

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

17. Oktober 2021
AGG53/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 14. BayIfSMV und einstweilige Anordnung

Hiermit erhebe ich Popularklage mit den

Anträgen:

- I. **Die Vierzehnte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (14. BayIfSMV; BayRS 2126-1-18-G) in der Fassung vom 1.09.2021 (BayMBI. 2021 Nr. 615), in der Fassung vom 15.09.2021 (BayMBI. 2021 Nr. 661), in der Fassung vom 30.09.2021 (BayMBI. 2021 Nr. 710) und in der Fassung vom 5.10.2021 (BayMBI. 2021 Nr. 715) ist jeweils mit all ihren Regelungen nichtig.**
- II. **Im Wege der einstweiligen Anordnung werden die Vorschriften zur 3 G-Regel nach § 3 Abs. 1, Abs. 2 und § 3 Abs. 4 und die Vorschriften über die freiwillige 2 G-Regelung nach § 3 a Abs. 1 und § 3a Abs. 2 der 14. BayIfSMV in der Fassung vom 5.10.2021 außer Vollzug gesetzt.**
- III. **Im Wege der einstweiligen Anordnung werden die Vorschriften über die Maskenpflicht nach § 2 Abs. 1, § 13 Abs. 1 der 14. BayIfSMV in der Fassung vom 5.10.2021 außer Vollzug gesetzt.**
- IV. **Im Wege der einstweiligen Anordnung wird die Testpflicht nach §§ 9 Abs. 1 S. 1, 9 Abs. 2, 9 Abs. 3, 11, 13 Abs. 2, 14 Abs. 2, 14 Abs. 3, 15 Abs. 4 der 14. BayIfSMV in der Fassung vom 5.10.2021 außer Vollzug gesetzt.**
- V. **Nach Art. 23 Abs. 4 VfGHG iVm § 411a ZPO wird 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 ersetzt.**
- VI. **Nach Art. 23 Abs. 4 VfGHG iVm § 411a ZPO wird die schriftliche Begutachtung in allen Hauptsacheverfahren betreffend die Popularklagen gegen die 8. BayIfSMV, 10. BayIfSMV, 11.**

BaylfSMV, 12. BaylfSMV, 13. BaylfSMV und 14. BaylfSMV sowie im einstweiligen Verfahren betreffend die 14. BaylfSMV zur Frage, ob die durch das Robert Koch-Institut veröffentlichte Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen (Sieben-Tage-Inzidenz) in einem Landkreis oder einer kreisfreien Stadt ein geeigneter Indikator für das dortige Infektionsgeschehen und dessen Entwicklung ist, durch die Verwertung des gerichtlichen Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. Matthias Schrappe im Verfahren 1 BVR 781/21 vor dem Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ersetzt.

- VII. **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 § 15 der 14. BaylfSMV **offenkundig** die Grundrechte aus **Art. 100, 101, 103 Abs. 1, 107, 108, 109, 113 und Art. 118 Abs. 1 BV verletzen**.

Unabhängig von der in den jeweiligen Grundrechten vorgesehenen Schranke sind sämtliche Grundrechtseingriffe in Art. 100, 101, 103 Abs. 1, 107, 108, 109, 113 und 118 Abs. 1 BV wegen **offenkundigem Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht gerechtfertigt. § 1 bis § 15 der 14. BaylfSMV schränken die Grundrechte nach Art. 100, 101, 103, 107, 108, 109 und 113 Abs. 1 BV verfassungswidrig ein oder führen zu einer offenkundig unverhältnismäßigen Ungleichbehandlung nach Art. 118 Abs. 1 BV von Ungeimpften gegenüber Geimpften, da Ungeimpfte vielfach der Testpflicht unterliegen. Damit sind § 1 bis § 15 der 14. BaylfSMV nach **Art. 98 S. 4 BV vom Verfassungsgerichtshof für nichtig zu erklären**.

Bei § 16 und § 17 der 14. BaylfSMV handelt es sich um Vorschriften zu verschärften Maßnahmen und bei §§ 18 bis 20 der 14. BaylfSMV um Schlussvorschriften, die ohne die vorausgehenden Vorschriften nach § 1 bis § 15 keine eigene Bedeutung haben können. Folglich hat der Verfassungsgerichtshof die komplette 14. 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. BayIfSMV geführt hat. Die 14. BayIfSMV baut als Folgeverordnung auf der 6. BayIfSMV 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. BayIfSMV 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 14. BayIfSMV 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 aus den Begründungen BayMBl. 2021 Nr. 616, Nr. 662, Nr. 711 und Nr. 716 hervorgeht, stützt die Staatsregierung ihre Grundrechtseingriffe im Wesentlichen auf eine **drohende Überlastung des Gesundheitssystems**. Durch die Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise vom 30.04.2021 des Beirats des Gesundheitsministerium (<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, steht fest, dass es zu **keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems durch COVID-19 gab**. Der **Bericht des Bundesrechnungshofes vom 9.06.2021** stellt fest, dass die **Auslastung der Krankenhausbetten im Jahr 2020** mit 67,3 % **sogar niedriger** war als die Auslastung im Jahr 2019 mit 75,1 %, ebenso die Auslastung der Intensivbetten mit 68,6 % im Jahr 2020 und 69,6% im Jahr 2019. Darüber hinaus ergibt sich rügt der Bundesrechnungshof, dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen zu **unerwünschten Mitnahmeeffekten** geführt habe und die **Krankenhäuser** deswegen **weniger verfügbare Intensivbetten gemeldet** haben als tatsächlich zur Verfügung standen. Ferner ergab eine Auswertung der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für 2020 im Vergleich zu den Vorjahren eine **historisch niedrige Bettenauslastung**. Darüber hinaus ergibt sich aus dem aktuellen Wochenbericht der Arbeitsgruppe Influenza **kein erhöhtes Aufkommen von akuten Atemwegserkrankungen**. Die Gesamtauslastung der Intensivbetten ist seit Sommer 2020 laut DIVI-Intensivregister auf gleichbleibendem Niveau.

Da es zu keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems gab, ist bereits **kein legitimer Zweck** gegeben. Die Eingriffe in die Grundrechte erfolgten ohne legitimen Zweck und sind daher schon aus diesem Grund unverhältnismäßig. Der **Schutz des allgemeinen Lebensrisikos** stellt nach Rechtsauffassung der Professorinnen der Rechtswissenschaft, Prof. Dr. Elisa Hoven und Prof. Dr. Frauke Rostalski, **keinen legitimen Zweck** dar.

Die ergriffenen Maßnahmen wie Maskenpflicht, 3-G-Regel und Testpflicht sind offenkundig **nicht geeignet**, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern.

Eine Ansteckung mit SARS-CoV-2 durch asymptomatische Menschen ist nicht belegt, wie sich aus einer groß angelegten Studie aus Wuhan und dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ines Kappstein ergibt. Masken schützen nicht vor Übertragung des Virus SARS-CoV-2, wie 39 Studien, die gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ines Kappstein und Prof. Dr. Christof Kuhbandner und die **erfolgreiche Praxis ohne Maskenpflicht in Schweden** belegt. In Schweden gab es nie eine Maskenpflicht (außer seit Kurzem in den öffentlichen Verkehrsmitteln). Anders als in den Medien behauptet gab es in Schweden keine Überlastung des Gesundheitssystems. Ferner ergibt eine Auswertung der offiziellen Sterbezahlen Schwedens durch den Mathematikprofessor Rießinger, dass es in Schweden im Jahr 2020 keine Übersterblichkeit gab.

Die Testpflicht ist schon deshalb überflüssig, da ein **positiver PCR-Test oder Antigen-Schnelltest bei Menschen ohne Symptome keine Aussage über eine Infektion** mit SARS-CoV-2 oder eine **Infektiosität** machen kann. 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 es 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. Nach einhelligem wissenschaftlichem Stand sagt ein **PCR-Test allein nichts** über eine **Infektion** aus. Sogar der Berliner Senat gab auf offizielle Anfrage eines Berliner Abgeordneten am 30.10.2020 an, dass der PCR-Test nicht in der Lage ist, eine Infektion im Sinne des Infektionsschutzgesetzes nachzuweisen. Ferner werden PCR-Tests verwendet, die mehr als 35 Zyklen fahren. Ab **35 Zyklen** ist der **PCR-Test laut der Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer 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.

Die 3-G-Regel und die darin enthaltene Privilegierung von Geimpften (indirekte Impfpflicht) ist nicht geeignet, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern. Bereits aus den Zulassungsdokumenten der EMA ergibt sich, dass die COVID-19-Impfstoffe nur für die Verhinderung einer COVID-19-Erkrankung zugelassen sind. Ob ein COVID-19-Geimpfter weiterhin das SARS-CoV-2-Virus in sich trägt und verbreitet, ist nicht bekannt laut Zulassungsdokumenten. Nach den Berichten der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC und der britischen Gesundheitsbehörde PHE und drei weiteren Studien sind **Geimpfte genauso ansteckend wie Ungeimpfte**. Auch das Paul-Ehrlich-Institut gibt nun an, dass die Impfstoffe nicht vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 schützen, sondern lediglich indiziert sind zur aktiven Immunisierung zur Vorbeugung einer durch SARS-CoV-2 verursachten COVID-19-Erkrankung (vgl. <https://www.pei.de/DE/anzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html;jsessionid=93CA11DF9ADF65868C21860DA05BA611.intranet211>). Ferner zeigt die Praxis in Ländern mit besonders hoher Impfquote (80 %) wie Island und dem US-Bundesstaat Hawaii, dass dort keine Herdenimmunität eingetreten ist. Die Lage hat sich in diesen Ländern nach den Impfungen sogar verschlimmert als verbessert. Der Chefepidemiologe Island zeigte sich enttäuscht von den COVID-19-Impfstoffen. Das Ziel einer Herdenimmunität und eines Stopps der Ausbreitung von SARS-CoV-2 kann damit durch die COVID-19-Impfstoffe nicht erreicht werden.

Die **7-Tage-Inzidenz**, der sich nach den Angaben der Bayerischen Staatsregierung aus den positiven Testresultaten von PCR-Test innerhalb von 7 Tagen zusammensetzt, liefert **keinerlei Aussage über ein tatsächliches Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2** hat. Laut dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. med. Schrappe im Verfahren 1 BVR 781/21 vor dem Bundesverfassungsgericht ist die „7-Tage-Inzidenz“ als alleiniger Parameter ungeeignet, das dortige Infektionsgeschehen und dessen Entwicklung zu beschreiben. Darüber hinaus werden weiterhin entgegen der WHO-Informationennotiz vom 20.01.2021 asymptomatische Personen getestet und bei positivem Ergebnis als COVID-19-Fall erfasst. Es werden weiterhin PCR-Tests mit mehr als 35 Zyklen verwendet, obwohl dies sogar den Empfehlungen der Bayerischen Landesärztekammer widerspricht und es wird weiterhin der PCR-Test von Prof. Drosten verwendet, obwohl dieser nach einer Studie von 22 international anerkannten Wissenschaftlern für die Feststellung einer Infektion mit SARS-CoV-2 völlig ungeeignet ist. 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.

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. Schließlich ist auch die **Fälschung von Totenscheinen durch Krankenhausärzte** bekannt geworden. Laut Prof. Dr. med. Bertram Häussler ist bei 80 % der COVID-Toten COVID 19 nicht die Todesursache.

Weder aus der 7-Tages-Inzidenz noch aus den COVID-19-Todesfällen kann daher auf das Vorliegen eines Infektionsgeschehens geschlossen werden. Die Staatsregierung muss sich auf belastbare Daten stützen.

Die Maßnahmen wie Testpflicht, 3-G-Regel und Maskenpflicht sind **offenkundig nicht erforderlich**. Die **erfolgreiche Praxis in Ländern wie Schweden** ohne Maskenpflicht in Innenräumen, ohne Testpflicht und ohne Lockdown zeigt, dass diese Maßnahmen nicht erforderlich sind. Dies wurde bereits im Oktober 2020 von den führenden Epidemiologen der Eliteuniversitäten (Stanford, Oxford, Harvard), 13.000 Wissenschaftlern und 42.000 Ärzten in der **Great Barrington Declaration** vorhergesagt. Die Great Barrington Declaration spricht sich dafür aus, dass die Nicht-Risiko-Gruppen so schnell wie möglich zum normalen Leben zurückkehren, während die Risikogruppen bis zum Erreichen der Herdenimmunität geschützt werden sollen. Die COVID-19-Impfungen sind nicht erforderlich, da mit dem **Medikament Ivermectin** ein Heilmittel zur Verfügung steht, mit dem zu 75-85% ein Krankenhausaufenthalt bei einer COVID-19 Erkrankung verhindert werden kann. Das Medikament ist bereits seit 30 Jahren zugelassen. Inzwischen liegen über 70 peer reviewed Studien zur wirksamen Anwendung von Ivermectin bei COVID 19 vor. In Indien wird das Medikament Ivermectin in manchen Staaten bereits erfolgreich eingesetzt. Es gibt einige Studien, die auf eine **ausreichende Immunität gegen SARS-CoV-2 in der Bevölkerung** hindeuten. Die Immunität besteht in Form von Antikörpern oder T-Zellen.

Aufgrund der bereits bestehenden ausreichenden Immunität in der Bevölkerung sind COVID-19-Impfungen nicht erforderlich.

Der Vorwurf, dass Ungeimpfte im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 und Erkrankung an COVID 19 unnötig die Krankenhäuser belasten würden, ist zurückzuweisen, da Ungeimpfte im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 und Erkrankung mit COVID 19 mit Ivermectin behandelt werden können und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden kann.

Schließlich sind die Maßnahmen auch **offenkundig nicht verhältnismäßig im engeren Sinne**. Die von SARS-CoV-2 ausgehende Gefahr wurde überschätzt, da **nicht positiv berücksichtigt** wurde, dass die **Infektionssterblichkeit (IFR) deutlich niedriger** ist als zunächst angenommen, bei 0,23 %. Diese IFR ist von der WHO anerkannt und entspricht der einer mittelschweren Grippe (Influenza). Trotz COVID 19 gab es in Deutschland betreffend der Monate März bis Mai **keine Übersterblichkeit**, sondern unter Berücksichtigung des Einwohnerzuwachses eine Untersterblichkeit. Die Sterblichkeit für 2020 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. Die **Situation in den Krankenhäusern und hinsichtlich der Sterblichkeit** unterscheidet sich **in keiner Weise von der Situation der Vorjahre**. 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. Bei der Testpflicht wurde nicht berücksichtigt, dass die **Antigen-Schnelltest** laut Prof. Bergholz **gesundheitsschädliche Chemikalien** enthalten und für eine Anwendung durch Laien gar nicht zugelassen sind. Die Anwendung dieser Antigen-Schnelltest in Schulen gefährdet daher die Gesundheit der Schüler und verstößt gegen Art. 99 Abs. 1 BV. Auch die COVID-19-Impfung bei den 12-17-Jährigen verstößt gegen Art. 99 Abs. 1 BV, da das Risiko von Kindern und Jugendlichen an COVID 19 schwer zu erkranken oder zu versterben sehr gering ist sogar geringer als bei der Grippe oder bei einem Verkehrsunfall zu sterben. Zudem sind Kinder und Jugendliche keine Pandemietreiber, sondern bremsen diese sogar. Lehrer haben ein geringeres Risiko, an COVID 19 schwer zu erkranken als alle anderen Berufsgruppen. Die Impfung von Kindern und Jugendlichen bringt daher keinen Nutzen. Dagegen stehen die immensen Risiken für die Kinder durch eine COVID-19-Impfung. Die Nebenwirkungen, bleibenden Schäden und Todesfälle sind bei den COVID-19-Impfungen 12-mal so hoch wie bei den bisherigen Impfstoffen laut Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 19.08.2021. Die Langzeitwirkungen der Impfstoffe sind nicht bekannt. Gerade bei jungen Menschen treten Fälle von Herzmuskelentzündungen nach COVID-19-Impfung auf. Daneben besteht das Risiko einer antikörperabhängigen Überreaktion (ADE), die nicht selten tödlich endet. Wohl auch aus diesem Grund hat die Britische Impfkommision keine Empfehlung von COVID-19-Impfstoffen für 12-15-Jährige ausgesprochen (<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/corona-britische-impfkommision-lehnt-impfung-fuer-jugendliche-ab-17516508.html>).

Das Gericht darf sich aufgrund des aufgezeigten **bestehenden Interessenkonflikts** nicht auf die Gefahreinschätzung des **RKI** stützen. Prof. Wieler hat wider besseres Wissen vor einer drohenden Überlastung des Krankenhäuser gewarnt, obwohl ihm bereits seit Januar 2021 bekannt war, dass die Kliniken aus finanziellen Gründen weniger Intensivbetten gemeldet haben, als tatsächlich zu Verfügung standen.

Ferner widersprechen einige Berichte des RKI selbst den Darstellungen des RKI. Das Gericht darf sich nicht auf einen Sachverständigen stützen, der sich in mehreren Berichten widerspricht. So kann mit den Aussagen des RKI nicht in Einklang gebracht werden, dass die Gesamtauslastung der Intensivbetten laut DIVI-Intensivregister seit Sommer 2020 auf gleichem Niveau verharrt, dass es laut dem Bericht der Arbeitsgruppe Influenza kein erhöhtes Aufkommen von akuten Atemwegserkrankungen im Vergleich zu den Vorjahren 2018/2019 gibt. Diese Widersprüche sind aufzuklären und können vom Gericht nicht einfach übergangen werden. Weitere offizielle Berichte von Behörden (bspw. Bericht des Bundesrechnungshofes vom 9.06.2021, EMA, Bericht der amerikanischen Gesundheitsbehörde, Bericht der britischen Gesundheitsbehörde, Berliner Senat vom 30.10.2020, Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer vom 10.10.2020, Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021 und epidemiologisches Bulletin vom Oktober 2020) stehen in eklatanten Widerspruch zu den Aussagen des RKI. Diese Berichte von Behörden können vom BayVerfGH nicht ignoriert werden. Zuletzt gibt es zahlreiche Studien und vier gerichtliche Sachverständigengutachten, die eindeutig den Aussagen des RKI widersprechen. Damit hat sich der BayVerfGH auseinanderzusetzen. Der BayVerfGH kann nicht einfach andere Studien heranziehen, die für seine Position sprechen (vgl. BGH, Beschluss vom 5.11.2019 – VIII ZR 344/18; NJW-RR 2020). Die Widersprüche der Ergebnisse unterschiedlicher Studien sind aufzuklären (vgl. BGH vom 3.12.2008 NJW-RR 2009, 387). Sollten sich die Widersprüche nicht aufklären lassen, geht dies zu Lasten der Staatsregierung.

Generell muss sich die Staatsregierung auf belastbare Daten stützen. Es fehlt jedoch derzeit an belastbaren Daten, da die 7-Tages-Inzidenz nicht aussagekräftig ist. Die Staatsregierung muss auch belegen, dass die jetzige Situation mit SARS-CoV-2 eine andere ist als zuvor. Eine epidemische Lage wird die Staatsregierung aber kaum nachweisen können, angesichts der Tatsache, dass laut Bericht des Bundesrechnungshofes die Krankenhäuser 2020 sogar weniger ausgelastet waren als 2019, dass es kein erhöhtes Aufkommen von akuten Atemwegserkrankungen im Vergleich zu den Vorjahren 2018/2019 gibt, dass es laut Institut für Statistik der LMU München 2020 zu keiner Übersterblichkeit gekommen ist und dass die Infektionssterblichkeit von SARS-CoV-2 im Bereich einer mittelschweren Grippe liegt. Laut dem Chef des Kieler Ifo-Instituts, Gabriel Felbermayr, ist die komplette deutsche Corona-Datenerhebung weder zielgerichtet noch verlässlich. Die Bundesregierung, so sein Vorwurf, sei daran politisch auch gar nicht interessiert gewesen und ist es bis heute nicht (<https://www.spiegel.de/wirtschaft/gabriel-felbermayr-zu-corona-und-impfen-systematische-datenerhebung-ist-politisch-nicht-gewollt-a-1e5bb73a-7d31-4216-bd4d-38480c433009>).

Im Zusammenhang mit der Verfassungswidrigkeit der 2 G/ 3 G Regel wird dem BayVerfGH dringend ans Herz gelegt, dass 100-seitige Rechtsgutachten von Prof. Dr. Murswiek zu studieren (vgl. <https://impfentscheidung.online/wp-content/uploads/2021/10/Gutachten-Die-Verfassungswidrigkeit-des-indirekten-Corona-Impfzwangs.pdf>).

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

1. Zu keinem Zeitpunkt stationäre Versorgung an ihren Grenzen

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.

