderkrankungen, Verformung der Ohrmuschel thematisiert.

Ab Seite 132 widmet sich der Sachverständige den psychischen Nebenwirkungen durch das Maskentragen. Hier führt er an: eine Einschränkung der nonverbalen Kommunikation, negative Verzerrung des emotionalen Erlebens, Beeinträchtigung der Empathie. Darüber hinaus bestehe die Gefahr der Diskriminierung (S.134) und das Auslösen und Aufrechterhalten von entwicklungspsychologisch unangemessenen Ängsten.

## **VII. Absolute Unvertretbarkeit im Hinblick auf die Gefährlichkeit von COVID-19 auf die Summe der COVID-19-Todesfälle in Deutschland abzustellen**

Der BayVerfGH kann die Grundrechtseingriffe nicht durch die Summe der hier berichteten COVID-19- Todesfälle begründen.

Die Anzahl der COVID-19-Todesfälle ist aus mehreren Gründen keine **zuverlässige Größe**.

Zum einen räumt die Bayrische Staatsregierung in ihrer Stellungnahme vom 26.01.2021 selbst ein, dass auch Todesfälle als COVID-19-Todesfälle erfasst werden, die nicht an sondern mit COVID-19 gestorben sind und auch solche, bei denen der Verdacht auf COVID 19 bestand.

Die von Prof. Püschel im April 2020 durchgeführten Obduktionen brachten ans Tageslicht, dass alle von ihm obduzierten COVID-19-Todesfälle an mehreren gravierenden Vorerkrankungen litten.

Bereits mit Popularklage von 23.12.2020 (Seite 23/24 in der Popularklage gegen die 12.BaylfSMV) gegen die 11. BaylfSMV wurde ein Schreiben der kassenärztlichen Vereinigung vom 4.12.2020 an alle Praxen des Landkreis Aichach-Friedberg vorgelegt. In diesem Schreiben wurden die Ärzte gebeten, bei verstorbenen Heimbewohnern, die bislang negativ auf COVID-19 getestet wurden, im Rahmen der Leichenschau einen erneuten PCR-Abstrich durchzuführen. Bei verstorbenen Heimbewohnern, die bislang negativ auf Corona getestet wurden, einen erneuten Test durchzuführen, macht keinen Sinn. Es hat nur den Zweck, die Zahl der COVID-19 Todesfälle künstlich nach oben zu schrauben.

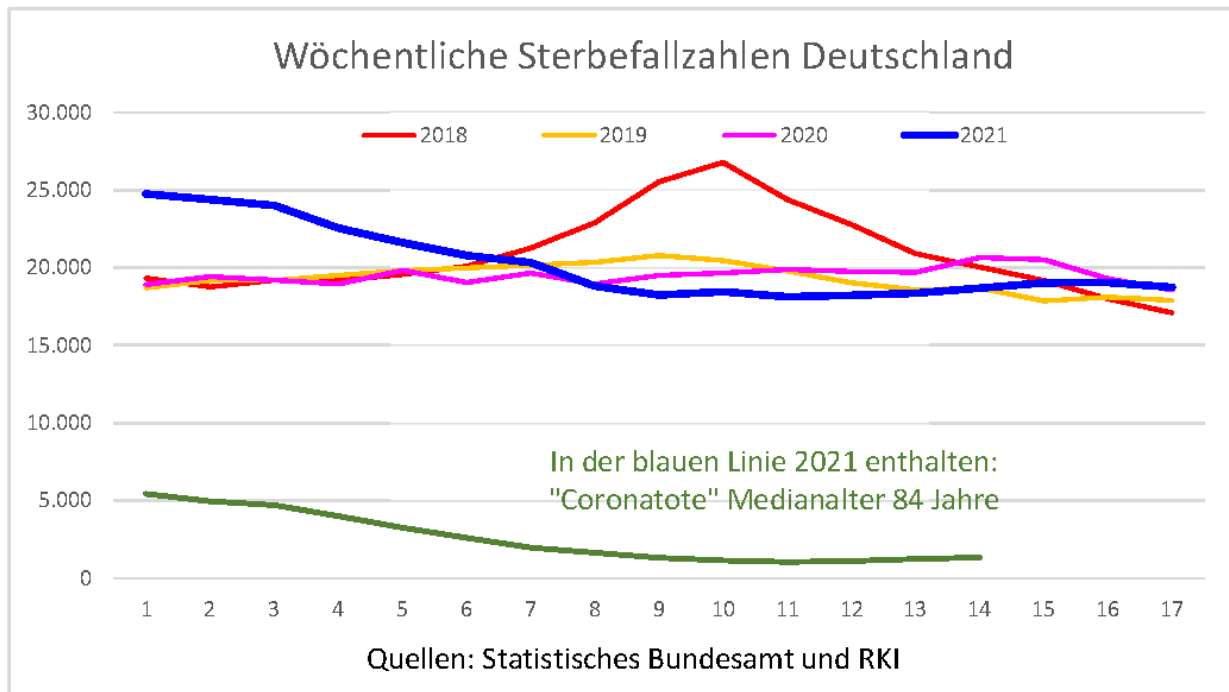
Zudem wurde belegt, dass Ärzte von der Klinikleitung angewiesen werden, die Totenscheine auf „Corona“ zu fälschen (vgl. <https://reitschuster.de/post/herr-doktor-faelscht-die-totenscheine/>).