2. Laut Bundesrechnungshof Zahl der Intensivbetten manipuliert

Der Bundesrechnungshof hat scharfe Kritik an einer Reihe von Entscheidungen der Bundesregierung in der Corona-Pandemie geübt. „Der Bundesrechnungshof fordert, bei künftigen Maßnahmen zu Lasten der Steuerzahler stärker auf eine ordnungsgemäße und wirtschaftliche Mittelverwendung zu achten“, heißt es in einem Bericht der Rechnungsprüfer.

Das System der Ausgleichszahlungen an Krankenhäuser habe „unerwünschte Mitnahmeeffekte“ eröffnet. Das Papier äußert einen explosiven Vorwurf: Demnach habe das Robert-Koch-Institut bereits Anfang Januar in einem bislang unbekanntem Schreiben an das Gesundheitsministerium den Verdacht geäußert, dass Krankenhäuser zum Teil weniger Intensivbetten meldeten als verfügbar gewesen seien. Denn nur wenn die Quote freier Betten regional bei weniger als 25 Prozent liegt, gibt es Ausgleichszahlungen.

„Um monetäre Nachteile für den Standort zu vermeiden“, seien daher **weniger Betten gemeldet worden**, heißt es in dem Bericht. „Dies sei dem RKI in zahlreichen E-Mails und Telefonaten konkret mitgeteilt worden.“ Selbst einige Bundesländer seien an das RKI herangetreten mit der Bitte, die Zahl der freien Intensivbetten anzupassen – aber die Anpassungen seien nur für „Zeiträume gefordert worden, die für die Ausgleichszahlung relevant waren.“ Auf diese Weise könnten Kapazitätsengpässe gemeldet worden sein, die in dieser Form gar nicht existierten.

Beweis: https://www.focus.de/politik/deutschland/scharfe-kritik-an-spahn-zahl-der-intensivbetten-manipuliert-wuerde-bisherige-skandale-in-den-schatten-stellen_id_13382899.html

Zwischen 360 und 760 Euro bekommen Kliniken für jedes Bett, das sie für Corona-Patienten freihalten. Doch im November 2020 wurde das eingeschränkt. Nur noch Krankenhäuser mit knappen Intensivkapazitäten kamen in den Genuss der Ausgleichszahlungen.

Beweis: <https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/corona-intensiv-betten-betrug-spahn-fuehlt-sich-nicht-zustaendig-76711808.bild.html>

Der Rechnungshofbericht zeigt, dass die **Auslastung der Krankenhausbetten im letzten Jahr** insgesamt **sogar gesunken** ist. Von 75,1 Prozent im Jahr 2019 auf 67,3 Prozent im Jahr 2020. Auch bei der Intensivbelegung gab es einen Rückgang (von 69,6 Prozent im Jahr 2019 auf 68,6 Prozent in 2020).

Beweis: <https://www.bild.de/politik/inland/politik-inland/corona-intensiv-betten-betrug-spahn-fuehlt-sich-nicht-zustaendig-76711808.bild.html>

- Bericht des Bundesrechnungshofes (**Anlage K 1A**), Seite 8

Der Bundesminister für Gesundheit Jens Spahn wusste laut dem Bericht des Bundesrechnungshofes seit Januar 2021 darüber Bescheid, dass die Krankenhäuser weniger Intensivbetten gemeldet haben, als tatsächlich zur Verfügung standen.

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

Selbst wenn man die offensichtlich gefälschten Daten zu den Intensivbetten zugrunde legt, kommt man zum Ergebnis, dass **selbst mit den gefälschten Daten keine bedrohliche Lage gegeben** ist, da die Gesamtbelegung von Intensivbetten seit Juli 2020 auf gleichbleibendem Niveau verharrt.

Zur Information, was 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.

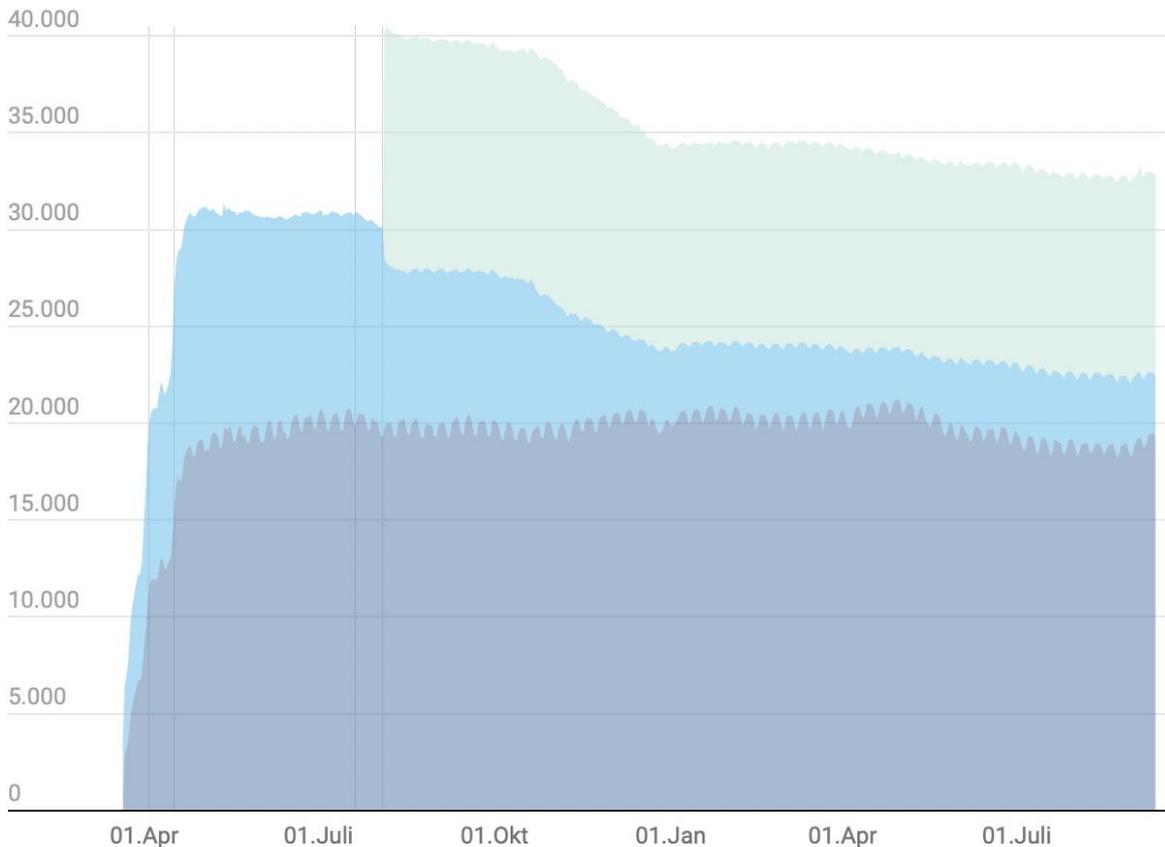
Verlässliche Daten stehen damit erst ab ca. Ende April 2020 zur Verfügung.“

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: 11.09.2021 12:23

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

4. Historisch niedrige Bettenauslastung im Jahr 2020

Um die Maßnahmen der Bundesregierung zur Unterstützung der Krankenhäuser in der Coronapandemie bewerten zu können, wurden die Krankenhäuser in Deutschland dazu verpflichtet, ihre Daten auch unterjährig an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu übermitteln. Die vorliegende Analyse wertet diese Daten für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2020 aus und vergleicht sie mit den Daten des Vorjahres.

Demnach sank die Zahl der nach DRG abgerechneten Behandlungsfälle um 13% von 19,2 auf 16,8 Millionen Fälle. Bis zur 10. Kalenderwoche (2. bis 8. Februar) gingen die Fallzahlen um 2% zurück, zwischen den Kalenderwochen 11 und 21 (9. März bis 24. Mai) um 30% und zwischen den Kalenderwochen 22 bis 50 (25. Mai bis 13. Dezember) um 10%. Dabei war der Rückgang bei den kleineren (bis 299 Betten) und mittleren (300 bis 599 Betten) Krankenhäusern ausgeprägter als bei den größeren (ab 600 Betten).

Beweis: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218200/COVID-19-Pandemie-Historisch-niedrige-Bettenauslastung>

5. Keine Triage

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/nachrichten/sachsen/dresden/corona-keine-triage-an-saechsischen-krankenhausern-100.html>

6. 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 im Jahr 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>

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

RKI- Grafik: aktueller Wochenbericht bis 13.08.2021:

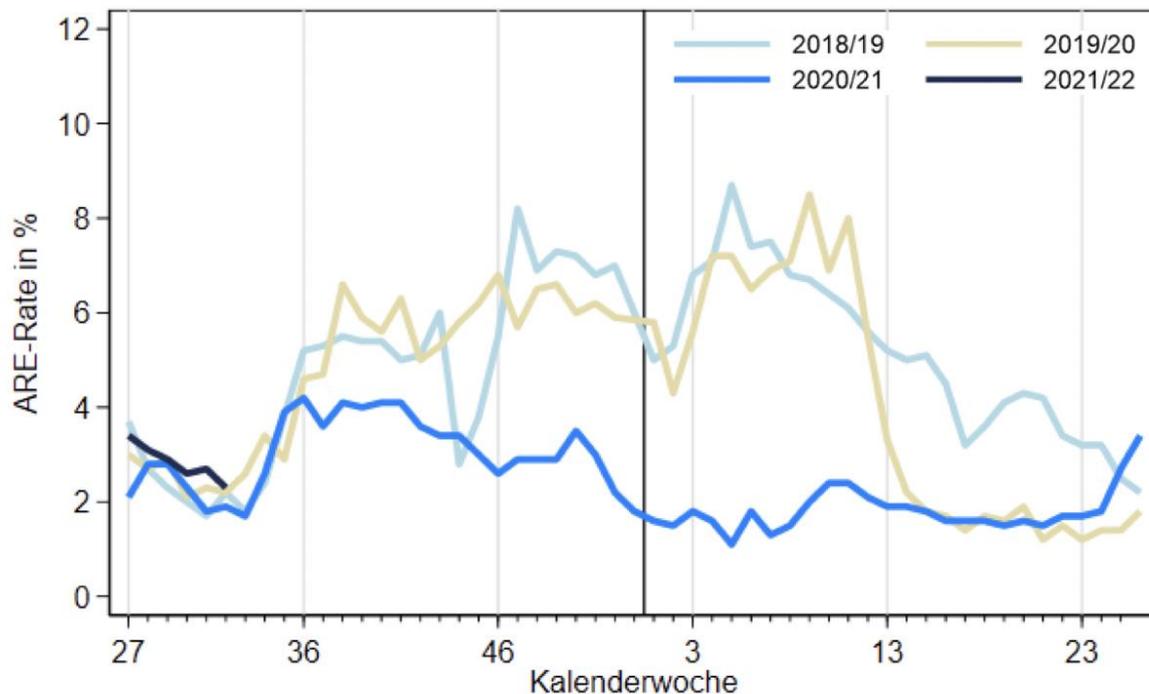


Abb. 1 Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2018/19 bis 2021/22, bis 32. KW 2021. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Abrufbar unter: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2021-32.pdf

Die obige Grafik zeigt, dass es kein erhöhtes Aufkommen an akuten Atemwegserkrankungen gibt im Vergleich zu den Vorjahren. Über die Wintermonate war das Aufkommen von akuten Atemwegserkrankungen sogar niedriger als im Vergleich zu den Vorjahren 2018/2019. Derzeit bewegt sich das Aufkommen an akuten Atemwegserkrankungen im Bereich der Vorjahre 2018/2019 und 2019/2020.

8. 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>

9. 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. Äußerst geringe Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 für Kinder und Jugendliche, weniger gefährlich als die jährliche Grippe (Influenza)

Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie und die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene gaben zur Hospitalisierung und Sterblichkeit von COVID 19 bei Kindern und Jugendlichen folgende Stellungnahme ab:

„Die aktuelle Diskussion in Deutschland um die weitere Entwicklung der Pandemie betrifft auch Kinder und Jugendliche: Verschiedene Experten fordern die Schließung von Schulen und KiTas, und die Bundesregierung sowie einige Landesregierungen haben solche Maßnahmen angekündigt oder bereits umgesetzt. Die Nachrichten erwecken den Ein-

druck, als würden Kinder und Jugendliche zu den besonders gefährdeten Teilen der Bevölkerung im Rahmen der SARS-CoV-2 Pandemie gehören. Dies geht mit großen Sorgen und Ängsten von Eltern, zum Teil aber auch von Kindern und Jugendlichen selbst einher. Insofern halten wir es für geboten, die verfügbaren Fakten zu Hospitalisierung und Sterblichkeit von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Stand April 2021 – der Öffentlichkeit bekannt zu machen.

Seit 17. März 2020 hat die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (**DGPI**) ein **Register** geöffnet, in das bundesweit Kinderkliniken stationär behandelte Kinder und Jugendliche mit SARS-CoV-2-Infektion melden. Mit Stand **11. April 2021** (dgpi.de/covid-19-survey-update) wurden in das Register bislang 1259 Kinder aus 169 Kliniken mit ihren detaillierten klinischen Verläufen eingetragen; ungefähr 1/3 der Kinder war jünger als 1 Jahr, 1/3 zwischen 2 und 6 Jahren und 1/3 zwischen 7 und 20 Jahre; 62 der 1259 Patienten (5%) mussten auf einer Intensivstation behandelt werden. Seit Beginn des Registers im **März 2020** wurden insgesamt 8 verstorbene Kinder gemeldet, davon waren 3 Kinder in einer palliativen Situation verstorben, in einem Fall war die Einordnung nicht möglich. **Bei insgesamt 4 Kindern wurde COVID-19 als Todesursache festgestellt.**

Dem **RKI** wurden nach IfSG **bis 13. April 2021 insgesamt 78.537 Todesfälle** gemeldet; in der Altersgruppe der **0-9-Jährigen** waren dies **12 Todesfälle**, in der Altersgruppe der **10- bis 19-Jährigen 5 Todesfälle**, wobei insgesamt 3 Fälle noch nicht validiert waren. In die Statistik des RKI gehen die Todesfälle ein, bei denen ein laborbestätigter Nachweis von SARS-CoV-2 (direkter Erregernachweis) unabhängig von der tatsächlichen Todesursache vorliegt. Sowohl Menschen, die unmittelbar an der Erkrankung verstorben sind („gestorben an“), als auch Personen mit Vorerkrankungen, die mit SARS-CoV-2 infiziert waren und bei denen sich nicht abschließend nachweisen lässt, was die Todesursache war („gestorben mit“), werden derzeit in den RKI-Meldedaten erfasst. Insofern erklärt sich die Diskrepanz zum DGPI-Register, in dem die klinischen Verläufe detailliert vorliegen. Die Untererfassung gilt auch für die als hospitalisiert gemeldeten Kinder; hier liegen die Meldedaten des RKI etwa doppelt über den Zahlen des DGPI-Registers.

Jeder einzelne Fall eines schwer erkrankten oder verstorbenen Kindes an einer SARS-CoV-2-Infektion ist ein Fall zu viel und ein unerträgliches Einzelschicksal für Kind und Familie. Die nun seit Beginn der Pandemie gemachte Beobachtung, dass von den schätzungsweise 14 Millionen Kindern und Jugendlichen in Deutschland nur etwa 1200 mit einer SARS-CoV-2-Infektion im Krankenhaus (< 0,01%) behandelt werden mussten und 4 an ihrer Infektion verstarben (< 0.00002%), sollte Anlass sein, Eltern übergroße Sorgen vor einem schweren Krankheitsverlauf bei ihren Kindern zu nehmen. In der Saison 2018/19 wurden nach Angaben des RKI insgesamt 7461 Kinder unter 14 Jahren mit Influenza als hospitalisiert gemeldet, 9 Kinder verstarben. Nach Angaben des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur lag im Jahr 2019 die Zahl der durch einen Verkehrsunfall getöteten Kinder bei 55, nach Angaben der DLRG die Zahl der ertrunkenen Kinder bei 25. Diese Zahlen sollen und dürfen keinesfalls gegeneinander aufgerechnet werden, mögen aber bei der Einordnung helfen.

Die weiterhin bestehende extreme Seltenheit eines schweren oder gar tödlichen Verlaufes von SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen ist nicht geeignet, als Argument für Schul- und Kita-Schließungen benutzt zu werden. Nur die verbleibende Behauptung, dass zwischen den Infektionen bei Kindern und Jugendlichen und der Über-

lastung der Intensivstationen und den schweren und tödlichen Verläufen der älteren Erwachsenen ein Zusammenhang bestehe, könnte Kita- und Schulschließungen rechtfertigen. Daten, die diese These bestätigen, fehlen allerdings.“

Beweis: <https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-hospitalisierung-und-sterblichkeit-von-covid-19-bei-kindern-in-deutschland-18-04-2021/>

Laut dieser Stellungnahme verstarben von den hospitalisierten Kindern bislang 4 Kinder an COVID 19 seit Ausbruch im März 2020. In der Saison 2018/2019 wurden nach Angaben des RKI 7461 Kinder unter 14 Jahren mit Influenza hospitalisiert und 9 Kinder verstarben an Influenza. Zum Vergleich wurden 2019 55 Kinder durch einen Verkehrsunfall getötet und 25 Kinder sind 2019 ertrunken. Die beiden Fachgesellschaften DGPI und DGKH kommen daher zum Schluss, dass die weiterhin **extreme Seltenheit eines schweren oder gar tödlichen Verlaufes von SARS-CoC-2 bei Kindern und Jugendlichen nicht geeignet ist, als Argument für Schul-und Kita-Schließungen benutzt zu werden.**

4. Keine Übersterblichkeit im Jahr 2020

„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.

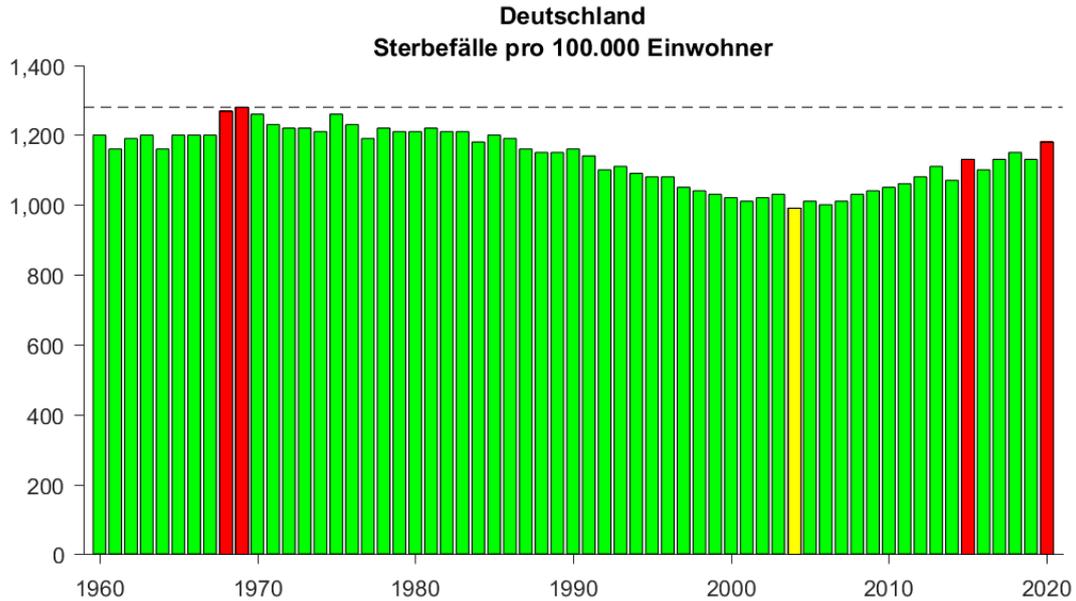
Epidemiologe Prof. Dr. Andreas Stang erklärt die Zahlen, laut denen es sogar eine **UNTERsterblichkeit** geben soll.“

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 02.02.2021

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).

Nachfolgende Grafik zeigt für das Jahr 2021 keine Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren:

5. Keine Übersterblichkeit in Ländern ohne Lockdown, Maskenpflicht und geöffneten Schulen und Kindergärten

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/>

7. RKI-Grafik zu COVID-19-Todesfällen wegen Meldeverzugs unzutreffend

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

[Redacted Signature]

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 von der Klinikleitung fünfmal angehalten, Totenscheine nachträglich „auf Corona“ umzuschreiben. 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/>

11. Corona bei 80 % der offiziellen Covid-Toten wohl nicht Todesursache

In einem Interview mit der Zeitung „Welt“ gab Prof. Dr. med Bertram Häussler an, dass er mit seinem Forschungsinstitut IGES ermittelt hat, dass bei gut 80 % der offiziellen COVID-Toten, die seit Anfang Juli gemeldet wurde, die zugrundeliegende Infektion schon länger als fünf Wochen zurückliegt und man daher eher davon ausgehen müsse, dass Corona nicht die wirkliche Todesursache war.

Beweis: <https://www.welt.de/politik/deutschland/plus233426581/Seit-Juli-2021-Corona-bei-80-Prozent-der-offiziellen-Covid-Toten-wohl-nicht-Todesursache.html>

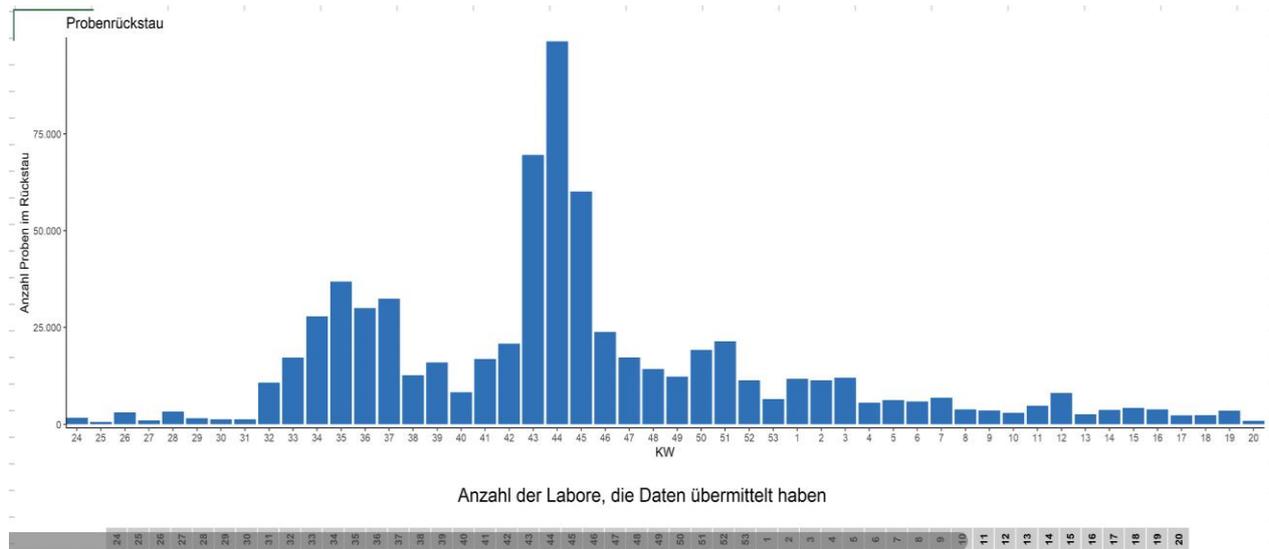
IV. 7-Tage-Inzidenz zur Feststellung eines Infektionsgeschehens ungeeignet

Laut dem **gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Matthias Schrappe**, das im Verfahren 1 BVR 781/21 vor dem Bundesverfassungsgericht erholt wurde, ist die „**7-Tage-Inzidenz**“ als alleiniger Parameter **ungeeignet**, das **dortige Infektionsgeschehen** und **dessen Entwicklung zu beschreiben**. Auf der Grundlage des Indikatoren-Konzeptes sei der Indikator „7-Tage-Inzidenz“ als alleiniges Mittel zur Beschreibung des Krankheitsverlaufes und der Nutzung der Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht zu verwenden. Der Indikator sei weder adäquat spezifiziert (fragliche Begriffsbildung, inadäquater Beobachtungszeitraum, fehlender Populationsbezug) noch zuverlässig (reliabel) zu messen (v.a. abhängig vom Stichprobenumfang, Teststrategie), außerdem sei er nicht valide und werde sehr stark durch bekannte sowie unbekannte Störvariablen beeinflusst. Besonders fielen kleinräumige Unterschiede hinsichtlich Demographie, Komorbidität und Umgebungsfaktoren (v.a. soziale Benachteiligung, Arbeitsumwelt) ins Gewicht, weswegen eine Vergleichbarkeit gemessener Indikatorausprägungen (Melderaten-Werte) zwischen kleinräumigen Regionen nicht gegeben sei.

Beweis: gerichtliches Sachverständigengutachten von Prof. Schrappe (Az. 1 BVR 781/21) Anlage K 14

V. 7-Tage-Inzidenz durch Berücksichtigung von rückgestauten Proben verfälscht

Es 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 der Kalenderwoche 24 ausgewertet sind, offenbart unten stehende Grafik des RKI:



V. 7-Tage-Inzidenz 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 Beratersteam 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 allein 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 allein 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 Abgeordnetenhaus 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 Nachtstung, 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 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.**“

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)

13. Gerichtliches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer

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 Anzüchtbarkeit von Viren aus der Testprobe abgeglichen werden, was unter den extrem variablen und nicht überprüfbareren 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.

Unabhängig von der prinzipiellen Unmöglichkeit, mit dem PCR-Test eine Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 festzustellen, hängen darüber hinaus die Ergebnisse eines PCR-Tests nach den Ausführungen der Gutachterin Prof. Dr. Kämmerer von einer Reihe von Parametern ab, die zum einen erhebliche Unsicherheiten bedingen und zum anderen gezielt so manipuliert werden können, dass viele oder wenige (scheinbar) positive Ergebnisse erzielt werden.

Dazu gehört zum einen die Zahl der zu testenden Zielgene. Diese wurde nach den Vorgaben der WHO von ursprünglich drei sukzessive auf eins reduziert. Die Gutachterin rechnet vor, dass durch die Verwendung nur noch eines zu testenden Zielgens bei einer Mischpopulation von 100.000 Tests mit keiner einzigen tatsächlich infizierten Person aufgrund einer bei einem Instand-Ringversuch festgestellten mittleren Fehlerrate sich ein Ergebnis von 2.690 falsch positiv Getesteten ergibt. Bei Verwendung von 3 Zielgenen wären es lediglich 10 falsch positiv Getestete.

Würden die 100.000 durchgeführten Tests repräsentativ bei 100.000 Bürgern einer Stadt/eines Landkreises innerhalb von 7 Tagen durchgeführt sein, so ergibt sich allein aus dieser Reduzierung der verwendeten Zielgene hinsichtlich der „Tagesinzidenz“ ein Unterschied von 10 Falsch-Positiven gegenüber 2690 Falsch-Positiven und davon abhängig die Schwere der ergriffenen Freiheitsbeschränkungen der Bürger.

Wäre konsequent die korrekte „Targetanzahl“ von drei bzw. sogar besser (wie z.B. in Thailand) bis zu 6 Genen für die PCR-Analyse verwendet worden, hätte sich die Rate der positiven Tests und damit die „7-Tagesinzidenz“ fast komplett auf null reduziert.

Zum anderen gehört zu den Fehlerquellen der sog. ct-Wert, also die Zahl der Amplifikations- /Verdopplungsschritte, bis zu der der Test noch als „positiv“ gewertet wird. Die Gutachterin weist darauf hin, dass nach einhelliger wissenschaftlicher Meinung alle „positiv“-Resultate, die erst ab einem Zyklus von 35 erkannt werden, keinerlei wissenschaftliche (d.h.: keine evidenzbasierte) Grundlage haben. Im Bereich ct-Wert 26-35 kann der Test nur als positiv gewertet werden, wenn mit Virusanzucht abgeglichen. Der mit Hilfe der WHO weltweit propagierte RT-qPCR Test zum Nachweis von SARS-CoV-2 hingegen war (und ihm folgend auch alle anderen auf ihm als Blaupause basierenden Tests) auf 45 Zyklen eingestellt, ohne einen CT-Wert für „positiv“ zu definieren.

Ohnehin wird der Begriff der „Inzidenz“ vom Landesverordnungsgeber fehlgebraucht. Denn „Inzidenz“ meint eigentlich das Auftreten von Neuerkrankungen in einer (immer wieder getesteten und ggfls. ärztlich untersuchten) definierten Personengruppe in einem definierten Zeitraum, vgl. Nr. 11 der rechtlichen Hinweise des Gerichts. Tatsächlich aber werden undefinierte Personengruppen in undefinierten Zeiträumen getestet, so dass es sich bei dem, was als „Inzidenz“ ausgegeben wird, lediglich um schlichte Melderaten handelt.

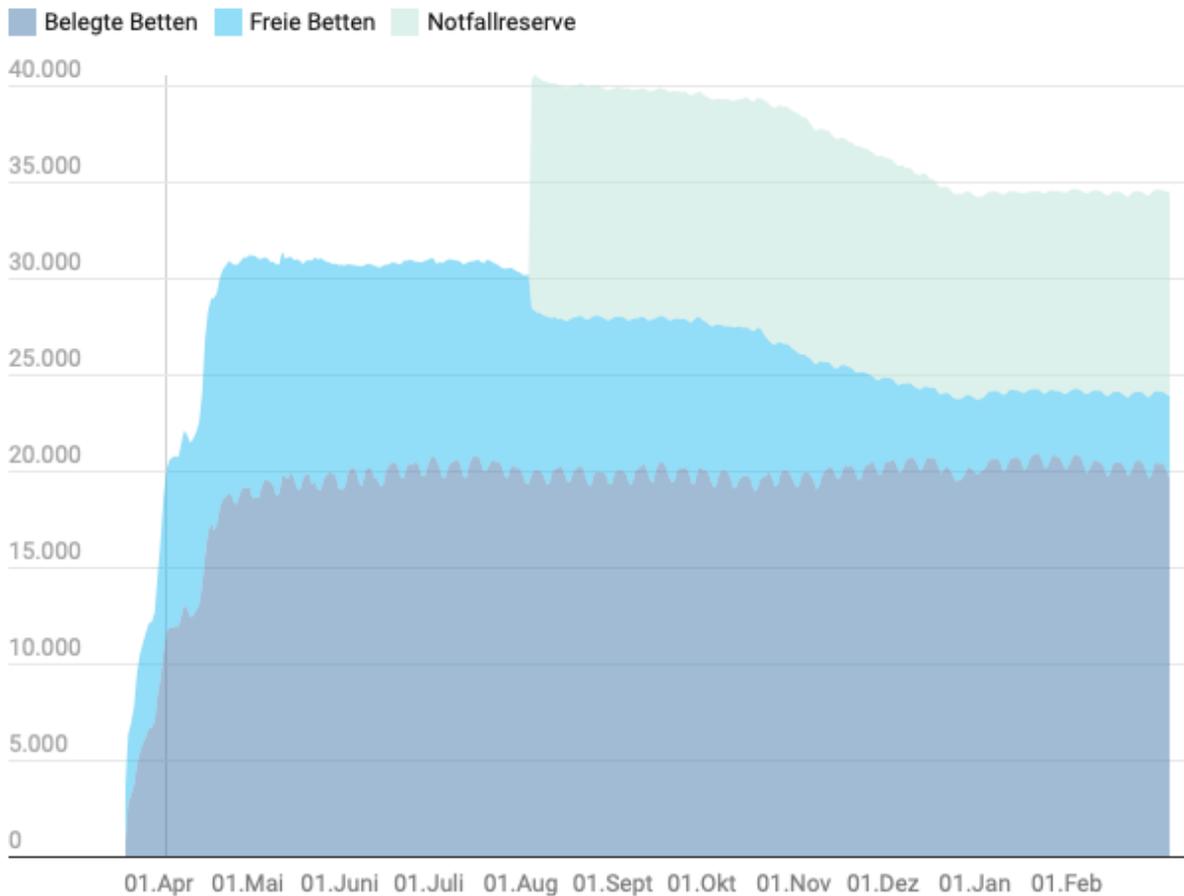
VII. Rückgang der gemeldeten Intensivbetten und Schließung von Krankenhäusern

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



Stand: 07.03.2021 12:23

Quelle: [DIVI-Intensivregister](#) • [Daten herunterladen](#) • Erstellt mit [Datawrapper](#)

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

Von Mai 2020 bis April 2021 wurden 7000 Intensivbetten abgebaut.

Beweis: https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/von-31-000-auf-24-000-warum-in-elf-monaten-7000-deutsche-intensivbetten-verschwunden-sind_id_13167403.html

2. Schließung von Krankenhäusern

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

- 01.07.2020 Riedlingen/ Baden-Württemberg
- 01.07.2020 Waldsassen/ Bayern

- 31.07.2020 Vohenstrauß/ Bayern
- 01.08.2020 Wedel/ Schleswig-Holstein
- 01.09.2020 Bochum-Linden/ Nordrhein-Westfalen
- 01.09.2020 Havelberg/ Sachsen-Anhalt
- 30.09.2020 Weingarten/ Baden-Württemberg
- 01.10.2020 Oberwesel/ St. Goar/ Rheinland-Pfalz
- 31.10.2020 Fürth/ Bayern
- 01.12.2020 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 milderen Mittel in Form mehr Krankenhäusern bzw. -betten** zu begegnen.

VIII. 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 wie 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>

In einer Studie wurden alle der in Schottland aufgetretenen Corona-Fälle analysiert und untersucht, welche Faktoren beeinflussen, ob jemand eine schwere COVID-19-Erkrankung entwickelt. Dabei zeigte sich, dass Lehrkräfte im Vergleich zu anderen Berufen ein um 64 Prozent reduziertes Risiko aufweisen, schwer an COVID-19 zu erkranken. Weiterhin zeigte sich, dass das Risiko einer schweren COVID-19-Erkrankung bei Erwachsenen um 28 Prozent reduziert war, wenn Kinder im selben Haushalt lebten. Dieser Effekt von Kindern zeigte sich sogar dann, wenn Erwachsene zu einer Hochrisikogruppe zählten (z.B. Krebserkrankung, schweres Asthma und andere schwere chronische Atemwegserkrankungen, Bluthochdruck, Immunsuppression, etc.).

Beweis: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.02.21252734v1.full>

Eine kürzlich in der Fachzeitschrift British Medical Journal veröffentlichte Studie mit dem Titel „Risk of hospital admission with covid-19 among teachers compared with healthcare workers and other adults of working age in Scotland, March 2020 to July 2021: population based case-control study“ kam zu dem Ergebnis, dass Lehrer und ihre Haushaltsmitglieder **zu keinem Zeitpunkt des Schuljahres 2020-21 ein erhöhtes Risiko** für eine Krankenhauseinweisung mit Covid 19 hatten, im Vergleich zu ähnlichen Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter, auch nicht zu Zeiten, in denen die Schulen vollständig geöffnet waren. Es wurde bei Lehrern sogar ein **geringeres Risiko für eine schwere Covid-19-Erkrankung** festgestellt.

Beweis: <https://tkp.at/2021/09/11/studie-in-schottland-zeigt-schule-und-kinder-stellen-kein-risiko-dar-sie-schuetzen-sogar/>

<https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2060>

Ähnliche Ergebnisse gab es auch in Schweden.

Beweis: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2026670>

Die Autoren der Studie vermuten, dass das daran liegen könnte, dass der Kontakt mit Kindern den vorbestehenden Immunschutz aufgrund von Kreuzreaktionen mit anderen Coronaviren erhöht. Eine weitere mögliche Erklärung könnte sein, dass inzwischen sehr umfangreiche Studien zeigen, dass die Viruslast bei Kindern in der Tat kleiner ist – anders als anfänglich in einer statistisch falsch ausgewerteten Studie eines Forschergruppe um Christian Drosten vermutet.

Beweis: Studie: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.15.21249691v2>

Prof. Dr. David Spiegelhalter kommt zum gegenteiligen Ergebnis wie Prof. Drosten.

Beweis: <https://d-spiegel.medium.com/is-sars-cov-2-viral-load-lower-in-young-children-than-adults-8b4116d28353>

Nach einer Studie in The Lancet ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30985-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30985-3/fulltext)) sinkt mit der Viruslast der Person, von der die Ansteckung ausgeht, das Risiko einer schweren COVID-19-Erkrankung.

Das AG Weimar hat seinen Beschluss vom 8.04.2021 (Az.: 9 F 147/21) auf ein **gerichtliches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kuhbandner** gestützt, wonach es in der Tat belastbare Hinweise aus sehr umfangreichen wissenschaftlichen Studien gibt, dass ein **häufiger Kontakt mit Kindern womöglich tatsächlich eine Schutzfunktion vor der Entwicklung einer schweren COVID-19-Erkrankung darstellen kann** (S. 138). Insbesondere zeigt inzwischen eine umfangreiche Studie, dass Kinder in der Tat eine geringere Viruslast aufweisen als Erwachsene, was eine der Erklärungen für diese Schutzfunktion darstellen könnte. Darüber hinaus weist der Sachverständige daraufhin, dass **Infektionen an Schulen vergleichsweise selten vorkommen**. Das sei allein schon deswegen der Fall, weil umfangreiche Meta-Analysen darauf hinweisen, dass insbesondere Kinder unter 12 Jahren sich seltener infizieren und das Virus seltener weitergeben als Erwachsene [16,17].“ (Hervorhebung durch den Unterzeichner).

IX. Maßnahmen gegenüber asymptomatischen Menschen und im Außenbereich ungeeignet

1. 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 „Ausbruchskluster“ 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

2. Keine Ansteckungsgefahr im Außenbereich

„Die Gefahr, sich draußen anzustecken, ist praktisch gleich Null“, erklärt der Aerosol-Experte Gerhard Scheuch aus Gemünden gegenüber FOCUS Online. Damit es draußen überhaupt zu einer Ansteckung mit dem Coronavirus kommen kann, müsste man sich schon sehr nahekommen und das über einen längeren Zeitraum hinweg: „Man bräuchte im Außenbereich mindestens fünf bis 15 Minuten engen Zusammenstehens, damit es zu einer Infektion kommt“, erläutert der Experte, der ein eigenes Forschungsinstitut für Bio-

Inhalation in Gemüden betreibt. Denn damit eine Ansteckung stattfindet, müsste eine Person mindestens 400 bis 4000 Viren aufnehmen, die durch Aerosolwolken eines Infizierten beim Sprechen und Atmen ausgestoßen werden.

Beweis: https://www.focus.de/gesundheit/news/ansteckungsgefahr-durch-mutationen-volle-parks-trotz-corona-pandemie-aerosol-forscher-sagt-wie-gefaehrlich-das-ist_id_13012166.html

X. 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 39 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 Operationsaal 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. Sjøl 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 Operationmasken, 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.

39 - OSTER ET AL. 2021

Nach einer Studie, die die Daten betreffend Schulen in Florida, New York und Massachusetts ausgewertet hat, gibt es keinen Zusammenhang zwischen der Maskenpflicht und den COVID-19-Infektionsraten.

Beweis: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.19.21257467v1>

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.bitchute.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 medizini-

sche 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

6. Gerichtliches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ines Kappstein und Prof. Dr. Christof Kuhbandner

Das AG Weimar hat seinem Beschluss vom 08.04.2021 (Az.: 9 F 147/21) auf zwei gerichtliche Sachverständigengutachten gestützt, wonach das Maskentragen nicht wirksam vor einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 schützt.

Prof. Dr. med. Ines Kappstein, Hygienikerin, ist Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin. Ihre Habilitation erfolgte im Fach Krankenhaushygiene. Von 1998 bis 2006 war sie im Klinikum rechts der Isar der TU München tätig. Von 2006 bis 2016 war sie Chefarztin der Abteilung Krankenhaushygiene an den Kliniken Südostbayern AG der Landkreise Traunstein und Berchtesgadener Land. Seit 2017 betreut sie mehrere Akut-, Fach- und Reha-Kliniken in selbständiger Tätigkeit.

Das Gutachten von Prof. Dr. Kappstein befindet sich auf den Seiten 20 bis 108. Dabei setzt sich die Sachverständige mit **allen vorhandenen wissenschaftlichen Publikationen** zum Thema Masken, insbesondere mit denen, die vom RKI, WHO, CDC und ECDC zur Begründung eines Nutzens des Maskentragens angeführt werden, auseinander. Die Sachverständige kommt zum Ergebnis, dass es **keine Belege dafür gibt, dass Gesichtsmasken unterschiedlicher Art das Infektionsrisiko durch SARS-CoV-2 überhaupt oder sogar nennenswert senken können**. Diese Aussage trifft auf Menschen aller Altersgruppen zu, also auch auf Kinder und Jugendliche sowie auf asymptomatische, präsymptomatische und symptomatische Personen. Im Gegenteil besteht eher die Möglichkeit, dass durch die beim Tragen von Masken noch häufigeren Hand-Gesichtskontakte das Risiko erhöht wird, selbst mit dem Erreger in Kontakt zu kommen oder Mit-Menschen damit in Kontakt zu bringen. Darüber hinaus bestehe für **die normale Bevölkerung weder im öffentlichen noch im privaten Bereich ein Infektionsrisiko**, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder anderen Maßnahmen) gesenkt werden könnte. Schließlich gebe es **keinen Anhalt dafür, dass die Einhaltung von Abstandsvorschriften das Infektionsrisiko senken kann**. Dies gelte für Menschen aller Altersgruppen, also auch für Kinder und Jugendliche.