Aufgrund dieser Belege ist bewiesen, dass die Anzahl der COVID-19-Toten keine zuverlässige Größe ist.

Darüber hinaus zeigt sich auch anhand der Tatsache, dass es 2020 keine Übersterblichkeit in Deutschland gab ([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](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)) und es auch jetzt keine Übersterblichkeit gibt, dass COVID 19 nicht die Gefahr darstellt, zu der sie von Politik und Medien hochstilisiert wird. Vielmehr ist auf-

grund der Tatsache, dass es keine Übersterblichkeit gibt und sich die Sterbefälle im Rahmen der Vorjahre bewegen, anzunehmen, dass viele andere Sterbefälle zu COVID-19-Todesfällen umgewidmet werden.

Zur Erläuterung nachstehende Grafik zur Frage einer Übersterblichkeit im Jahr 2021:



### VIII. Fragenkatalog an die Bayerische Staatsregierung vor Entscheidung in der Hauptsache in der vorrangig anhängigen Popularklage

Dem Schreiben des BayVerfGH vom 21.05.2021 ist zu entnehmen, dass der BayVerfGH bislang den Schriftsatz mit dem Fragenkatalog nicht an die Bayerische Staatsregierung geschickt hat. Der Fragenkatalog wird aber als wesentlich angesehen. Daher wird **erneut** gebeten, der **Bayerischen Staatsregierung folgenden Fragenkatalog zuzuleiten** und um **Stellungnahme der Bayerischen Staatsregierung** zu den Fragen:

1. Die Bayerische Staatsregierung wird gebeten, die Akten zu den Verordnungen der 8. BayIfSMV, 10. BayIfSMV, 11. BayIfSMV und 12. BayIfSMV dem BayVerfGH vorzulegen.
2. Soweit keine Akten für die eben genannten Verordnungen vorgelegt werden können, wird gebeten, die **wissenschaftlichen Publikationen mit Autor, Titel und Quelle der Veröffentlichung zu benennen**, die belegen, dass Maskentragen, Lockdown, Schul- und Kitaschließungen, Kontaktbeschränkung und Ausgangssperren das Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 nennenswert senken.
3. Laut epidemiologischem Bulletin der WHO vom Oktober 2020 liegt die IFR (Infection Fatality Rate) im Durchschnitt bei 0,23 %, was der IFR einer mittelschweren Grippe entspricht (vgl. [https://www.who.int/bulletin/online\\_first/BLT.20.265892.pdf](https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf);

<https://www.n-tv.de/wissen/Covid-19-weniger-toedlich-als-vermutet-article22104272.html> ).