Prof. Kappstein nimmt in ihrem Gutachten Bezug auf **150 wissenschaftliche Quellen**. Daraus ist zu schließen, dass es sich um eine besonders tiefgreifende Auseinandersetzung mit den einschlägigen Fachpublikationen handelt.

Das Gutachten von Prof. Dr. Kuhbandner befindet sich auf den Seiten 108 bis 144 des Beschlusses.

Prof. Dr. Christof Kuhbandner ist Professor für Psychologie, Lehrstuhlinhaber des Lehrstuhls für Pädagogische Psychologie an der Universität Regensburg und Experte im Bereich wissenschaftlicher Methoden und Diagnostik.

96 wissenschaftliche Quellen wertet Prof. Dr. Kuhbandner in seinem Gutachten aus.

Auf Seite 118 führt Prof. Kuhbandner aus: „Relevant ist dieser Punkt insbesondere dann, wenn mit einer Maßnahme potentielle Nebenwirkungen verbunden sind. Man kann das anhand der sogenannten Number Needed to Treat veranschaulichen – also der Anzahl der Personen, welcher mit einer Maßnahme behandelt werden muss, damit ein einziger Krankheitsfall verhindert wird. Wenn beispielsweise sehr viele Menschen mit einem Medikament behandelt und unter potentiellen Nebenwirkungen leiden müssen um bei einem einzigen Menschen eine Besserung hervorzurufen, ist der Einsatz des Medikaments als fragwürdig einzustufen.

In Bezug auf die Frage nach dem Maskentragen an Schulen ist dieser Punkt deswegen besonders relevant, weil praktisch alle verfügbaren Daten darauf hinweisen, dass **Infektionen an Schulen vergleichsweise selten vorkommen**. Das ist allein schon deswegen der Fall, weil umfangreiche Meta-Analysen darauf hinweisen, dass insbesondere Kinder unter 12 Jahren sich seltener infizieren und das Virus seltener weitergeben als Erwachsene [16,17].“ (Hervorhebung durch den Unterzeichner).

Der Gutachter schlussfolgert (S. 120), dass das erreichbare Ausmaß der Reduktion eines Risikos einer Ansteckung an Schulen sehr gering ist, **weil an Schulen auch ohne Masken sehr selten Ansteckungen auftreten**.

Prof. Dr. Kuhbandner kommt zusammenfassend zum selben Ergebnis wie Prof. Dr. Kapstein (S. 123), dass es bisher **keine hochwertige wissenschaftliche Evidenz dafür gibt, dass durch das Tragen von Gesichtsmasken das Infektionsrisiko nennenswert gesenkt werden kann**. Die aktuell angeblich steigenden Infektionszahlen bei Kindern gehen mit hoher Wahrscheinlichkeit in Wirklichkeit darauf zurück, dass die Testanzahl bei den Kindern in den vorangegangenen Wochen stark zugenommen hat (S. 124).

XI. Antigen-Schnelltest beinhalten gesundheitsgefährdende Chemikalien laut Gefährdungsanalyse von Prof. Dr. Bergholz

In seiner Gefährdungsanalyse kommt Prof. Dr. Werner Bergholz am 26.04.2021 zu dem Ergebnis:

- Die Antigenschnelltests enthalten Gold-Nanopartikel und mindestens in einem Fall eine nicht in Europa zugelassene Chemikalie. Beide Stoffe sind **gesundheits- und umweltschädlich**. Alle bisher untersuchten Beipackzettel zu Schnelltests weisen gesundheitsgefährdende Chemikalien auf.
- Die in den Beipackzetteln wegen der Gefahrstoffe geforderten Schutzmaßnahmen sind uneinheitlich, sie reichen von keiner Angabe bis ca. 80% der sachgerechten Schutzmaßnahmen. Beipackzettel für den Laiengebrauch unterschlagen oft wichtige Informationen zu Gefahrstoffen und Schutzvorkehrungen.

- **Die Durchführung der Tests durch Laien in häuslicher Umgebung oder in Klassenräumen verstößt gegen allgemeine Sicherheitsvorschriften für den Umgang mit gesundheitsschädlichen Chemikalien und in mindestens einem Fall Vorschriften der europäischen Chemikalienverordnung REACH und ist somit rechtswidrig.**
- Die massenhafte Anwendung der Antigenschnelltests ist sinnlos, da sie bei realistischer Betrachtung **keinen positiven Effekt auf das Infektionsgeschehen** haben kann.
- Es wird empfohlen, die Antigenschnelltests ausschließlich durch Fachpersonal in dafür ausgestatteten Laboren und nur bei symptomatischen Personen einzusetzen.

Beweis: Gefährdungsanalyse von Prof. Dr. Bergholz (**Anlage 3A**)

XII. COVID-19-Impfkampagne weder geeignet noch erforderlich noch angemessen, um die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu stoppen und zum normalen Leben zurückzukehren

1. Laut EMA keine Zulassung zur Verhinderung einer Ausbreitung von SARS-CoV-2

Die offiziellen Unterlagen bei der EMA („European Medicine Agency“) besagen zu den derzeit bedingt zugelassenen Impfstoffen Folgendes:

1.1. Comirnaty (BionTech/Pfizer)

“Comirnaty is a vaccine for preventing coronavirus disease 2019 (COVID-19) in people aged 12 years and older.

Comirnaty contains a molecule called messenger RNA (mRNA) with instructions for producing a protein from SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. Comirnaty does not contain the virus itself and cannot cause COVID-19.”

Übersetzt: Comirnaty ist ein Impfstoff zur Verhinderung einer Corona-Erkrankung (COVID 19) für Personen ab 12 Jahren und älter.

Comirnaty beinhaltet ein Molekül namens messenger RNA mit Anweisungen um das Protein aus SARS-CoV-2 herzustellen, das Virus, das COVID-19 verursacht. Comirnaty beinhaltet nicht das Virus selbst und kann nicht COVID-19 verursachen.

„Can Comirnaty reduce transmission from one person to another?

The impact of vaccination with Comirnaty on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.”

Übersetzt: “Kann Comirnaty die Übertragung von einer Person auf die andere reduzieren?

Der Einfluß der Impfung mit Comirnaty auf die Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus in der Gemeinschaft ist nicht bekannt. Es ist noch nicht bekannt wie viele geimpfte Menschen noch das Virus in sich tragen können und es verbreiten können.“

Beweis: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/comirnaty>

1.2. Spikevax (vormals Moderna)

“Spikevax is a vaccine for preventing coronavirus disease 2019 (COVID-19) in people aged 12 years and older.”

Übersetzt: „Spikevax ist ein Impfstoff zur Verhinderung einer Coronavirus-Erkrankung (COVID 19) für Personen ab 12 Jahren und älter.“

„Can Spikevax reduce transmission of the virus from one person to another?

The impact of vaccination with Spikevax on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.“

Übersetzt: “Kann Spikevax die Übertragung des Virus von einer Person auf eine andere reduzieren?

Der Einfluss der Impfung mit Spikevax auf die Ausbreitung des SARS-CoV-2 Virus in der Gemeinschaft ist noch nicht bekannt. Es ist noch nicht bekannt wie viele geimpfte Personen das Virus in sich tragen und verbreiten können.“

Beweis: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/spikevax-previously-covid-19-vaccine-moderna>

1.3. Vaxzevria (ehemals AstraZeneca)

„Vaxzevria is a vaccine for preventing coronavirus disease 2019 (COVID-19) in people aged 18 years and older. COVID-19 is caused by SARS-CoV-2 virus.”.

Übersetzt: “Vaxzevria ist ein Impfstoff zur Verhinderung einer Coronavirus Erkrankung (COVID 19) für Personen ab 18 Jahren und älter. COVID-19 wird durch das SARS-CoV-2 Virus verursacht.

„Can Vaxzevria reduce transmission of the virus from one person to another?

The impact of vaccination with Vaxzevria on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.”

Übersetzt: „Kann Vaxzevria die Übertragung des Virus von einer Person auf die andere reduzieren?

Der Einfluß von Vaxzevria auf die Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus in der Gemeinschaft ist nicht bekannt. Es ist noch nicht bekannt, wie viele geimpfte Menschen das Virus noch in sich tragen und verbreiten können.

Beweis: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/vaxzevria-previously-covid-19-vaccine-astrazeneca>

1.4. Janssen

„COVID-19 Vaccine Janssen is a vaccine for preventing coronavirus disease 2019 (COVID-19) in people aged 18 years and older. COVID-19 is caused by SARS-CoV-2 virus.”

Übersetzt: „Der COVID-19 Impfstoff Janssen ist ein Impfstoff zur Verhinderung einer Coronavirus Erkrankung (COVID-19) für Personen ab 18 Jahren und älter. COVID-19 wird durch das SARS-CoV-2 Virus verursacht.”

„Can COVID 19 vaccine Janssen reduce transmission of the virus from one person to another?

The effect of COVID-19 Vaccine Janssen on the spread of the SARS-CoV-2 virus in the community is not yet known. It is not yet known how much vaccinated people may still be able to carry and spread the virus.”

Übersetzt: „Kann der COVID-19 Impfstoff Janssen die Übertragung des Virus von einer Person auf eine andere reduzieren?

Der Effekt des COVID-19 Impfstoff Janssen auf die Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus in der Gemeinschaft ist noch nicht bekannt. Es ist nicht bekannt, wie viele geimpfte Menschen noch das Virus in sich tragen und verbreiten können.“

Beweis: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/covid-19-vaccine-janssen>

2. COVID-19-Impfstoffe ungeeignet Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern

Ein Bericht der amerikanischen Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vom 6.08.2021 stellt die Wirksamkeit der COVID-19-Impfstoffe in Frage. Darin heißt es: „Insgesamt waren 274 (79 %) geimpfte Patienten mit einer Durchbruchinfektion symptomatisch. Von fünf COVID-19-Patienten, die ins Krankenhaus eingeliefert wurden, waren vier vollständig geimpft; Todesfälle wurden nicht gemeldet. Die Zyklusschwellenwerte der Reverse-Transkriptions-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR) in Proben von 127 geimpften Personen mit Durchbruchfällen waren mit denen von 84 ungeimpften Personen vergleichbar.“ (https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s_cid=mm7031e2_w). Dem letzten Satz ist zu entnehmen, dass die Geimpften eine genauso hohe Viruslast hatten wie die Ungeimpften. Das bedeutet, dass Geimpfte genauso ansteckend sind wie Ungeimpfte.

Auch die jüngste Veröffentlichung von der englischen Gesundheitsbehörde Public Health England im PHE Technical Briefing 20 vom 06.08.2021 stellt fest, dass Geimpfte und Ungeimpfte gleich ansteckend sind: „PCR-Zyklusschwellenwerte (Ct) aus routinemäßig durchgeführten Tests in England zeigen, dass die Ct-Werte (und folglich die Viruslast) bei ungeimpften und geimpften Personen ähnlich sind.“(https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1009243/Technical_Briefing_20.pdf).

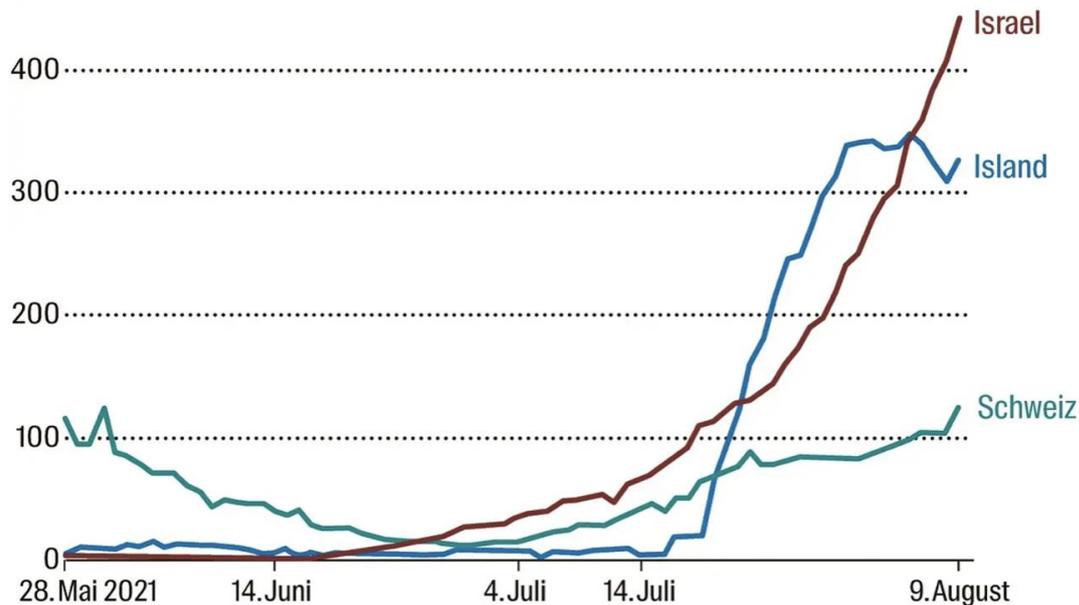
Dies deckt sich mit den Ergebnissen weiterer amerikanischer und britischer Studien: (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.31.21261387v2>) (<https://www.ndm.ox.ac.uk/files/coronavirus/covid-19-infection-survey/finalfinalcombinedve20210816.pdf>).

Eine am 10.08.2021 im Preprint im Fachjournal „The Lancet“ veröffentlichte Studie (https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3897733) kam sogar zu dem Schluss, dass geimpfte Personen bei Infektion mit der Delta Variante eine 251-mal höhere Virenlast in den Nasenlöchern haben wie mit den früheren Varianten. Eine derart hohe Virenbelastung wurde bislang bei Ungeimpften nicht festgestellt. Bei dieser Studie handelt es sich um eine Untersuchung von der renommierten Oxford University Clinical Research Group, die sich mit Durchbruchinfektionen in einem Krankenhaus in Vietnam befasste.

Darüber hinaus ist festzustellen, dass Länder mit einer hohen Impfquote wie Israel, Island oder der US-Bundesstaat Hawaii derzeit einen Anstieg an Infektionen und Krankenhauseinweisungen verzeichnen. Die Luzerner Zeitung titelte dazu, dass bei den Impfvorreitern Israel und Island die Coronazahlen explodieren (<https://www.luzernerzeitung.ch/international/impfwirkung-laesst-nach-island-und-israel-ploetzlich-explodieren-bei-den-impfvorreitern-die-corona-zahlen-ld.2172608>). Folgende Grafik aus diesem Artikel veranschaulicht das:

Steigende Infektionszahlen in Israel und Island

Anzahl täglicher Neuinfektionen im 7-Tage-Schnitt pro Million Einwohner



Quelle: ourworldindata.org; Grafik: mlu

Der Chefepidemiologe Gudnason von Island zeigte sich über die Wirksamkeit der Impfung enttäuscht (vgl. Luzerner Zeitung, aaO). In Island sind 75% der Bevölkerung doppelt geimpft und 6% einfach geimpft. Gudnason folgerte daraus, dass mit den COVID-19-Impfungen Herdenimmunität nicht erreicht werden kann.

In Israel sind knapp 60 % der Bevölkerung doppelt geimpft.

Hawaii ist der Bundesstaat mit der höchsten Impfquote in den USA. Schon Mitte April war der Höhepunkt der Impfkampagne überschritten. Laut der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC wurden 99,9% der über 65-Jährigen in Hawaii geimpft. Auch nach Angaben des Bundesstaates Hawaii sind die Fälle für Personen über 65 in Hawaii auf einem Allzeitrekord und wachsen „exponentiell“ (<https://tkp.at/2021/08/19/hawaii-massiver-anstieg-von-infektionen-unter-geimpften-insbesondere-bei-65/>).

Die praktischen Beispiele aus Ländern mit hoher Impfquote wie Israel, Island und Hawaii zeigen, dass mit den COVID-19-Impfungen keine Herdenimmunität erreicht werden kann. Dies bestätigte sogar der Chefepidemiologe Islands. Die Situation in Island, Israel und Hawaii hat sich nach den Impfungen eher verschlimmert als verbessert.

3. COVID-19-Impfkampagne nicht erforderlich

3.1. Bereits bestehende Immunität gegen SARS-CoV-2 in der Bevölkerung

Es stellt sich die Frage, ob nicht bereits eine Art von Immunität in der Bevölkerung gegen SARS-CoV-2 vorherrscht, die eine Impfung überflüssig macht. Eines der führenden Forschungsinstitute für Immunologie, das La Jolla Institute for Immunology in Kalifornien

nächst San Diego, kam nach Auswertung von 25 Studien zur T-Zell-Immunität zu dem Ergebnis (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1931312821002389?via%3Dihub>), dass eine robuste natürliche T-Zell-Immunität besteht, was es „unwahrscheinlich macht, dass SARS CoV2-Varianten der T-Zell-Erkennung auf Populationsebene entgehen könnten“.

Laut einer polnischen Studie verfügen 50% der Menschen über Antikörper gegen SARS-CoV-2, ohne je erkrankt oder geimpft worden zu sein (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.06.22.21258711v1>). Auch eine dänische Studie deutet daraufhin, dass bei der Mehrheit der Bevölkerung eine gewisse Immunität gegen das Virus SARS-CoV-2 besteht, da 202 von 203 untersuchten Probanden unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung – also auch bei leichtem Verlauf – IgG und IgA Antikörper entwickelt hatten (vgl. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352396421002036>). Diese Art von Antikörper tritt nur dann auf, wenn das Immunsystem bereits einmal mit einem vergleichbaren Erreger befasst war.

67,6% der Menschen in Indien ab sechs Jahren verfügen über Antikörper gegen SARS-CoV-2. Zu diesem Schluss kommt eine Studie im Auftrag der indischen Regierung mit Proben von mehr als 36.000 Menschen vom Juni und Juli, wie das Gesundheitsministerium mitteilte (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/125771/Corona-Zwei-Drittel-der-Menschen-in-Indien-haben-Antikoerper>). Die Erhebung zeigte auch, dass die Seroprävalenz in ländlichen und städtischen Gebieten ähnlich ist und dass 85 % der Beschäftigten im Gesundheitswesen Antikörper gegen SARS-CoV-2 hatten (<https://tkp.at/2021/07/29/indien-68-prozent-haben-corona-antikoerper-infektionssterblichkeit-0045-prozent/>). Da die Impfquote in Indien mit 24,9% mit einer Dosis und 6,8% mit zwei Dosen noch niedrig ist, haben die Mehrheit der Menschen mit Antikörpern gegen SARS-CoV-2 ihre Immunität durch eine durchgemachte Infektion erlangt.

3.2. Bereits verfügbare Heilmittel gegen COVID-19

Mit Ivermectin existiert ein seit 30 Jahren zugelassenes Medikament, mit dem Krankenhausaufenthalte bei COVID 19 um 75 - 85 % reduziert werden können (vgl. <https://www.servustv.com/aktuelles/v/aa-28a3dbyxh1w11/>;

P.A. McCullough et al.: Multifaceted highly targeted sequential multidrug treatment of early ambulatory high-risk SARS-CoV-2 infection. *Reviews in cardiovascular medicine* 21 (2020), 517-530. pmid: 33387997; P.A. McCullough et. al.: Pathophysiological Basis and Rationale for Early Outpatient Treatment of SARS-CoV-2 (COVID-19) Infection. *Am.J.Med.* 134 (2021), 16-22. pmid: 32771461).

Zur Behandlung von COVID-19 mit dem Medikament Ivermectin existieren insgesamt 113 Studien, davon 73 peer reviewed (vgl. <https://c19ivermectin.com/>). Der Vergleich von indischen Bundesstaaten, die Ivermectin verwenden, bspw. Uttar Pradesh, Delhi, und anderen bspw. Tamil Nadu, die kein Ivermectin aber dafür Remdesivir verwenden, zeigt, dass Ivermectin sehr wirkungsvoll Infektionen verhindert, Erkrankungen rasch heilt und Todesfälle minimiert (<https://tkp.at/2021/05/26/die-echtzeit-studie-von-ivermectin-in-indien/>).

4. COVID-19-Impfkampagne nicht angemessen

Beim Punkt der Angemessenheit ist zu prüfen, welche Nebenwirkungen bei einer COVID-19-Impfung auftreten. Folgende Grafik vergleicht die Verdachtsfälle auf Nebenwirkungen und Todesfälle durch Impfungen in Deutschland betreffend die bisherigen Impfstoffe mit den COVID-19-Impfstoffen.