Aus welchem Grund halten die Staatsregierung diese Einschätzung der Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 durch die WHO für unzutreffend? Die Staatsregierung wird gebeten, die wissenschaftlichen Publikationen zur Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 zu nennen, auf welche sie ihre Gefahreinschätzung stützt.

Die Einschätzung der WHO zur Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 zugrunde gelegt, warum war es in den Vorjahren nicht erforderlich, während der Grippezeit Maßnahmen wie Maskenpflicht, Lockdown, Schul- und Kitaschließungen, Kontaktbeschränkung und Ausgangssperren zu ergreifen?

4. Die Corona-Maßnahmen wie Maskenpflicht, Lockdown, Schulschließungen, Kontaktbeschränkung und Ausgangsbeschränkung werden insbesondere mit einer drohenden Überlastung des Gesundheitssystems begründet.

Wie erklärt sich die Staatsregierung, dass die Gesamtauslastung der Intensivbetten laut DIVI-Intensivregister seit Sommer 2020 auf etwa gleichem Niveau verharrt, dass die Mitglieder des Beirats (Bundesministerium für Gesundheit) zum Schluss kommen, dass die Pandemie zu keinem Zeitpunkt die stationäre Versorgung in Krankenhäusern an ihre Grenzen gebracht hat (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/2-quartal/corona-gutachten-beirat-bmg.html>) und dass eine Analyse der Daten des Instituts für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) für das Jahr 2020 im Vergleich zu den Vorjahren eine historisch niedrige Bettenauslastung ergab (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung>)?

Wieso hat die Staatsregierung zugelassen, dass in einer Pandemie vier bayerische Krankenhäuser im Jahr 2020 geschlossen haben ( <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108703/Krankenhaus-in-Parsberg-schliesst-vorzeitig>, <https://www.onetz.de/oberpfalz/waldsassen/kliniken-nordoberpfalz-waldsassen-verliert-orthopaedie-reha-id3016928.html>, <https://www.otv.de/waldsassen-vohenstrauss-betrieb-an-den-standorten-der-kliniken-nordoberpfalz-ag-wird-eingestellt-429727/>, <https://www.nordbayern.de/region/fuerth/jetzt-also-doch-schon-klinik-hat-patientenversorgung-eingestellt-1.10478570>)?

Wieso wurden in einer Pandemie 7.000 Intensivbetten innerhalb von elf Monaten abgebaut ([https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/von-31-000-auf-24-000-warum-in-elf-monaten-7000-deutsche-intensivbetten-verschwunden-sind\\_id\\_13167403.html](https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/von-31-000-auf-24-000-warum-in-elf-monaten-7000-deutsche-intensivbetten-verschwunden-sind_id_13167403.html))?

Was tut die Staatsregierung, um der Schließung von Krankenhäusern und dem Abbau von Intensivbetten entgegenzuwirken? Bereits jetzt ist bekannt, dass die Sana-Kliniken in Franken weitere 1.000 Stellen streichen wollen (<https://www.infranken.de/lk/nuernberg/sana-kliniken-tochter-will-1000-stellen-streichen-drei-fraenkische-krankenhaeuser-betroffen-art-5200866>).

Hier sei noch auf einen Artikel verwiesen, der mögliche Gründe für den Intensivbettenabbau beleuchtet: <https://corona-blog.net/2021/04/23/das-raetsel-der-abgebauten-intensivbetten-ist-geloest/>.



5. Wie erklärt sich die Staatsregierung, dass Schweden im Jahr 2020 ohne Maskenpflicht, Lockdown und ohne Schul- und Kitaschließungen durch die Pandemie gekommen ist und es dort zu keinem Zusammenbruch des Gesundheitssystems und auch zu keiner Übersterblichkeit gekommen ist (<https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/en/ssd/>; <https://reitschuster.de/post/der-schwedische-weg-was-die-zahlen-sagen/>)?

Warum können in den US-Bundesstaaten Texas und Florida bereits seit mehreren Monaten Großveranstaltungen mit gefüllten Stadien und ein normales Leben stattfinden (<https://reitschuster.de/post/feiern-statt-lockdown-und-geringe-fallzahlen-der-texasische-weg/>), in Deutschland dagegen nicht? Warum haben die US-Bundesstaaten, die die Maßnahmen weitgehend aufgehoben haben (zwischenzeitlich 30 US-Staaten ohne Maskenpflicht) weniger Infektionszahlen und weniger Corona-Tote als US-Staaten mit strikten Maßnahmen (<https://unser-mittleuropa.com/texas-beendete-lockdowns-und-maskenpflicht-covid-jetzt-am-staerksten-in-den-staaten-mit-aufrechten-lockdown-massnahmen/>)?

Wieso kann das Oktoberfest im Herbst 2021 in Dubai stattfinden, in München dagegen nicht (<https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/oktoberfest-in-dubai-wuestn-statt-wiesn-17318804.html>)?

6. Die FFP2-Maskenpflicht gilt nur in den Ländern Deutschland und Österreich. Warum besteht in allen anderen Ländern keine FFP2-Maskenpflicht und warum ist es überall auf der Welt ausreichend (mit Ausnahme von Deutschland und Österreich) eine medizinische Maske zu tragen? Auf welcher wissenschaftlichen Grundlage hält die Staatsregierung das Tragen einer FFP2-Maske für erforderlich? Wie erklärt sich die Bayrische Staatsregierung, dass das RKI noch bis zum 20.01.2021 (also noch zwei Tage nach Einführung in Bayern) in den FAQs von der privaten Nutzung von FFP2-Masken abgeraten hat?

Sind der Staatsregierung auch die Stellungnahmen der Fachgesellschaften DGKH (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene) und GHUP (Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin) vom 15.01.2021 bekannt ([https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021\\_01\\_15\\_Stellungnahme-FFP2\(1\).pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_01_15_Stellungnahme-FFP2(1).pdf))? Diese beiden Fachgesellschaften raten von einer privaten Nutzung von FFP2-Masken ebenfalls ab. Warum werden Stellungnahmen des RKI und der Fachgesellschaften DGKH und GHUP ignoriert?

7. Mehrere wissenschaftliche Publikationen, zuletzt auch eine Metastudie, weisen schädliche Wirkungen des Maskentragens auf Körper und Psyche nach (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306987720317126>; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18500410/>; <https://www.primarydoctor.org/masks-not-effect>; <https://mediatum.ub.tum.de/602557>; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420971/>; <https://www.psycharchives.org/handle/20.500.12034/2751>; <https://www.azolifesciences.com/news/20201112/Presence-of-microbes-in-lung-can-activate-immune-response-to-modulate-lung-cancer-pathogenesis.aspx>; <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/4344/htm>).

Wurden diese wissenschaftlichen Publikationen bei Anordnung der Maskenpflicht und auch Aufrechterhaltung der Maskenpflicht von der Staatsregierung berücksichtigt? Weshalb nimmt die Staatsregierung an, dass vom Maskentragen keine Gesundheitsgefahren ausgehen, wenn doch aus dem Arbeitsschutz bekannt ist,

dass stundenlanges Maskentragen die Gesundheit beeinträchtigt? Auf welche wissenschaftlichen Publikationen stützt die Staatsregierung sich, wenn sie davon ausgeht, dass Maskentragen keine Gesundheitsgefahren mit sich bringt?