Vergleich der Verdachtsfälle auf Nebenwirkungen und Todesfälle durch Impfungen in Deutschland

	ALLE Impfstoffe 01.01.2000 - 31.12.2020	Covid-19-Impfstoffe bis 31.07.2021
Verdachtsfälle gesamt:	54.488	131.671
bleibende Schäden:	917	ca. 1873
Todesfälle:	456	1.225
verimpfte Dosen:	625.500.000 (Zeitraum: 2003 - 2019)	92.376.787

Quellen: - Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 19.08.2021,
- Datenbank mit Verdachtsfällen von Impfkomplikationen (DB-UAW)
- <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/467046/umfrage/impfstoffverbrauch-in-deutschland/>

Obwohl 6mal so viele Dosen der herkömmlichen Impfstoffe über die letzten 20 Jahre verabreicht wurden als Corona-Impfdosen in den letzten sieben Monaten, sind die Nebenwirkungen bei den COVID-Impfstoffen 2,4 mal so hoch wie bei den herkömmlichen. Dies bedeutet, dass bei Verabreichung derselben Menge an Impfdosen mit 12mal so vielen Nebenwirkungen bei den COVID-Impfstoffen zu rechnen ist wie bei den herkömmlichen. Hinsichtlich der bleibenden Schäden sind bereits jetzt die Fälle bei den COVID-Impfstoffen doppelt so hoch wie bei den herkömmlichen Impfstoffen. Bei Verabreichung derselben Menge an Impfdosen ist damit zu rechnen, dass die Corona-Impfstoffe 12mal so viele bleibende Schäden verursachen wie die herkömmlichen Impfstoffe. Ähnliches gilt für die Todesfälle. Bereits jetzt sind es bei den COVID-19-Impfstoffen 2,6mal so viele Todesfälle wie bei den herkömmlichen Impfstoffen. Die Daten zu den Nebenwirkungen stammen aus dem Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 19.08.2021. Beim Paul-Ehrlich-Institut handelt es sich um eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Daten im Bericht einer Bundesbehörde können vom Staat bzw. den Regierungen nicht abgestritten werden.

Besonders schwerwiegend sind die Fälle von Herzmuskelentzündung bei Kindern/Jugendlichen (<https://www.pnp.de/nachrichten/politik/Herzkrankheit-nach-Biontech-Impfung-Jugendliche-in-Deutschland-betroffen-4079576.html>). Hier wurden bereits 24 Fälle bekannt. Für Kinder und Jugendliche stellt COVID-19 laut der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie kaum eine Gefahr dar (<https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-hospitalisierung-und-sterblichkeit-von-covid-19-bei-kindern-in-deutschland-18-04-2021/>), da an COVID 19 innerhalb eines Jahres weniger Kinder gestorben sind, als im selben Zeitraum an Grippe oder an einem Verkehrsunfall. Die Gefahr von schwerwiegenden Nebenwirkungen bei der COVID 19-Impfung wiegt daher bei jungen Menschen höher als die Gefahr an COVID 19 schwer zu erkranken oder zu versterben.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass unstreitig die Langzeitwirkungen bei den COVID-19-Impfstoffen nicht bekannt sind. Die COVID-19-Impfstoffe wurden in weniger als einem Jahr entwickelt und zugelassen. Normalerweise dauert die Entwicklung eines Impfstoffes bis zur Zulassung mindestens fünf Jahre. Bei neuartigen mRNA-Impfstoffen, wie es zwei der COVID-19-Impfstoffe sind, wäre realistisch mit acht Jahren bis zur Zulassung zu rechnen gewesen. Aufgrund der derzeit nicht bekannten Langzeitwirkungen der COVID-19-Impfstoffe kann an diesem Punkt eine abschließende verfassungsrechtliche Überprüfung nicht erfolgen, denn im Rahmen der Verhältnismäßigkeit müssen die von der Impfung ausgehenden Gefahren hinreichend bestimmbar und im Ergebnis als geringer im Vergleich zu denen einer COVID-Infektion einzustufen sein (vgl. Bretschneider/Peter, Die Corona-Impfung im Kontext des besonderen Dienst- und Treueverhältnisses zwischen dem Staat und seinen Beamten, NVwZ 2021, 276).

Laut einer am 09.08.2021 in der Peer-Review-Fachzeitschrift Journal of Infection veröffentlichten Studie ([https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(21\)00392-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00392-3/fulltext)) kann es bei Geimpften zu einer antikörperabhängigen Verstärkung (ADE) kommen. Geimpfte Menschen haben danach ohne Auffrischungsimpfung bei neuen Infektionen in Prinzip kein funktionierendes Abwehrsystem mehr. Es kann dann zu einem Überschießen des Immunsystems (ADE) bei Geimpften kommen, was als Zytokinsturm bezeichnet wird. Ein Zytokinsturm verläuft nicht selten tödlich.

Im Rahmen der Angemessenheitsprüfung müssen alle betroffenen Rechtsgüter berücksichtigt werden. So gebietet die Schutzpflicht des Staates aus Art. 99 S. 1 BV, dass der Staat Medikamente, die sich als gesundheitsgefährdend oder lebensbedrohlich erwiesen haben, vom Markt nimmt. Sobald das Recht auf Leben und nicht nur auf körperliche Unversehrtheit betroffen ist, dürfen die Ansprüche an die Schadenswahrscheinlichkeit nicht allzu hochgestellt werden. Anhand der bisherigen Erkenntnisse wird man diese Pflicht nicht in Bezug auf Personen aus den Risikogruppen bejahen können. Jedoch ist im Hinblick auf Kinder und Jugendliche ohne Vorerkrankungen festzustellen, dass diese keinen Nutzen aus den COVID-19-Impfungen ziehen, da COVID 19 bei Kindern und Jugendlichen kaum vorkommt laut Deutscher Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. Ein Nutzen für die Allgemeinheit besteht auch nicht, da die COVID-19-Impfstoffe nicht vor Weitergabe des Virus SARS-CoV-2 schützen, die Geimpften genauso ansteckend sind wie Ungeimpfte und die COVID-19-Impfstoffe zu keiner Herdenimmunität führen. Dagegen stehen die Risiken der COVID-19-Impfung mit 12mal mehr Nebenwirkungen und Todesfällen wie bei den bisherigen Impfungen, mit noch unbekanntem Langzeitwirkungen und der Gefahr einer antikörperabhängigen Verstärkung, welche nicht selten tödlich endet. Ferner ist durch eine israelische Studie belegt, dass eine natürliche Infektion besser bzw. länger schützt als eine COVID-19-Impfung. Schließlich ist zweifelhaft, ob die COVID-19-Impfung überhaupt vor einer COVID-19-Erkrankung schützt.

Folglich gebietet die Schutzpflicht des Staates nach Art. 99 S.1 BV, dass die Staatsregierung die Impfkampagne betreffend Kinder und Jugendliche ohne Vorerkrankungen unverzüglich

stoppen.
Prof. Luc Montagnier, Nobelpreisträger wegen seiner Entdeckung des Aids-Erregers HIV, forscht zur Zeit an Menschen, die nach der Impfung an COVID-19 erkrankt sind. In einem auf der Seite der RAIR Foundation USA erschienenen Interview bezeichnete Montagnier die Politik der Massenimpfungen als einen schweren Fehler. Es ist „ein wissenschaftlicher Fehler sowie ein medizinischer Fehler. Es ist ein inakzeptabler Fehler“, so der Virologe, der in dem Interview weiter erklärt: „Die Geschichtsbücher werden das zeigen, denn es

ist die Impfung, die die Varianten hervorbringt.“ Die durch die Impfungen gebildeten Antikörper seien es, die das Virus zu den Mutationen zwingen würde, um zu überleben. Dieses Phänomen der infektionsverstärkenden Antikörper sei Epidemiologen bekannt. Im Falle von Corona würden die Epidemiologen dazu schweigen. Er weist darauf hin, dass mitverfolgt werden könne, wie in jedem Land der Kurve der Impfungen die Kurve der Todesfälle folgt (<https://www.wochenblick.at/nobelpreistraeger-warnt-in-jedem-land-folgt-die-todeskurve-der-impfkurve/>).

5. Zweifelhafte Schutzwirkung der COVID-19-Impfstoffe vor einer COVID-19-Erkrankung

Nach den neuesten Erkenntnissen ist allerdings zweifelhaft, ob die COVID-19-Impfstoffe wirklich gegen eine COVID-19-Erkrankung schützen. Eine im Fachjournal „The Lancet“ veröffentlichte Studie ([https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247\(21\)00069-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanmic/article/PIIS2666-5247(21)00069-0/fulltext)) kam zu dem Ergebnis, dass die allgemeine Risikoreduktion (ARR) bei 1,3% für AstraZeneca-Oxford, bei 1,2% für Moderna, 1,2% für J&J, bei 0,93% für Gamaleya und bei 0,84% für Pfizer-BionTech liegt. Eine allgemeine Risikoreduktion von um die 1 % ist weit von der durch die Medien geisternden Wirksamkeit von 90 % entfernt.

Besorgniserregend ist zudem, dass im Herzog-Krankenhaus in Jerusalem 95 % der schwerkranken COVID-Patienten doppelt geimpft sind. So äußerte sich der in diesem Krankenhaus tätige Arzt Dr. Kobi Haviv in einem Interview (<https://www.schildverlag.de/2021/08/06/israels-medien-berichten-85-90-der-hospitalisiertem-covid-kranken-sind-doppelt-geimpfte-usa-wesentlich-hoehere-todesraten-bei-hospitalisierten-geimpften/>). In die gleiche Richtung deuten die Feststellungen im oben bereits erwähnten Bericht der amerikanischen Gesundheitsbehörde Centers for Disease Control and Prevention (CDC) vom 06.08.2021, wonach von fünf COVID-19-Patienten, die ins Krankenhaus eingeliefert wurden, vier vollständig geimpft waren (https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7031e2.htm?s_cid=mm7031e2_w).

Eine Studie aus Israel (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.24.21262415v1>) stellte ein 27-fach höheres Risiko einer symptomatischen COVID-Erkrankung für Geimpfte gegenüber Immunen nach Infektion fest.

Eine weitere Studie aus Israel kam zu dem Ergebnis, dass die Antikörper gegen SARS-CoV-2 bei Genesenen länger halten als bei COVID-19-Geimpften (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.08.19.21262111v1>). Während die Antikörper bei den Geimpften monatlich um 40% abnahmen, nahmen die Antikörper bei den Genesenen nur um 5% monatlich ab.

Zusammenfassend erscheint zweifelhaft, ob die COVID-19-Impfstoffe wirksam gegen eine COVID-19-Erkrankung schützen, da die allgemeine Risikoreduktion bei allen vier Impfstoffen um die 1 % liegt, vermehrt doppelt Geimpfte hospitalisiert werden müssen. Laut israelischer Studien haben die Geimpften ein 27-fach höheres Risiko einer symptomatischen COVID-Erkrankung als Genesene und die Antikörper bei Geimpften verschwinden schneller als bei Genesenen.

XIII. Physische und psychische Beeinträchtigungen durch das 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. So lange 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://meda-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>

Der Beschluss des AG Weimar vom 8.04.2021 (Az. 9 F 147/21) stützt sich auf das **gerichtliche Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kuhbandner**, wonach das **Maskentragen bei Kindern physische und psychische Schäden** verursachen kann. Auf den Seiten 124 bis 137 erfolgen Ausführungen des Sachverständigen zu Schäden physischer, psychischer und pädagogischer Art durch das Tragen der Maske. 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.

Eine **umfassende Meta-Studie** offenbart, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen Masken verursachen können. „Ist eine Maske, die Mund und Nase bedeckt, frei von unerwünschten Nebenwirkungen im täglichen Gebrauch und frei von potentiellen Gefährdungen?“, fragen die Autoren der am 20. April veröffentlichten Arbeit, die 65 Publikationen auswertet.

44 dieser Arbeiten wurden für eine quantitative Auswertung herangezogen, die in unterschiedlichen Kategorien „erhebliche unerwünschte Wirkungen von Masken“ aufzeigt. Die Autoren wiesen eine statistisch signifikante Korrelation zwischen den negativen Begleiterscheinungen der Blutsauerstoffverarmung und der Müdigkeit bei Maskenträgern nach.

Die **Auswertung zeigt Veränderungen in der Atmungsphysiologie von Maskenträgern mit einem gehäuften gemeinsamen Auftreten von Atmungsbeeinträchtigung und einem Abfall der Sauerstoffsättigung (67 %), N95-Maske und CO2-Anstieg (82 %), N95-Maske und Abfall der Sauerstoffsättigung (72 %), N95-Maske und Kopfschmerzen (60 %), Beeinträchtigung der Atmung und Temperaturanstieg (88 %), aber auch Temperaturanstieg und Feuchtigkeit (100 %) unter den Masken.** Ein längeres Maskentragen in der Bevölkerung könnte in vielen medizinischen Bereichen zu relevanten Effekten und Folgen führen, so die Wissenschaftler.

Das Tragen von Masken führe zwar nicht durchgängig zu klinischen Abweichungen von der Norm. Jedoch sei aufgrund der langen Tragezeit eine deutliche Verschiebung in die pathologische Richtung, eine pathologische Langzeitfolge mit klinischer Relevanz zu erwarten. Dazu zählen neben Arteriosklerose und koronaren Herzkrankheiten auch neurologische Erkrankungen.

Bedrohlicher noch: **„Maskentragen hat das Potenzial, eine chronische Stressreaktion auszulösen, die durch Blutgasveränderungen induziert und von Gehirnzentren gesteuert wird. Diese wiederum induziert und löst die Unterdrückung des körpereigenen Abwehrsystems und das metabolische Syndrom mit kardiovaskulären und neurologischen Erkrankungen aus.“**

Theoretisch reichen die durch die Masken induzierten Effekte des Sauerstoffabfalls im Blut und des Kohlendioxidanstiegs bis auf die zelluläre Ebene und verstärkten entzündungs- und krebsfördernde Effekte. **Dagegen wirken die Kurzeffekte bei zunehmender Maskentragzeit geradezu belanglos: Kohlendioxid-Retention, Schläfrigkeit, Kopfschmerzen, Erschöpfungsgefühl, Hautreizungen (Rötung, Juckreiz) und mikrobiologische Kontamination (Keimbesiedelung).**

Beweis: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/8/4344/htm>

XIV. 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 CO_2 und O_2 im Gasgemisch, das sich hinter der Maske bildet.

Zitat aus dem Interview mit Herr Dr. Christian Zilz (Zilz, D. C. 02.07 .2020). 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 CO_2 abgeatmet wird, Anmerk. d. Redaktion) führen. Der CO_2 -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/atemschutz/31300-mns-maske-3-lagig-mund-nasen-schutz-en-zertifiziert.html>

Beispiel 2: <https://www.deinemaske24.de/p/mns-atemschutzmaske-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 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 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

XV. Mildere Mittel zur Bekämpfung der Pandemie- 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, diejenigen, 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 10.09.2021 ist diese Erklärung von 797.721 Bürgern, 14.879 Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Medizin und öffentlichen Gesundheit und 43.804 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

XVI. 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**)

XVII. 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-geschaeft-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.

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 14. 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 Abstandsgebots in § 1, der Maskenpflicht in § 2 und der 3G-Regelung mit § 3 Abs. 1 und § 3 Abs. 2 der 14. BayIfSMV. Ungeimpfte erhalten nur Zugang zu Veranstaltungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 und Dienstleistungen nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 der 14. BayIfSMV, wenn sie sich zuvor im Sinne von § 3 Abs. 4 haben testen lassen und über einen entsprechenden Testnachweis verfügen. Dies stellt zudem eine Ungleichbehandlung von Ungeimpften gegenüber Geimpften nach Art. 118 Abs. 1 BV dar. Ungeimpfte müssen sich jedes Mal einem Test unterziehen, während dies Geimpfte nicht müssen. Zugleich stellt § 3 der 14. BayIfSMV einen Eingriff in die Freizügigkeit nach Art. 109 Abs. 1 BV der Popularkläger dar, da es ihnen verwehrt ist, private oder öffentliche Veranstaltungen, Kinos, Theater, Gastronomie, Opern etc. zu besuchen, wenn sie über keinen negativen Testnachweis verfügen.

§ 3a der 14. BayIfSMV stellt einen massiven Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV dar, da die Antragsteller von bestimmten Veranstaltungen ausgeschlossen werden und ihnen der Zutritt zu bestimmten Geschäften verwehrt wird, wenn die Antragsteller nicht geimpft oder genesen sind. Dies ist ein faktischer Impfwang für die Antragsteller. Darüber hinaus stellt § 3a der 14. BayIfSMV auch eine Verletzung von Art. 118 BV dar, da Geimpfte zu Unrecht bevorzugt werden, obwohl diese genauso ansteckend sind und eine Infektion genauso wie Ungeimpfte weiterverbreiten können. Es gibt also keinen sachlichen Grund für eine Ungleichbehandlung.

§ 4 der 14. BayIfSMV schränkt die allgemeine Handlungsfreiheit der Popularkläger nach Art. 101 BV ein, da größere Veranstaltungen personenbegrenzt sind und damit eine Teilnahme an diesen Veranstaltungen nicht allen Personen möglich ist.

Die Kontaktdatenerfassung nach § 5 verletzt das allgemeine Persönlichkeitsrecht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Popularkläger nach Art. 100 iVm Art. 101 BV.

§ 6 Abs. 1 der 14. BayIfSMV schränkt die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 101 BV des Popularklägers zu 2) ein, da dieser für sein Geschäft ein Infektionsschutzkonzept entwerfen und beachten muss. Gleichzeitig ist darin auch ein Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb geschützt nach Art. 103 Abs. 1 BV zu sehen.

§ 7 (Gottesdienste) schränkt die Religionsausübungsfreiheit der Popularkläger nach Art. 107 BV ein, da die Teilnehmerzahl bei Gottesdiensten beschränkt ist, Abstand gehalten werden muss und Maskenpflicht besteht. Zudem wird der Zugang nur geimpften, genesenen und getesteten Personen gewährt. Das bedeutet, dass sich Ungeimpft jemand für ihren Kirchenbesuch testen lassen müssen.

Mit § 8 (Versammlungen im Sinne des Art. 8 des Grundgesetzes) wird das Grundrecht der Popularkläger nach Art. 113 BV eingeschränkt, da auf Versammlungen unter freiem Himmel ein Mindestabstand von 1,5 m zwischen den Teilnehmern gewahrt werden muss. Versammlungen in geschlossenen Räumen können nur nach der 3G-Regelung abgehalten werden.

§ 11 der 14. BayIfSMV schränkt die allgemeine Handlungsfreiheit der Popularkläger nach Art. 101 BV ein, da für einen Hotelbesuch in Bayern ein Testnachweis erbracht werden muss.

§ 15 Abs. 2 der 14. BayIfSMV stellt einen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV ein, da der Konsum von Alkohol an öffentlichen Orten unter freiem Himmel verboten ist.

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:

Durch die 3G-Regel in § 3 Abs. 1 der 14. BayIfSMV sind sämtliche Betreiber von Fitnessstudios, Theater, Kinos, Mussen, Gastronomien, Beherbergungswesen, Bildungsangeboten etc. in ihrer Berufsausübungsfreiheit nach Art. 101 BV eingeschränkt. Weiter ist darin ein Eingriff in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 103 Abs. 1 BV zu sehen. Soweit Theater, Oper, Konzerthäuser und Bühnen betroffen sind, stellt dies einen Eingriff in die Kunstfreiheit nach Art. 108 BV dar. Soweit Hochschulen von § 3 Abs. 1 der 14. BayIfSMV betroffen sind, stellt dies einen Eingriff in die Wissenschaftsfreiheit nach Art. 108 BV dar. Ungeimpfte Studenten, die sich für jeden Hochschulbesuch testen lassen müssen, werden in ihrer Berufsausbildungsfreiheit eingeschränkt und gegenüber geimpften Studenten benachteiligt nach Art. 118 Abs. 1 BV.

§ 3a der 14. BayIfSMV stellt eine Ungleichbehandlung nach Art. 118 Abs. 1 BV für Menschen dar, die nachweislich über Antikörper verfügen aber dennoch nicht unter Genesene gefasst werden, weil sie zum Zeitpunkt der Infektion keinen PCR-Test gemacht haben.

Diese aufgrund von nachweisbaren Antikörpern immunisierten Menschen werden zu Unrecht von Veranstaltungen nach § 3a der 14. BayLfSMV ausgeschlossen, obwohl sie den Virus gar nicht weiterverbreiten können – im Gegensatz zu den Geimpften.

Betreiber von Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern müssen zusätzlich ein Testkonzept nach § 9 Abs. 2 der 14. BayLfSMV erarbeiten und einhalten. Dies stellt einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 101 BV und in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb nach Art. 103 Abs. 1 BV dar. Die Beschäftigten von Krankenhäusern und Pflegeheimen müssen sich nach § 9 Abs. 1 S. 1 der 14. BayLfSMV zweimal die Woche testen lassen, sofern sie nicht geimpft sind. Dies stellt einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der nichtgeimpften Beschäftigten dar. Ferner liegt darin eine Ungleichbehandlung nach Art. 118 Abs. 1 BV, da sich geimpfte Beschäftigte nicht testen lassen müssen.

Nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 der 14. BayLfSMV darf in Gastronomien nicht getanzet werden. Dies stellt einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 101 BV der Gastronomen dar.

Mit § 12 der 14. BayLfSMV wird in die Berufsausübungsfreiheit nach Art. 101 BV von Mes-
severanstaltern zusätzlich eingegriffen, da eine tägliche Besuchsobergrenze von 50.000 Personen gilt.

Die Maskenpflicht nach § 13 Abs. 1 der 14. BayLfSMV stellt einen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV von Schülern dar. Darüber hinaus stellt die Testpflicht nach § 13 Abs. 2 der 14. BayLfSMV einen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV dar. Zudem werden bei Vornahme des Tests in der Schule das Testergebnis als persönlich geschützte Daten den anderen Schülern bekannt, sodass ein Eingriff in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach Art. 100 iVm Art. 101 BV gegeben ist.

Die Testpflicht nach § 14 Abs. 2 der 14. BayLfSMV stellt ebenfalls einen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV, in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung nach Art. 100 iVm Art. 101 BV und in die Gleichbehandlung nach Art. 118 Abs. 1 BV dar.

§ 15 Abs. 1 und Abs. 4 der 14. BayLfSMV untersagt die Veranstaltung von Volksfesten, Bordellbetrieben, Clubs und Diskotheken. Für die Betreiber dieser Veranstaltungen oder Einrichtungen stellt dies ein Berufsverbot nach Art. 101 BV und einen Eingriff in den ausgeübten und eingerichteten 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 § 15 der 14. BayLfSMV **offenkundig** die Grundrechte aus **Art. 100, 101, 103 Abs. 1, 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 Abs. 1, 107, 108, 109, 113, 118 Abs. 1 BV wegen **offenkundigem Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht gerechtfertigt. § 1 bis § 15 der 14. BaylfSMV schränken die Grundrechte nach Art. 100, 101, 103 Abs. 1, 107, 108, 109, 113, 118 Abs. 1 BV verfassungswidrig ein. Damit sind § 1 bis § 15 der 14. BaylfSMV nach **Art. 98 S. 4 BV vom Verfassungsgerichtshof für nichtig zu erklären**.

Bei § 16 und § 17 der 14. BaylfSMV handelt es sich um Verschärfungen der Maßnahmen, bei § 18 bis § 20 der 14. BaylfSMV um Schlussvorschriften, die ohne die vorausgehenden Vorschriften nach § 1 bis § 15 keine eigenständige Bedeutung haben können. Folglich hat der Verfassungsgerichtshof die komplette 14. 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**.

Das **Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV** ist 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 13. BaylfSMV baut als Folgeverordnung auf der 6. BaylfSMV auf.

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. Legitimer Zweck von Anfang an nicht gegeben, da zu keinem Zeitpunkt eine Überlastung des Gesundheitssystems drohte

Wie aus der Begründung BayMBl. 2021 Nr. 616 hervorgeht, stützt die Staatsregierung ihre Grundrechtseingriffe im Wesentlichen auf eine **drohende Überlastung des Gesundheitssystems**. Durch die Analyse zum Leistungsgeschehen der Krankenhäuser und zur Ausgleichspauschale in der Corona-Krise vom 30.04.2021 des Beirats des Gesundheitsministerium (<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, steht fest, dass es zu **keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems durch COVID-19 gab**.

Zudem wurden bereits von Prof. Dr. Matthias Schrappe in dessen Thesenpapier und in seinem Welt-Interview vom 16.05.2021 Unstimmigkeiten bei den Intensivbettenkapazitäten enthüllt. So fand Prof. Schrappe heraus, dass es 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 wie in Deutschland.

So wurden Ende April 2021 61% der Covid-Patienten in Krankenhäusern auf Intensivstationen behandelt, dagegen in der Schweiz nur 25%, in Italien 11%.

Zudem weist Prof. Schrappe auf die widersprüchliche Datenlage hin, da es Tage gab, an denen mehr intensivpflichtige als hospitalisierte Patienten zu verzeichnen waren. Der **Bericht des Bundesrechnungshofes** stellt fest, dass die **Auslastung der Krankenhausbetten im Jahr 2020** mit 67,3% **sogar niedriger** war als die Auslastung im Jahr 2019 mit 75,1%, ebenso die Auslastung der Intensivbetten mit 68,6% im Jahr 2020 und 69,6% im Jahr 2019. Darüber hinaus ergibt sich rügt der Bundesrechnungshof, dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen zu **unerwünschten Mitnahmeeffekten** geführt habe und die **Krankenhäuser** deswegen **weniger verfügbare Intensivbetten gemeldet** haben als tatsächlich zur Verfügung standen. Ferner ergab eine Auswertung der Daten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) für 2020 im Vergleich zu den Vorjahren eine **historisch niedrige Bettenauslastung**.

Da es zu keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems gab, ist bereits **kein legitimer Zweck** gegeben. Die Eingriffe in die Grundrechte erfolgten ohne legitimen Zweck und sind daher schon aus diesem Grund unverhältnismäßig.

Nach Auffassung der beiden Professorinnen der Rechtswissenschaften, **Prof. Dr. Elisa Hoven und Prof. Dr. Frauke Rostalski**, stellt der **Schutz vor dem allgemeinen Lebensrisiko keinen legitimen Zweck** dar. Die beiden Professorinnen begründen das wie folgt (<https://www.welt.de/kultur/plus231725353/Warum-die-Corona-Massnahmen-sofort-enden-muessen.html>):

„Der Staat kann seine Bürger nicht vor allen Gefahren bewahren, ohne ihre Freiheiten zu sehr einzuschränken. Das Leben ist lebensgefährlich. Daher kann etwa die Teilnahme am Straßenverkehr nicht verboten werden – trotz der zahlreichen Verkehrstoten jedes Jahr. Eine nächtliche Ausgangssperre würde vermutlich die Zahl der Opfer von Straftaten senken, doch der Preis wäre zu hoch. In einer freiheitlichen Gesellschaft müssen wir ein „allgemeines Lebensrisiko“ hinnehmen...

Der viel gescholtene Vergleich mit der Grippe ist an dieser Stelle wichtig. Denn wir sind als Gesellschaft bereit, die Gefahren der Grippe – an der jedes Jahr ebenfalls viele Menschen sterben – ohne staatliches Eingreifen hinzunehmen: als allgemeines Lebensrisiko. Ein stimmiges Risikokonzept muss sich an unserem bisherigen gesellschaftlichen Umgang mit Krankheitsgefahren orientieren.

Liegen die gesundheitlichen Risiken durch Covid-19 für eine Personengruppe nicht höher als bei Influenza, so sind staatliche Maßnahmen zu dem Schutz dieser Gruppe nicht geboten. Das gilt auch für Langzeitfolgen, die nur dann eine abweichende Risikobewertung zulassen, wenn sie deutlich über das hinausgehen, was wir sonst bei Krankheiten hinzunehmen bereit sind...

Sonderopfer können – in Maßen – als Form gesellschaftlicher Solidarität verlangt werden. Sie müssen aber in besonderer Weise erklärt werden und dürfen nur das letzte Mittel sein, wenn der Lebensschutz auf anderem Wege nicht zu leisten ist. Bevor eine ganze Gesellschaft in ihren Freiheitsrechten massiv eingeschränkt wird, muss der Staat genau prüfen, ob er seine Schutzpflicht für die durch das Virus besonders gefährdeten

Gruppen nicht durch eine Stärkung von Selbstschutzmöglichkeiten erfüllen kann, etwa durch die Versorgung mit notwendigen Gütern oder einen Anspruch auf Homeoffice...

2. Maßnahmen wie Maskentragen, Testpflicht und 3-G-Regel sind nicht geeignet

Sämtliche Regelungen in den § 1 bis § 15 zum Abstandhalten und Maskentragen, sind an sich nicht geeignet, eine Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern, da sie nicht wirksam sind.

2.1. 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.

2.2. 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 39 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 01.12.2020 an, dass die Evidenz für die Wirksamkeit von Masken unzureichend sei.

Der Beschluss des AG Weimar vom 08.04.2021 (Az.: 9 F 147/21) stützt sich auf **drei gerichtliche Sachverständigengutachten**, die nach **Art. 23 Abs. 4 VfGHG iVm § 411a ZPO zu verwerten** sind.

Eine Verwertung der gerichtlichen Sachverständigengutachten nach Art. 23 Abs. 4 VfGHG iVm § 411a ZPO kann auch nicht deshalb abgelehnt werden, weil das OLG Jena den Beschluss des AG Weimar vom 8.04.2021 aufgehoben hat. Die **Entscheidung des OLG Jena vom 14.05.2021** (Az. 1 UF 136/21) ist **offenkundig rechtswidrig**, da der sofortigen Beschwerde des Freistaats Thüringen stattgegeben wurde, obwohl gegen den Beschluss des AG Weimar vom 08.04.2021 **kein Rechtsmittel** der (sofortigen) Beschwerde vor dem OLG gegeben war (**§ 57 S. 1 FamFG**). Darüber hinaus verweist das OLG Jena auf § 17a GVG, obwohl **§ 17a GVG** nach **einheitlicher Rechtsmeinung in echten Amtsverfahren in Familiensachen nach § 24 FamFG**, wie es ein Verfahren wegen Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB ist, **nicht anwendbar** ist.

Das Familiengericht ist für Verfahren nach § 1666 BGB zuständig. Die Frage, ob es das Verfahren an das Verwaltungsgericht abgeben sollte nach § 17a GVG, stellt sich nicht, da § 17a GVG in diesem echten Amtsverfahren nach § 24 FamFG nach einheitlicher Meinung in der Literatur und Rechtsprechung nicht anwendbar ist (vgl. OLG Zweibrücken NJW-RR 99, 1682; OLG Karlsruhe vom 28.04.2021 Az. 20 WF 70/21; OLG Nürnberg vom 26.04.2021 Az. 9 WF 342/21, 9 WF 343/21; OLG Bamberg vom 17.05.2021 Az. 7 WF 124/21). Allein der Familienrichter entscheidet im Sinne von § 24 FamFG, ob er ein Verfahren wegen Kindeswohlgefährdung einleitet. Leitet er kein Verfahren ein, ist das Verfahren bereits in diesem Stadium beendet.

Nach bisheriger Rechtsprechung wurden **Träger der öffentlichen Hand wie Wohnheime und psychiatrische Einrichtungen** als „Dritte“ im **Sinne von § 1666 Abs. 4 BGB** gesehen, sodass es vertretbar erscheint auch eine Schule bzw. Schulleiter als „Dritter“ im Sinne von § 1666 Abs. 4 BGB anzusehen (vgl. Staudinger/Coester (2020) BGB § 1666, Rn. 237; AG Wedding, Beschluss vom 17.07.1992, 50 X 67/92; AG Kassel, DA-Vorm 1996, 411; Johannsen/Henrich/Althammer/Jokisch BGB § 1666 Rn. 124; MüKoBGB/Lugani, 8. Aufl. 2020, BGB § 1666 Rn. 214, 215). Auch die zeitlich nach dem Beschluss des AG Weimar vom 8.04.2021 ergangenen **Entscheidungen des OLG Karlsruhe** (OLG Karlsruhe vom 28.04.2021, Az. 20 WF 70/21) und **OLG Bamberg** (vom

17.05.2021, Az. 7 WF 124/21) legen nahe, dass Schule bzw. Schulleiter „Dritter“ im Sinne von § 1666 Abs. 4 BGB ist. Unter Berücksichtigung des **Willens des Gesetzgebers** (vgl. BT-Drucks 16/6308, 318), wonach allein auf die objektiv bestehende Gefahr für das Kind abgestellt werden soll, und unter Berücksichtigung der **völkerrechtskonformen Auslegung von Artikel 3 der UN-Kinderrechtskonvention** muss § 1666 Abs. 4 BGB auf **Personen anwendbar** sein, die in **Ausübung einer staatlichen Funktion handeln**.

Das **Gutachten von Prof. Dr. Kappstein** befindet sich auf den Seiten 20 bis 108. Dabei setzt sich die Sachverständige mit **allen vorhandenen wissenschaftlichen Publikationen** zum Thema Masken, insbesondere mit denen, die vom RKI, WHO, CDC und ECDC zur Begründung eines Nutzens des Maskentragens angeführt werden, auseinander. Die Sachverständige kommt zum Ergebnis, dass es **keine Belege dafür gibt, dass Gesichtsmasken unterschiedlicher Art das Infektionsrisiko durch SARS-CoV-2 überhaupt oder sogar nennenswert senken können**. Diese Aussage trifft auf Menschen aller Altersgruppen zu, also auch auf Kinder und Jugendliche sowie auf asymptomatische, prä-symptomatische und symptomatische Personen. Im Gegenteil besteht eher die Möglichkeit, dass durch die beim Tragen von Masken noch häufigeren Hand-Gesichtskontakte das Risiko erhöht wird, selbst mit dem Erreger in Kontakt zu kommen oder Mit-Menschen damit in Kontakt zu bringen. Darüber hinaus bestehe für **die normale Bevölkerung weder im öffentlichen noch im privaten Bereich ein Infektionsrisiko**, das durch das Tragen von Gesichtsmasken (oder anderen Maßnahmen) gesenkt werden könnte. Schließlich gebe es **keinen Anhalt dafür, dass die Einhaltung von Abstandsvorschriften das Infektionsrisiko senken kann**. Dies gelte für Menschen aller Altersgruppen, also auch für Kinder und Jugendliche.

Prof. Dr. Kuhbandner kommt in seinem gerichtlichen Gutachten zusammenfassend zum selben Ergebnis wie Prof. Dr. Kappstein (S. 123), dass es bisher **keine hochwertige wissenschaftliche Evidenz dafür gibt, dass durch das Tragen von Gesichtsmasken das Infektionsrisiko nennenswert gesenkt werden kann**.

2.3. Maßnahmen betreffend Kinder und Jugendliche ungeeignet wegen fehlender Ansteckungsgefahr

Schließlich sind gerade die Regelungen in §§ 13, 14 (soweit Minderjährige betroffen) der 14. BayIfSMV nicht geeignet, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern. 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, Abstandhalten und Testpflicht** nicht geeignet, ein vermeintliches Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 zu senken. Im Gegenteil es wären nach dieser Studienlage gegenüber Kindern und Jugendlichen überhaupt keine Maßnahmen zu ergreifen.

Auch das gerichtliche Sachverständigengutachten von **Prof. Dr. Kuhbandner** kommt zum Ergebnis, dass es in der Tat belastbare Hinweise aus sehr umfangreichen wissenschaftlichen Studien gibt, dass ein **häufiger Kontakt mit Kindern womöglich tatsächlich eine Schutzfunktion vor der Entwicklung einer schweren COVID-19-Erkrankung darstellen kann** (S. 138). Insbesondere zeigt inzwischen eine umfangreiche Studie, dass

Kinder in der Tat eine geringere Viruslast aufweisen als Erwachsene, was eine der Erklärungen für diese Schutzfunktion darstellen könnte. Darüber hinaus weist der Sachverständige daraufhin, dass **Infektionen an Schulen vergleichsweise selten vorkommen**. Das sei allein schon deswegen der Fall, weil umfangreiche Meta-Analysen darauf hinweisen, dass insbesondere Kinder unter 12 Jahren sich seltener infizieren und das Virus seltener weitergeben als Erwachsene [16,17).“ (Hervorhebung durch den Unterzeichner).

2.4. 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**).

2.5. Wirkungslosigkeit der Maskenpflicht an der erfolgreichen Praxis in 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.

Obwohl Schweden diese von der bayerischen Regierung präferierten Maßnahmen nicht ergriff, brach in Schweden das Gesundheitssystem nicht zusammen. Schweden verzeichnet auch keine Übersterblichkeit für das Jahr 2020. Auch hat Schweden nicht mehr Corona-Tote zu verzeichnen als Deutschland.

2.6. PCR-Tests und Antigen-Schnelltest ungeeignet zum Feststellen des Vorliegens einer Infektion oder Infektiosität mit SARS-CoV-2

Aufgrund des gerichtlichen Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. Kämmerer, das nach Art. 23 Abs. 4 VfGHG iVm § 411a ZPO hier zu verwerten ist, 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 Anzüchtbarkeit 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.

Ein Testnachweis (PCR-Test oder Antigen-Schnelltest) bei asymptomatischen Menschen ist daher völlig ungeeignet, um eine Aussage über das Vorliegen einer Infektion oder Infektiosität zu treffen. Die Testpflicht in der 14. BayIfSMV ist damit völlig ungeeignet, um eine Aussagekraft über das Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 zu treffen, geschweige denn die Ausbreitung mit SARS-CoV-2 zu bremsen.

Die **Tests (PCR-Test wie Antigen-Schnelltest) bei asymptomatischen Menschen** kosten nur Geld und **nützen überhaupt nichts**. Es handelt sich dabei um nichts anderes als eine Mittelverschwendung.

2.7. COVID-19-Impfkampagne ungeeignet, um weitere Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern

Die COVID-19-Impfstoffe schützen nicht vor Weitergabe des Virus SARS-CoV-2. Wie sich aus den Zulassungsdokumenten der EMA, aus den Berichten der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC und der englischen Gesundheitsbehörde Public Health England und aus drei Studien ergibt, sind Geimpfte genauso ansteckend wie Ungeimpfte. Die Ausbreitung von SARS-CoV-2 kann mit Durchimpfung der Bevölkerung nicht gestoppt werden. Das mit den Impfungen verfolgte Ziel einer Herdenimmunität und eines Endes der COVID-19-Pandemie kann mit den COVID-19-Impfungen nicht erreicht werden, was Länder mit einer hohen Impfquote von 80 % wie Island und der US-Bundesstaat Hawaii zeigen. Die Lage auf Island und Hawaii hat sich nach den Impfungen eher verschlimmert als verbessert.

Eine besonders hohe Impfquote verhindert damit weder eine weitere Ausbreitung von SARS-CoV-2 noch kommt es durch eine hohe Impfquote zu einer Herdenimmunität.

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

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 § 26 der 13. BayIfSMV 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. 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.

Die **COVID-19-Impfkampagne** und ein entsprechender Anreiz durch die 3-G-Regeln nach § 3 der 14. BayIfSMV sind **nicht erforderlich**, da Studien eine bereits vorhandene Immunität der Bevölkerung gegen SARS-CoV-2 in Form von Antikörpern oder T-Zellen belegen. Darüber hinaus ist eine Durchimpfung der Bevölkerung nicht erforderlich, da ein bereits seit 30 Jahren zugelassenes Medikament (Ivermectin) existiert, mit dem eine COVID-19-Erkrankung wirksam behandelt werden kann. Dies wird durch mehr als 70 peer reviewed Studien nachgewiesen und dadurch, dass Ivermectin in einigen indischen Staaten bereits erfolgreich zur Behandlung von COVID 19 eingesetzt wird.

4. Keine Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne

4.1. Die Staatsregierung bzw. der Verordnungsgeber **überschätzt** die von **SARS-CoV-2 bzw. COVID-19 ausgehende Gefahr**, da SARS-CoV-2 – wie von der WHO

bestätigt – von der Gefährlichkeit im Bereich einer mittelschweren Influenza liegt, die Krankenhausauslastung 2020 sogar geringer war als im Jahr 2019, eine Übersterblichkeit für 2020 und auch 2021 nicht besteht. Ferner wurde nicht berücksichtigt in der Gewichtung, dass SARS-CoV-2 für Kinder und Jugendliche kaum gefährlich ist, sogar weniger gefährlich als die jährliche Grippe und es erwiesenermaßen weder in Schulen noch in Kindergärten zu einem Ausbruchsgeschehen kam. Es handelt sich um eine **gravierende Fehlgewichtung**. Dabei wird ferner außer Acht gelassen, dass SARS-CoV-2 für die Nicht-Risikogruppen kaum gefährlich ist, die **Gefährlichkeit im Bereich des allgemeinen Lebensrisikos** liegt bzw. für Kinder sogar weniger gefährlich ist als die jährliche Grippe. Dass auch Gruppen von den Maßnahmen betroffen sind, für die die Gefahr im Bereich des allgemeinen Lebensrisikos ist, ist **ohne jede Frage völlig unangemessen und außer Verhältnis**.