8. Nach dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer (abgedruckt in dem Beschluss des AG Weimar vom 8.04.2021, Az: 9 F 148/21 S. 157), ist die Testung asymptomatischer Menschen anhand eines Nasen-Rachenabstrichs, wie er massenweise unkritisch und überwiegend von nicht-medizinischen Personal OHNE (hierbei entscheidend: entgegen der WHO-Forderung!) Anamnese- und Symptomerhebung bei den Getesteten erfolgt, mittels **eingesetzter RT-qPCR nicht tauglich, eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu erkennen**. Zur Aussagekraft von Antigen-Schnelltests resümiert die Sachverständige (S. 163), dass die zum Massentest eingesetzten **Antigen-Schnelltests keinerlei Aussage über eine Infektiosität leisten können**, da hiermit nur Protein-Bestandteile ohne Zusammenhang mit einem intakten, vermehrungsfähigen Virus nachgewiesen werden können. Um eine Abschätzung der Infektiosität der getesteten Personen zu erlauben, müsste der jeweilig durchgeführte positive Test (ähnlich wie der RT-qPCR) individuell mit einer Anzuchtbarkeit von Viren aus der Testprobe abgeglichen werden, was unter den extrem variablen und nicht überprüfbaren Testbedingungen unmöglich ist. Die **geringe Spezifität der Tests bedinge eine hohe Rate an falsch positiven Ergebnissen**, welche unnötige personelle (Quarantäne) und gesellschaftliche (z.B. Schulen geschlossen, „Ausbruchsmeldungen“) Folgen nach sich ziehen, bis sie sich als Fehlalarm entpuppen.

**Warum werden weiterhin massenhaft PCR-Tests und Antigen-Schnelltests bei asymptomatischen Menschen vorgenommen, wenn diese laut dem gerichtlichen Sachverständigengutachten nicht geeignet sind, eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachzuweisen und damit diese Tests nichts über das Infektionsgeschehen aussagen können?**

Auf welche wissenschaftlichen Publikationen stützt die Staatsregierung sich, wenn sie entgegen einem gerichtlichen Sachverständigengutachten weiterhin PCR-Tests und Antigen-Schnelltests bei asymptomatischen Menschen massenweise durchführen lässt, ohne dass dies nach dem Sachverständigengutachten irgendeine Aussagekraft zum Infektionsgeschehen erbringen könnte?

9. Prof. Dr. Werner Bergholz kommt in seiner Gefährdungsanalyse vom 16.04.2021 zum Ergebnis, dass Antigenschnelltests **gesundheits- und umweltschädliche Stoffe** enthalten. Weiter stellt Prof. Bergholz fest, dass **die Durchführung der Tests durch Laien in häuslicher Umgebung oder in Klassenräumen gegen Vorschriften der europäischen Chemikalienverordnung REACH verstößt**. Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass die europäische Chemikalienverordnung REACH eingehalten wird und die Schüler nicht gesundheits- und umweltschädlichen Stoffen ausgesetzt sind?

Warum wird in Schulen nicht ein **bereits existenter Spucktest** gebraucht (<https://www.merkur.de/leben/gesundheit/schnelltest-corona-spucktest-speichel-test-covid-ergebnisse-easy-cov-deutschland-zr-90168400.html>), wenn mit einem Spucktest zumindest eine Verletzung durch unsachgemäße Anwendung im Nasenbereich ausgeschlossen werden kann?

10. Die Staatsregierung setzt im Kampf gegen COVID 19 auf eine Durchimpfung der Bevölkerung. Wie erklärt sich die Staatsregierung, dass es in Israel – das Land mit der höchsten Impftrate – nach Einsetzen der Impfkampagne zu einer Übersterblichkeit gekommen ist (<https://tkp.at/2021/04/09/was-genau-ist-los-in-israel-mit-uebersterblichkeit-nach-impfung/>)? Ähnlich verhält es sich in Chile. Dort geriet die Situation trotz zweithöchster Impftrate weltweit außer Kontrolle, sodass der „Katastrophennotstand“ ausgerufen werden musste und das Auswärtige Amt nun vor Reisen nach Chile warnt (<https://unser-mittleuropa.com/auswaertiges-amt-warnt-katastrophennotstand-beim-impf-vizeweltmeister-chile-trotz-weitgehender-durchimpfung/>). Auch auf den Seychellen kam es trotz hoher Impfquote von 60 % zu einem erneuten COVID 19- Ausbruch, sodass sich die Seychellen wieder im Lockdown befinden (<https://www.bloomberg.com/news/articles/2021-05-04/world-s-most-vaccinated-nation-reintroduces-curbs-as-cases-surge>). Wie verhält sich die Staatsregierung zu diesen beiden Beispielen aus der Praxis? Könnte daraus folgen, dass eine weitgehende Durchimpfung der Bevölkerung doch nicht das Allheilmittel gegen COVID-19 ist?

## IX. Fazit

Es wird um zeitnahe **Entscheidung über den Antrag auf Verbindung** dieser Popularklagen mit vorrangig anhängigen Popularklagen aus anderen Verfahren gebeten.

Sollte sich der BayVerfGH gegen eine Verbindung der Verfahren entscheiden, so ist er aber aufgrund seines Kenntnisstandes und des Amtsermittlungsgrundsatzes gezwungen, **sämtlichen Sach- und Rechtsvortrag nebst den vorgelegten Beweisen im hiesigen Verfahren Vf. 98-VII-20** in den vorrangig anhängigen Popularklagen gegen die 8., 10., 11. und 12. BayIfSMV **zu berücksichtigen**.

Bei Berücksichtigung des Sach- und Rechtsvortrags muss der BayVerfGH zu dem Schluss kommen, dass eine **Überlastung des Gesundheitssystems durch COVID-19 zu keinem Zeitpunkt drohte** und auch jetzt nicht droht. Unter sachgerechter Bewertung der der Staatsregierung zur Verfügung stehender Erkenntnisquellen musste die Staatsregierung jeweils bei Erlass der 8., 10., 11., und 12. BayIfSMV wissen, dass eine Überlastung des Gesundheitssystems nicht drohte.

Weiter ist erwiesen, dass die **ergriffenen Maßnahmen wie Lockdown, Maskenpflicht, Abstandhalten, Schulschließung und auch die Ausgangssperre keine Wirkung zeigten**, um eine Ansteckung mit SARS-CoV-2 und eine Erkrankung mit COVID-19 zu verhindern. Dies ergibt sich aus den CoDAG-Berichten der LMU München, aus dem epidemiologischen Bulletin des RKI vom 15.04.2020, dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kappstein, dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kuhbandner und der Praxis von 24 US-Staaten und Schweden.

Es ist durch das gerichtliche Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kämmerer erwiesen, dass die Testung asymptomatischer Menschen anhand eines Nasen-Rachenabstrichs, wie er massenweise unkritisch und überwiegend von nicht-medizinischen Personal OHNE (hierbei entscheidend: entgegen der WHO-Forderung!) Anamnese- und Symptomerhebung bei den Getesteten erfolgt, mittels **eingesetzter RT-qPCR nicht tauglich ist, eine Infektion mit SARS-CoV-2 zu erkennen**. Ferner ist erwiesen, dass die zum Massentest eingesetzten **Antigen-Schnelltests keinerlei Aussage über eine Infektiosität leisten können**, da hiermit nur Protein-Bestandteile ohne Zusammenhang mit einem intakten, vermehrungsfähigen Virus nachgewiesen werden können. Um eine Abschätzung der Infektiosität der getesteten Personen zu erlauben, müsste der jeweilig

durchgeführte positive Test (ähnlich wie der RT-qPCR) individuell mit einer Anzuchtbarkeit von Viren aus der Testprobe abgeglichen werden, was unter den extrem variablen und nicht überprüfbar Testbedingungen unmöglich ist. Die **geringe Spezifität der Tests bedinge eine hohe Rate an falsch positiven Ergebnissen**, welche unnötige personelle (Quarantäne) und gesellschaftliche (z.B. Schulen geschlossen, „Ausbruchsmeldungen“) Folgen nach sich ziehen, bis sie sich als Fehlalarm entpuppen.

Der BayVerfGH darf folglich weder auf die gemeldeten „Infektionszahlen“ noch auf den 7-Tage-Inzidenzwert abstellen.