- 4.1.1. 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. Diese IFR entspricht der einer **mittelschweren Grippe**.
- 4.1.2. Positiv wurde nicht berücksichtigt, dass SARS-CoV-2 für Nicht-Risikogruppen kaum gefährlich ist. Das Risiko für Menschen aus der Nicht-Risikogruppe an SARS-CoV-2 zu versterben, liegt im **Bereich des allgemeinen Lebensrisikos**. Zudem ist laut der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene **SARS-CoV-2 für Kinder kaum gefährlich**, sogar weniger gefährlich als die jährliche Grippe, da jedenfalls während eines Jahres mehr Kinder an Influenza verstorben sind als an SARS-CoV-2.
- 4.1.3. Der Altersmedian der an COVID-19 verstorbenen Menschen liegt bei 84 Jahren und ist damit zwei Jahre über der durchschnittlichen Lebenserwartung in Deutschland.
- 4.1.4. 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. Auch im Jahr 2021 zeigt sich keine Übersterblichkeit.
- 4.1.5. Zu berücksichtigen ist, dass in den Jahren 1968 und 1969 im Zuge der **Hong Kong-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.
- 4.1.6. Zu einer drohenden Überlastung des Gesundheitssystems ist es laut Analyse des Beirats des Gesundheitsministeriums vom 30.04.2021 **zu keinem Zeitpunkt** gekommen. Ebenso geht aus dem **Bericht des Bundesrechnungshofes** hervor, dass die Krankenhausauslastung 2019 sogar höher war als 2020. Eine Auswertung der Daten des Instituts für Engelstsysteme im Krankenhaus

kam zu dem Ergebnis, dass es 2020 im Vergleich zu den Vorjahren eine **historisch niedrige Bettenauslastung** gab. Bereits während der sog. „1. Welle“ kam es zu keiner Überlastung des Gesundheitssystems. Im Gegenteil Kliniken und Ärzte haben 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**.

- 4.1.7. Laut „Grippe-Web“ gibt es derzeit im Vergleich zu den Vorjahren nicht mehr Atemwegserkrankungen.
- 4.1.8. 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.
- 4.1.9. 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 Übersterblichkeit 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.

4.2. Ergriffene Maßnahmen zeigen kaum Wirkung bzw. sind wirkungslos

Bei Abwägung der Interessen hat der Ordnungsgeber nicht berücksichtigt, dass die ergriffenen Maßnahmen im Kampf gegen COVID 19 kaum oder gar nicht wirksam sind. Zahlreiche hier angeführte Studien belegen, dass ein Lockdown sowie Schul- und Kindergartenschließungen nicht wirken. Weder kann dadurch das Infektionsrisiko gesenkt werden noch das Infektionsgeschehen reduziert werden. Dies bestätigt sich auch in der Praxis durch Schweden.

Das gleiche gilt für die Maskenpflicht. Zahlreiche Studien und auch zwei gerichtliche Sachverständigengutachten haben gezeigt, dass das Maskentragen nicht zur Reduzierung des Ansteckungsrisikos mit SARS-CoV-2 beitragen kann. Dass Masken nichts nützen, zeigt sich auch daran, dass Länder ohne Maskenpflicht oder nach Aufhebung der Maskenpflicht genauso erfolgreich waren im Kampf gegen COVID 19 wie Länder mit Maskenpflicht. Schweden hatte das ganze Jahr 2020 gar keine Maskenpflicht. Seit 2021 gilt die Maskenpflicht nur in öffentlichen Verkehrsmitteln.

4.3. Keine Berücksichtigung der nachteiligen Folgen durch die Maßnahmen

Bei Erlass der 14. BayIfSMV hat der Ordnungsgeber die physischen und psychischen Schäden durch das Maskentragen, den Anstieg der Unternehmenspleiten, der Suiziden bei Unternehmern und Künstlern und den Anstieg von Depressionen bei Kindern nicht bzw. nicht in ausreichendem Maß berücksichtigt und in die Abwägung einfließen lassen.

4.3.1. Physische und psychische Schäden durch das Maskentragen

Im Rahmen des Abwägungsprozesses hat der Verordnungsgeber nicht berücksichtigt, dass das längere 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. So lange 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.

Das **gerichtliche Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kuhbandner**, das nach Art. 23 Abs. 4 VfGHG iVm § 411 a ZPO zu verwerten ist, belegt - wie oben ausgeführt, sowohl **physische als auch psychische Schäden** bei Kindern durch das Maskentragen.

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.**

4.3.2. Gravierende wirtschaftliche Schäden und Anstieg von Suiziden

Folgende Studien belegen schädliche Auswirkungen von Lockdowns:

- Arena et al.: Race, Covid-19 and deaths of despair. In: EClinicalMedicine, 31.07.2020. (DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100485>)

- Kailash Satyarthi Children's Foundation: A study on impact of lockdown and economic disruption on poor rural households with special reference to children, 30.07.2020. (<https://counterviewfiles.files.wordpress.com/2020/07/impact-of-lockdown-on-poor-rural-households-with-special-reference-to-children.pdf>)
- Aragona et al.: Negative impacts of COVID-19 lockdown on mental health service access and follow-up adherence for immigrants and individuals in socio-economic difficulties. In: Public Health, 06.08.2020. (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.06.055>)
- Branley-Bell, Dawn & Talbot, Catherine V.: Exploring the impact of the Covid-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders. In: Journal of Eating Disorders, 24.08.2020. (<https://doi.org/10.1186/s40337-020-00319-y>)
- Petterson et al.: Projected Deaths of Despair During the Coronavirus Recession. In: Well Being Trust, 08.05.2020. (https://wellbeingtrust.org/wp-content/uploads/2020/05/WBT_Deaths-of-Despair_COVID-19-FINAL-FINAL.pdf)

Negative Auswirkungen sind Essstörungen, Depressionen, Anstieg von Suiziden, Unternehmenspleiten, Verlust von Arbeitsplatz, Hungerleiden der armen Bevölkerungsschicht in Indien und wachsende Kluft zwischen Arm und Reich.

Die wirtschaftliche Notlage führt zu **mehr Suiziden bei Künstlern und Selbstständigen** (Quelle: <https://www.journalistenwatch.com/2021/01/09/schlimmste-befuerchtungen-immer/>). Bisher wurden zum Thema Suizide 2020 keine offiziellen Daten veröffentlicht. Ein Gradmesser für einen Anstieg von Suiziden sind die Einsätze der Berliner Feuerwehr. 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>).

Dabei ist **Art. 140 Abs. 1 BV die Kunst** vom Staat zu fördern. Diese **Förderpflicht** wurde im Abwägungsprozess nicht ausreichend berücksichtigt.

Bordellbetriebe, Clubs, Diskotheken, vergleichbare Freizeiteinrichtungen nach § 15 Abs. 4 der 14. BaylFSMV befinden sich immer noch im Lockdown.

Alle anderen Unternehmen können in ihren Betrieb nur mit diesen unsinnigen Auflagen betreiben und haben aufgrund der Hygienemaßnahmen weiterhin wirtschaftliche Einbußen. Dabei sind gerade kleine und mittlere Unternehmen durch den ersten und den besonders langen zweiten Lockdown wirtschaftlich schwer angeschlagen.

Diese gravierenden negativen Konsequenzen für kleine und mittlere Unternehmer und auch die Künstlerbranche hat der Verordnungsgeber bei Erlass der 14. BaylFSMV nicht berücksichtigt.

4.3.3. Krasser Anstieg von psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Durch folgende Studien sind psychische Schäden durch die Maßnahmen bei Kindern belegt:

- Ravens-Sieberer et al.: Psychische Gesundheit und Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen während der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse der COPSY-

- Studie. In: Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 828-9; (DOI: [Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 828-9; \(DOI: 10.3238/arztebl.2020.0828\)](https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0828))
- Ravens-Sieberer et al.: Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. In: European Child & Adolescent Psychiatry, 25.01.2021. (<https://doi.org/10.1007/s00787-021-01726-5>)
 - Pieh, Christoph: Psychische Gesundheit verschlechtert sich weiter. Eine Studie der Donau-Universität Krems zeigt, dass die Hälfte aller jungen Erwachsenen unter depressiven Symptomen leidet. In: Donau Universität Krems, 27.01.2021. (<https://www.donau-uni.ac.at/de/aktuelles/news/2021/psychische-gesundheit-verschlechtert-sich-weiter0.html>)
 - Singh et al.: Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations. In: Psychiatry Research, 23.08.2020. (<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429>)
 - Owens, Matthew: Undoing the untold harms of Covid-19 on young people: a call to action. In: Reachwell, 10.09.2020. (<https://reachwell.org/2020/09/10/dr-matthew-owens-undoing-the-untold-harms-of-covid-19-on-young-people-a-call-to-action>)

Die durch Studien belegten negativen Auswirkungen haben sich **bereits verwirklicht. Depressionen und Essstörungen** haben bei Kindern während der Corona-Pandemie deutlich zugenommen (<https://www.welt.de/vermishtes/article231553341/Depressionen-und-Esstörungen-Deutliche-Zunahme-bei-Minderjährigen.html>) . Darüber hinaus sind die **Kinderpsychiatrien überfüllt** und es findet in den Kinderpsychiatrien Triage statt, da so viele Kinder wie nie zuvor in psychiatrischer stationärer Behandlung sind (<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-kinderaerzte-schuloeffnungen-triage-100.html>; <https://www.berliner-zeitung.de/news/berliner-kinderarzt-zu-lockdown-folgen-es-gibt-bereits-triage-in-psychiatrien-li.159604>).

Ferner gab es einen 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>)

In einer aktuellen Metaanalyse der Zeitschrift Jama Pediatrics wird die Dimension der sozialen Krise für Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 19 Jahren vorgeführt. Danach überschreite die psychische Belastung der jungen Menschen einen international anerkannten Risikogrenzwert in 18 bis 60 % der Fälle (<https://www.faz.net/aktuell/wissen/corona-studie-offenbart-psychische-leiden-von-studenten-und-schuelern-17509039.html>).

4.3.4. Keine Berücksichtigung, dass Antigen-Schnelltests gesundheitsgefährdende Chemikalien enthalten

Wie aus der Gefährdungsanalyse von Prof. Dr. Bergholz vom 26.04.2021 (Anlage K 3A) hervorgeht, enthalten Antigenschnelltests Gold-Nanopartikel und mindestens in einem Fall eine nicht in Europa zugelassene Chemikalie. Beide Stoffe sind gesundheits- und umweltschädlich. Dass diese Tests **gesundheitsgefährdende Chemikalien** enthalten und damit ein **Gesundheitsrisiko** darstellen, wurde bei Einführung der Testpflicht nicht berücksichtigt.

4.3.5. Keine Berücksichtigung der 12mal so hohen Nebenwirkungen der COVID-19-Impfstoffe, der unbekanntem Langzeitwirkungen und des Risikos des Überschießens des Immunsystems (ADE)

Schließlich ist eine 3 G - Regel nach § 3 der 14. BayIfSMV auch nicht angemessen, da die COVID-19-Impfstoffe 12mal so viele Nebenwirkungen, bleibende Schäden und Todesfälle aufweisen als bei den bisherigen Impfstoffen. Ferner sind die Langzeitwirkungen der COVID-19-Impfstoffe nicht bekannt. Geimpfte sind zudem dem Risiko eines Überschießens des Immunsystems (ADE) ausgesetzt, was nicht selten zum Tod führt.

Die Schutzpflicht des Staates nach Art. 99 S. 1 BV gebietet es, die COVID-Impfkampagne hinsichtlich Kinder und Jugendlicher ohne Vorerkrankungen sofort zu beenden, da Kinder und Jugendliche keinen Nutzen aus der Impfung haben, aber immense und angesichts der unbekanntem Langzeitwirkungen unabsehbare Risiken tragen müssen.

4.4. Zugrunde liegende Parameter zur Gefahreneinschätzung von SARS-CoV-2 und des Infektionsgeschehens sind falsch

Die Staatsregierung stützt ihre Gefahreneinschätzung hinsichtlich des Vorliegens eines Infektionsgeschehens ausschließlich auf den 7-Tage-Inzidenzwert. Der **7-Tage-Inzidenz** ist in **keiner Weise geeignet, Rückschlüsse auf das Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2 zu ziehen**. So auch das **gerichtliche Sachverständigengutachten von Prof. Dr. med. Schrappe** in Verfahren 1 BVR 781/21 vor dem Bundesverfassungsgericht.

Auch kann von der Anzahl der COVID-19-Todesfälle nicht auf die Gefährlichkeit von SARS-CoV-2 bzw. COVID 19 geschlossen werden. Die Anzahl der COVID-19-Todesfälle ist nämlich in keiner Weise zuverlässig.

4.4.1 7-Tage- Inzidenz

Die 7-Tage-Inzidenz wird bereits dadurch **verfälscht**, dass auch positive Testergebnisse aus **rückgestauten Proben Eingang in die 7-Tage-Inzidenz** finden. Wie oben gezeigt, gibt es einen erheblichen Probenrückstau, der bis zur 24. KW 2020 reicht. 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.

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 A-

gens, 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.

4.4.1.1. 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 Ziarno gründete.

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

Dass ein PCR-Test allein 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 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. Laienpresse und Politiker setzten positive PCR-Tests mit Infektion oder Krankheit gleich.

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

4.4.1.2. 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.

Das **OLG Linz** hält sogar alle PCR-Tests, die **mehr als 30 Zyklen** fahren, für nicht aussagekräftig. 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>

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.

4.4.1.3. 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.

4.4.1.4. 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**.

4.4.1.5. Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021

Nach der Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021 muss bei positiv getesteten Menschen ohne klinische Symptome zwingend ein Zweittest durchgeführt werden. Danach dürfen positiv getestete Menschen ohne klinische Symptome nicht als Fallzahl gewertet werden und auch nicht Eingang in den 7-Tage-Inzidenzwert finden. Wie aus der Stellungnahme der Bayerischen Staatsregierung vom 26.01.2021 jedoch hervorgeht, wird jeder positive Test als „Fall“ gezählt, unabhängig vom Vorliegen klinischer Symptome. Dies **widerspricht eindeutig den Vorgaben der WHO** und ist damit falsch.

So entschied das **Verwaltungsgericht Wien am 24.03.2021**, dass die Untersagung der Versammlung zu Unrecht erfolgte. Der Richter gab der Beschwerde in vollem Umfang statt. Darüber hinaus stellte der Richter fest, dass der **PCR-Test nicht zur Diagnostik geeignet ist** und daher für sich allein nichts zur Krankheit oder einer Infektion eines Menschen aussagt (Seite 9 der Erkenntnis). Weiter nimmt der Richter Bezug auf die von den Antragstellern schon vielfach erwähnte Informationsnotiz der WHO. Die WHO fordere bei einem positiven Test bei einer Person ohne klinische Symptome einen Zweittest. Das alleinige Abstellen auf einen positiven PCR-Test werde von der WHO abgelehnt (Seite 9 der Erkenntnis). Das Abstellen auf eine Antigen-Feststellung mit klinischen Kriterien lasse offen, ob die klinische Abklärung durch einen Arzt erfolgt ist, dem sie ausschließlich vorbehalten ist; maW: ob eine Person krank ist oder gesund, muss von einem Arzt getroffen werden (vgl. § 2 Abs. 2 Z 1 und 2 Ärztegesetz 1998, BGBl. I. Nr. 169/1998 idF BGBl. I Nr. 31/2021).

Zu den Antigentests sei überdies zu bemerken, dass diese bei fehlender Symptomatik hochfehlerhaft sind (<https://www.ages.at/...>).

Sollte die Corona-Kommission die Falldefinition des Gesundheitsministers zugrunde gelegt haben, und nicht jene der WHO; so sei jegliche Feststellung der Zahlen für „Kranke/Infizierte“ falsch.

Beweis: <http://www.verwaltungsgericht.wien.gv.at/Content.Node/rechtsprechung/103-048-3227-2021.pdf>

4.4.1.6. Gerichtliches Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ulrike Kämmerer

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.

4.4.2. Anzahl der COVID-19-Toten

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

Zum einen räumt die Bayerische 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.BayIfSMV) gegen die 11. BayIfSMV 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) 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 aufgrund 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.

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. **Dabei 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 VerfGH aus: „Für die Beurteilung des Verfassungsgerichtshofes sind deshalb der Zeitpunkt der Erlassung der angefochtenen Verordnungs-

bestimmungen 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 Verordnungsgeber 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 Verordnungsgeber 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 Verordnungsgeber hat bis zur 6. BaylFSMV keine Akte angelegt, sodass die Entscheidungsgrundlagen, Unterlagen und Hinweise, die die Umstände der zu erlassenden Regelung betreffen, nicht bekannt sind. Die 12. BaylFSMV baut auf der 6. BaylFSMV auf.

6. 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 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 14. BayIfSMV. Es stellt sich aber die Frage, ob wenigstens jetzt eine Akte seitens des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege angelegt wurde. Allerdings baut die 14. 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 14. BayIfSMV darauf aufbaut, **zum Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 BV**.

Auch die Begründung der Verordnung mit BayMBl. 2021 Nr. 616 kann das Fehlen einer Akte nicht beheben. Um die Begründung BayMBl. 2021 Nr. 616 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.

7. 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 Gefahreinschätzung des Robert-Koch-Instituts (RKI) zurückziehen. Zwar besitzt das RKI Sachkunde. Jedoch ist das RKI keine unabhängige Behörde, sondern ein Bundesinstitut 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.

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 14. BayLfSMV die Grundrechte nach Art. 100, 101, 103 Abs. 1, 107, 108, 109, 113, 118 Abs. 1 BV. Die Eingriffe in diese Grundrechte sind nicht gerechtfertigt, da **offenkundig** gegen den **Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** verstoßen wurde.

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 Ordnungsgeber,

das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, **keine Behördenakte** für die 6. BayIfSMV geführt hat. Die 14. BayIfSMV baut als Folgeverordnung auf der 6. BayIfSMV 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. BayIfSMV 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 14. BayIfSMV 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.

Da es zu keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems gab, ist bereits **kein legitimer Zweck** gegeben. Die Eingriffe in die Grundrechte erfolgten ohne legitimen Zweck und sind daher schon aus diesem Grund unverhältnismäßig. Der **Schutz des allgemeinen Lebensrisikos** stellt nach Rechtsauffassung der Professorinnen der Rechtswissenschaft, Prof. Dr. Elisa Hoven und Prof. Dr. Frauke Rostalski, **keinen legitimen Zweck** dar.

Die ergriffenen Maßnahmen wie Maskenpflicht, 3-G-Regel und Testpflicht sind offenkundig **nicht geeignet**, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern.

Eine Ansteckung mit SARS-CoV-2 durch asymptomatische Menschen ist nicht belegt, wie sich aus einer groß angelegten Studie aus Wuhan und dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ines Kappstein ergibt. Masken schützen nicht vor Übertragung des Virus SARS-CoV-2, wie 39 Studien, die gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Ines Kappstein und Prof. Dr. Christof Kuhbandner und die **erfolgreiche Praxis ohne Maskenpflicht in Schweden** belegt. In Schweden gab es nie eine Maskenpflicht (außer seit Kurzem in den öffentlichen Verkehrsmitteln). Anders als in den Medien behauptet gab es in Schweden keine Überlastung des Gesundheitssystems. Ferner ergibt eine Auswertung der offiziellen Sterbezahlen Schwedens durch den Mathematikprofessor Rießinger, dass es in Schweden im Jahr 2020 keine Übersterblichkeit gab.

Die Testpflicht ist schon deshalb überflüssig, da ein **positiver PCR-Test oder Antigen-Schnelltest bei Menschen ohne Symptome keine Aussage über eine Infektion** mit SARS-CoV-2 oder eine **Infektiosität** machen kann. 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 es 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. Nach einhelligem wissenschaftlichem Stand sagt ein **PCR-Test allein nichts** über eine **Infektion** aus. Sogar der Berliner Senat gab auf offizielle Anfrage eines Berliner Abgeordneten am 30.10.2020 an, dass der PCR-Test nicht in der Lage ist, eine Infektion im Sinne des Infektionsschutzgesetzes nachzuweisen. Ferner werden PCR-Tests verwendet, die mehr als 35 Zyklen fahren. Ab **35 Zyklen** ist der **PCR-Test laut der Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer**

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.

Die 3-G-Regel und die darin enthaltene Privilegierung von Geimpften (indirekte Impfpflicht) ist nicht geeignet, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verhindern. Bereits aus den Zulassungsdokumenten der EMA ergibt sich, dass die COVID-19-Impfstoffe nur für die Verhinderung einer COVID-19-Erkrankung zugelassen sind. Ob ein COVID-19-Geimpfter weiterhin das SARS-CoV-2-Virus in sich trägt und verbreitet, ist nicht bekannt laut Zulassungsdokumenten. Nach den Berichten der amerikanischen Gesundheitsbehörde CDC und der britischen Gesundheitsbehörde PHE und drei weiteren Studien sind **Geimpfte genauso ansteckend wie Ungeimpfte**. Ferner zeigt die Praxis in Ländern mit besonders hoher Impfquote (80 %) wie Island und dem US-Bundesstaat Hawaii, dass dort keine Herdenimmunität eingetreten ist. Die Lage hat sich in diesen Ländern nach den Impfungen sogar verschlimmert als verbessert. Der Chepidemiologe Island zeigte sich enttäuscht von den COVID-19-Impfstoffen. Das Ziel einer Herdenimmunität und eines Stopps der Ausbreitung von SARS-CoV-2 kann damit durch die COVID-19-Impfstoffe nicht erreicht werden.