Die Popularklagen betreffend die **8., 10., und 11. BayIfSMBV** sind **entscheidungsreif. Eine andere Entscheidung als die Feststellung der Nichtigkeit der 8., 10., und 11. BayIfSMV ist nicht vertretbar.**

Ebenso ist die Popularklage betreffend die **12. BayIfSMV vom 5.03.2021**, sowie in der Fassung vom 25.03.2021 (BayMBI. Nr. 224) und in der Fassung vom 22.04.2021 (BayMBI. Nr. 287) entscheidungsreif. Auch die 12. BayIfSMV bis zur Fassung vom 22.04.2021 (BayMBI. Nr. 287) ist für nichtig zu erklären. Eine andere Entscheidung ist wiederum nicht vertretbar. § 28b IfSG trat erst am 23.04.2021 in Kraft. Nach der hier vertretenen Auffassung sind aber auch die nach dem 23.04.2021 erfolgten Abänderungen der 12. BayIfSMV für nichtig zu erklären, da bereits die Erstfassung der 12. BayIfSMV vom 5.03.2021 wegen verfassungswidrigem Eingriff in die Grundrechte nach **Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109, 113, 118 Abs. 1 BV** für nichtig zu erklären ist.

Schließlich steht fest, dass die **Maßnahmen enormen wirtschaftlichen Schaden** anrichten. So ist mit 25.000 Unternehmensinsolvenzen allein aus dem Jahr 2020 zu rechnen. 250.000 Beschäftigte sind vom Verlust ihres Arbeitsplatzes betroffen ([https://www.t-online.de/finanzen/news/unternehmen-verbraucher/id\\_89949980/drohende-pleitewelle-wir-erwarten-bis-zu-25-000-insolvenzen-.html](https://www.t-online.de/finanzen/news/unternehmen-verbraucher/id_89949980/drohende-pleitewelle-wir-erwarten-bis-zu-25-000-insolvenzen-.html)). Vor allem kleinen und mittleren Unternehmen droht die Insolvenz.

Wie bereits mehrfach ausgeführt, verursachen die **Maßnahmen psychische Schäden** bei Kindern. So findet in den Kinderpsychiatrien bereits Triage statt, da so viele Kinder wie nie zuvor in psychiatrischer stationärer Behandlung sind (<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-kinderarzte-schuloeffnungen-triage-100.html>; <https://www.berliner-zeitung.de/news/berliner-kinderarzt-zu-lockdown-folgen-es-gibt-bereits-triage-in-psychiatrien-li.159604>). Die Langzeitfolgen für Kinder sind noch nicht absehbar.

Ferner gab es einen rapiden Anstieg von Kindesmisshandlungen mit Todesfolge während des Lockdowns (<https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/weil-die-bundesregierung-es-nicht-macht-bild-bittet-kinder-um-verzeihung-76535200.bild.html>).

Angesichts der bereits eingetretenen Schäden wie Insolvenzen von kleinen und mittleren Unternehmen, Anstieg der Suizide bei Schauspielern und Selbstständigen, psychischen Schäden bei Kindern und der Tatsache, dass diese Maßnahmen weder geeignet noch erforderlich waren, ist ein **schnelles Handeln des BayVerfGH geboten. Jedes Zuarbeiten verursacht weitere Unternehmenspleiten, weitere Suizide und weitere psychische Schäden bei Kindern.**

Zu berücksichtigen ist auch, dass die 8. BayIfSMV bereits seit über einem halben Jahr beim BayVerfGH anhängig ist. Die Bayerische Staatsregierung und der Bayerische Landtag haben die Popularklage zur 11. BayIfSMV im Januar 2021 übersandt bekommen, Art.

55 Abs. 2 VfGHG. Die danach erfolgten Schriftsätze und die Popularklage gegen die 12. BaylfSMV untermauern den bereits erfolgten Sach- und Rechtsvortrag.

Helmut P. Krause  
Rechtsanwalt