Die **7-Tage-Inzidenz**, der sich nach den Angaben der Bayerischen Staatsregierung aus den positiven Testresultaten von PCR-Test innerhalb von 7 Tagen zusammensetzt, liefert **keinerlei Aussage über ein tatsächliches Infektionsgeschehen mit SARS-CoV-2** hat. Laut dem gerichtlichen Sachverständigengutachten von Prof. Dr. med. Schrappe im Verfahren 1 BVR 781/21 vor dem Bundesverfassungsgericht ist die „7-Tage-Inzidenz“ als alleiniger Parameter ungeeignet, das dortige Infektionsgeschehen und dessen Entwicklung zu beschreiben. Darüber hinaus werden weiterhin entgegen der WHO-Informationennotiz vom 20.01.2021 asymptomatische Personen getestet und bei positivem Ergebnis als COVID-19-Fall erfasst. Es werden weiterhin PCR-Tests mit mehr als 35 Zyklen verwendet, obwohl dies sogar den Empfehlungen der Bayerischen Landesärztekammer widerspricht und es wird weiterhin der PCR-Test von Prof. Drosten verwendet, obwohl dieser nach einer Studie von 22 international anerkannten Wissenschaftlern für die Feststellung einer Infektion mit SARS-CoV-2 völlig ungeeignet ist. 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.

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. Schließ-

lich ist auch die **Fälschung von Totenscheinen durch Krankenhausärzte** bekannt geworden. Laut Prof. Dr. med Bertram Häussler ist bei 80% der COVID-Toten COVID-19 nicht die Todesursache.

Weder aus der 7-Tages-Inzidenz noch aus den COVID-19-Todesfällen kann daher auf das Vorliegen eines Infektionsgeschehens geschlossen werden. Die Staatsregierung muss sich auf belastbare Daten stützen.

Die Maßnahmen wie Testpflicht, 3-G-Regel und Maskenpflicht sind **offenkundig nicht erforderlich**. Die **erfolgreiche Praxis in Ländern wie Schweden** ohne Maskenpflicht in Innenräumen, ohne Testpflicht und ohne Lockdown zeigt, dass diese Maßnahmen nicht erforderlich sind. Dies wurde bereits im Oktober 2020 von den führenden Epidemiologen der Eliteuniversitäten (Stanford, Oxford, Harvard), 13.000 Wissenschaftlern und 42.000 Ärzten in der **Great Barrington Declaration** vorhergesagt. Die Great Barrington Declaration spricht sich dafür aus, dass die Nicht-Risiko-Gruppen so schnell wie möglich zum normalen Leben zurückkehren, während die Risikogruppen bis zum Erreichen der Herdenimmunität geschützt werden sollen. Die COVID-19-Impfungen sind nicht erforderlich, da mit dem **Medikament Ivermectin** ein Heilmittel zur Verfügung steht, mit dem zu 75-85% ein Krankenhausaufenthalt bei einer COVID-19 Erkrankung verhindert werden kann. Das Medikament ist bereits seit 30 Jahren zugelassen. Inzwischen liegen über 70 peer reviewed Studien zur wirksamen Anwendung von Ivermectin bei COVID 19 vor. In Indien wird das Medikament Ivermectin in manchen Staaten bereits erfolgreich eingesetzt. Es gibt einige Studien, die auf eine **ausreichende Immunität gegen SARS-CoV-2 in der Bevölkerung** hindeuten. Die Immunität besteht in Form von Antikörpern oder T-Zellen. Aufgrund der bereits bestehenden ausreichenden Immunität in der Bevölkerung sind COVID-19-Impfungen nicht erforderlich.

Der Vorwurf, dass Ungeimpfte im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 und Erkrankung an COVID-19 unnötig die Krankenhäuser belasten würden, ist zurückzuweisen, da Ungeimpfte im Falle einer Infektion mit SARS-CoV-2 und Erkrankung mit COVID 19 mit Ivermectin behandelt werden können und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden werden kann.

Schließlich sind die Maßnahmen auch **offenkundig nicht verhältnismäßig im engeren Sinne**. Die von SARS-CoV-2 ausgehende Gefahr wurde überschätzt, da **nicht positiv berücksichtigt** wurde, dass die **Infektionssterblichkeit (IFR) deutlich niedriger** ist als zunächst angenommen, bei 0,23%. Diese IFR ist von der WHO anerkannt und entspricht der einer mittelschweren Grippe (Influenza). Trotz COVID 19 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. Die **Situation in den Krankenhäusern und hinsichtlich der Sterblichkeit unterscheidet sich in keiner Weise von der Situation der Vorjahre**. 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. Bei der Testpflicht wurde nicht berücksichtigt, dass die **Antigen-Schnelltest** laut Prof. Bergholz **gesundheitsschädliche Chemikalien** enthalten und für eine Anwendung durch Laien gar nicht zugelassen sind. Die Anwendung dieser Antigen-Schnelltest in Schulen gefährdet daher die Gesundheit der Schüler und verstößt gegen Art. 99 Abs. 1 BV.

Auch die COVID-19-Impfung bei den 12-17-Jährigen verstößt gegen Art. 99 Abs. 1 BV, da das Risiko von Kindern und Jugendlichen an COVID-19 schwer zu erkranken oder zu versterben sehr gering ist sogar geringer als bei der Grippe oder bei einem Verkehrsunfall zu sterben. Zudem sind Kinder und Jugendliche keine Pandemietreiber sondern bremsen diese sogar. Lehrer haben ein geringeres Risiko, an COVID-19 schwer zu erkranken als alle anderen Berufsgruppen. Die Impfung von Kindern und Jugendlichen bringt daher keinen Nutzen. Dagegen stehen die immensen Risiken für die Kinder durch eine COVID-19-Impfung. Die Nebenwirkungen, bleibenden Schäden und Todesfälle sind bei den COVID-19-Impfungen 12-mal so hoch wie bei den bisherigen Impfstoffen laut Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts vom 19.08.2021. Die Langzeitwirkungen der Impfstoffe sind nicht bekannt. Gerade bei jungen Menschen treten Fälle von Herzmuskelentzündungen nach COVID-19-Impfung auf. Daneben besteht das Risiko einer antikörperabhängigen Überreaktion (ADE), die nicht selten tödlich endet. Wohl auch aus diesem Grund hat die Britische Impfkommision keine Empfehlung von COVID-19-Impfstoffen für 12-15-Jährige ausgesprochen (<https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/corona-britische-impfkommision-lehnt-impfung-fuer-jugendliche-ab-17516508.html>).

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 Maskenpflicht

Die Vorschriften über die Maskenpflicht in der 14.BayIfSMV sind einstweilen außer Vollzug zu setzen, da dies zur Abwehr schwerer Nachteile wie physische und psychische Beeinträchtigungen und Gesundheitsschäden dringend geboten erscheint. 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 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.

Gerade im Hinblick auf Kinder stellt die Maskenpflicht aus kinderärztlicher Sicht den schwerwiegendsten Eingriff dar. 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 nonverbale 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.

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>

Der Beschluss des AG Weimar vom 8.04.2021 (Az. 9 F 147/21) stützt sich auf das **gerichtliche Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Kuhbandner**, wonach das **Maskentragen bei Kindern physische und psychische Schäden** verursachen kann. Auf den Seiten 124 bis 137 erfolgen Ausführungen des Sachverständigen zu Schäden physischer, psychischer und pädagogischer Art durch das Tragen der Maske. 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.

Eine **umfassende Meta-Studie** offenbart, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen Masken verursachen können. „Ist eine Maske, die Mund und Nase bedeckt, frei von unerwünschten Nebenwirkungen im täglichen Gebrauch und frei von potentiellen Gefährdungen?“, fragen die Autoren der am 20. April veröffentlichten Arbeit, die 65 Publikationen auswertet.

44 dieser Arbeiten wurden für eine quantitative Auswertung herangezogen, die in unterschiedlichen Kategorien „erhebliche unerwünschte Wirkungen von Masken“ aufzeigt. Die Autoren wiesen eine statistisch signifikante Korrelation zwischen den negativen Begleiterscheinungen der Blutsauerstoffverarmung und der Müdigkeit bei Maskenträgern nach.

Die **Auswertung zeigt Veränderungen in der Atmungsphysiologie von Maskenträgern mit einem gehäuften gemeinsamen Auftreten von Atmungsbeeinträchtigung und einem Abfall der Sauerstoffsättigung (67 %), N95-Maske und CO2-Anstieg (82 %), N95-Maske und Abfall der Sauerstoffsättigung (72 %), N95-Maske und Kopfschmerzen (60 %), Beeinträchtigung der Atmung und Temperaturanstieg (88 %), aber auch Temperaturanstieg und Feuchtigkeit (100 %) unter den Masken.** Ein längeres Maskentragen in der Bevölkerung könnte in vielen medizinischen Bereichen zu relevanten Effekten und Folgen führen, so die Wissenschaftler.

Das Tragen von Masken führe zwar nicht durchgängig zu klinischen Abweichungen von der Norm. Jedoch sei aufgrund der langen Tragezeit eine deutliche Verschiebung in die pathologische Richtung, eine pathologische Langzeitfolge mit klinischer Relevanz zu erwarten. Dazu zählen neben Arteriosklerose und koronaren Herzkrankheiten auch neurologische Erkrankungen.

Bedrohlicher noch: **„Maskentragen hat das Potenzial, eine chronische Stressreaktion auszulösen, die durch Blutgasveränderungen induziert und von Gehirnzentren gesteuert wird. Diese wiederum induziert und löst die Unterdrückung des körpereigenen Abwehrsystems und das metabolische Syndrom mit kardiovaskulären und neurologischen Erkrankungen aus.“**

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.

2.1.4. Schwere Nachteile wegen der Testpflicht in der 14. BayIfSMV

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>

Depressionen und Essstörungen haben bei Kindern während der Corona-Pandemie deutlich zugenommen (<https://www.welt.de/vermishtes/article231553341/Depressionen-und-Esstorerungen-Deutliche-Zunahme-bei-Minderjaehrigen.html>). Darüber hinaus sind die **Kinderpsychiatrien überfüllt** und es findet in den Kinderpsychiatrien Triage statt, da so viele Kinder wie nie zuvor in psychiatrischer stationärer Behandlung sind (<https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-kinderaerzte-schuloeffnungen-triage-100.html>; <https://www.berliner-zeitung.de/news/berliner-kinderarzt-zu-lockdown-folgen-es-gibt-bereits-triage-in-psychiatrien-li.159604>).

Die Testpflicht in Schulen nach § 13 Abs. 2 der 14. BayIfSMV stellt auch einen Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht bzw. das Recht auf informationelle Selbstbestimmung der Schüler nach Art. 100 iVm Art. 101 BV dar. Gerade bei Testung in der Schule wird sich nicht vermeiden lassen, dass in der Klasse bekannt wird, welcher Schüler oder Schülerin positiv getestet wurde. Dies stellt für den **positiv getesteten Schüler** eine **enorme psychische Belastung** dar. Die positive Testung stellt den betroffenen Schüler sofort an den Pranger und ist mit unglaublichen Konsequenzen verbunden. Darüber hinaus müssen die Schüler durch die wöchentliche Testung jeweils ihre Schulfähigkeit unter Beweis stellen, was natürlich zu einer Einschüchterung der Schüler führt, da diese Angst haben, positiv getestet zu werden.

Die **Tests kosten viel Geld** und sind bei asymptomatischen Menschen **völlig ohne jede Aussagekraft**. Nicht zuletzt müssen diese Tests von den Krankenkassen bezahlt werden. Es handelt sich um eine **sinnlose Mittelverschwendung von Krankenkassenbeträgen**, die benötigt werden für andere Zwecke. Schließlich gab es kürzlich Betrugsvorwürfe bei Testzentren.

Darüber hinaus stellt die **Testpflicht für Beschäftigte der Pflegeberufe** nach § 9 und eine Testpflicht für Beschäftigte von Clubs, Diskotheken, Gastronomien nach § 15 Abs. 4 der 14. BayIfSMV eine gravierende Einschränkung von deren **Berufsausübungsfreiheit**

nach Art. 101 BV dar. Selbst wenn die Beschäftigten gesund bzw. ohne Symptome sind, müssen sie wöchentlich ihre Berufsfähigkeit durch sinnlose und nicht aussagekräftige Tests unter Beweis stellen. Dies stellt eine **enorme psychische Belastung** für Beschäftigte dieser Berufe dar.

Durch die Gefährdungsanalyse von Prof. Dr. Bergholz ist belegt, dass die Antigen-Schnelltest **gesundheitsgefährdende Chemikalien** enthalten.

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. Zuletzt wird die Gesellschaft gepalten in **Ungeimpfte und Geimpfte.** Die Ungeimpften werden beschimpft und als asozial bezeichnet. Es ist die Rede von einer „Pandemie der Ungeimpften“, wofür es überhaupt keinen wissenschaftlichen oder sonstigen Beleg gibt. Die Herabsetzung von Ungeimpften ist Mode geworden.

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 SARS-CoV-2 ausgehende Gefahr

Demgegenüber steht die von SARS-CoV-2 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.

Nach der am 30.04.2021 veröffentlichten Analyse des Beirats des Gesundheitsministerium, 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, steht fest, dass es zu **keinem Zeitpunkt eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems durch COVID-19 gab**. Der **Bericht des Bundesrechnungshofes** stellt fest, dass die **Auslastung der Krankenhausbetten im Jahr 2020** mit 67,3% **sogar niedriger** war als die Auslastung im Jahr 2019 mit 75,1 %, ebenso die Auslastung der Intensivbetten mit 68,6 % im Jahr 2020 und 69,6% im Jahr 2019. Darüber hinaus ergibt sich rügt der Bundesrechnungshof, dass das derzeitige System der Ausgleichszahlungen zu **unerwünschten Mitnahmeeffekten** geführt habe und die **Krankenhäuser** deswegen **weniger verfügbare Intensivbetten gemeldet** haben als tatsächlich zur Verfügung standen.

Darüber hinaus gab es nach den Berechnungen des Instituts für Statistik der LMU München 2020 unter Berücksichtigung der Altersstruktur keine Übersterblichkeit. Auch für 2021 ergibt sich keine Übersterblichkeit.

Trotz COVID-19 gibt es keine Unterschiede zu den Vorjahren hinsichtlich Sterblichkeit oder Belegung der Krankenhäuser. Auch dies spricht gegen eine besondere Gefährlichkeit von SARS-CoV-2.

Das gleiche gilt für Schweden. In Schweden gab es 2020 trotz COVID 19 keine Übersterblichkeit. Dabei hatte Schweden die Schulen und Kindergärten die ganze Zeit über regulär geöffnet. Eine Maskenpflicht bestand in Schweden das ganze Jahr 2020 über nicht. Seit 2021 besteht lediglich eine Maskenpflicht in den öffentlichen Verkehrsmitteln.

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 Nichtigkeit der 14. BayIfSMV sind nach Art. 27 Abs. 3 VfGHG dem Antragsteller oder Beschwerdeführer die notwendigen Auslagen zu erstatten.

D. Schlussbemerkung

Aus **ökologischen Gründen** wurde darauf **verzichtet, die bereits mehrmals vorgelegten Anlagen** der Popularklage nochmals beizufügen.

Den Anträgen ist in allen Punkten stattzugeben. Jede andere Entscheidung ist unvertretbar.

Nach der Analyse des Beirats des Gesundheitsministeriums veröffentlicht am 30.04.2021 steht fest, dass es **zu keinem Zeitpunkt trotz COVID 19 eine drohende Überlastung des Gesundheitssystems** gab. Auch der Bericht des Bundesrechnungshofes legt offen, dass die Krankenhausauslastung 2020 sogar niedriger war als 2019 trotz COVID 19. Darüber hinaus wurden von den Krankenhäusern aufgrund finanzieller Anreize weniger Intensivbetten gemeldet als tatsächlich vorhanden waren. Trotz SARS-CoV- 2 gab es 2020 keine Übersterblichkeit in Deutschland. Folglich gibt es **keine Unterschiede zu den Vorjahren** im Hinblick auf Krankenhausauslastung und Sterblichkeit.

Besonders absurd sind die Maßnahmen gegenüber Schülern, die Masken tragen und sich regelmäßig testen müssen, da erwiesen ist, dass Kinder und Jugendliche kaum ein Risiko haben, an COVID-19 schwer zu erkranken oder zu versterben und durch mittlerweile 8 Studien und ein gerichtliches Sachverständigengutachten belegt ist, dass Schulen und Kindergärten nie Treiber der Pandemie waren, sondern die Ausbreitung von SARS-CoV-2 sogar bremsen. Erfolgreiches Beispiel ist Schweden, das durchgehend einen regulären Kindergarten- und Schulbetrieb hatte und hat. Durch zwei Studien und ein gerichtliches Sachverständigengutachten ist belegt, dass Lehrer sogar ein geringeres Risiko haben, an COVID 19 zu erkranken oder zu versterben als alle anderen Berufsgruppen. Das heißt: Es ist wissenschaftlich belegt, dass Schulen und Kindergärten die Ausbreitung von SARS-CoV-2 bremsen und einen äußerst positiven Effekt haben. Dennoch wird weiterhin in den Medien und durch die Politik der Mythos verbreitet, dass Schulen und Kindergärten besondere Virenschleudern sind.

Angesichts der bereits vorhandenen negativen Auswirkungen der Maßnahmen auf die Psyche der Kinder und den bestehenden gesundheitlichen Risiken durch gesundheitsgefährdende Chemikalien in den Antigen-Schnelltests sowie den Gesundheitsrisiken durch die Masken ist das Handeln der Politik fern jeder Logik und verstößt offenkundig gegen Art. 99 S. 1 BV. Auch die **Impfkampagne** seitens der Politik **betreffend Kinder ab 12 Jahren** ist **absolut verantwortungslos** und **verstößt gegen Art. 99 S. 1 BV**, da die COVID-19-Impfung weder für die Kinder noch für die Allgemeinheit einen Nutzen bringt. Dagegen stehen immense und unbekannte Risiken für die Kinder und Jugendlichen, da die Nebenwirkungen der COVID-19-Impfstoffe 12mal so häufig auftreten wie bei den bisherigen Impfstoffen, Herzmuskelentzündungen bei Kindern bereits auftraten und die Langzeitwirkungen noch unbekannt sind. Die bereits durch die bisherigen Maßnahmen psychisch angeschlagenen Kinder werden genötigt, sich impfen zu lassen und ihnen wird in Aussicht gestellt, nach Impfung von der Testpflicht befreit zu sein.

Ferner wird darauf hingewiesen, dass sowohl dem Bayerischen Landtag wie der Bayerischen Staatsregierung bereits im Juni 2021 bekannt war, dass „Ivermectin“ zur Behandlung von COVID-19 wirksam eingesetzt werden kann. So gibt es unter der Drucksache 18/16736 einen Beschluss des Bayerischen Landtags vom 24.06.2021, mit dem der Einsatz des Wirkstoffes Ivermectin als Therapeutikum gegen COVID-19 geprüft und ermöglicht werden soll.

Festzuhalten bleibt, dass die 14. BayIfSMV mit zahlreichen offiziellen Berichten von Behörden (EMA, Bericht des Bundesrechnungshofes, Wochenbericht der Arbeitsgruppe Influenza des RKI, Sicherheitsbericht des Paul-Ehrlich-Instituts (<https://www.pei.de/DE/arzneimittel/impfstoffe/covid-19/covid-19-node.html;jsessionid=93CA11DF9ADF65868C21860DA05BA611.intranet211>) , Berichte der amerikanischen und britischen Gesundheitsbehörde, Informationsnotiz der WHO vom 20.01.2021, epidemiologisches Bulletin der WHO vom Oktober 2020, Stellungnahme der Bayerischen Landesärztekammer vom 10.10.2020, Antwort des Berliner Senats vom 30.10.2020 etc.) nicht in Einklang zu bringen ist. Die 14. BayIfSMV widerspricht eklatant zahlreichen offiziellen Berichten von Behörden. Daneben sind mehr als 50 Studien und vier gerichtliche Sachverständigengutachten, die der 14. BayIfSMV, widersprechen. Zudem ist immer noch nicht klar, auf welche Studien die Bayerische Staatsregierung ihr Handeln stützt. Die Existenz einer Akte ist immer noch nicht geklärt.

Nochmals wird darauf hingewiesen, dass das Verfahren vor dem BayVerfGH nach Art. 27 Abs. 1 S. 1 VfGHG kostenfrei ist. Die Festsetzung eines Kostenvorschusses nach Art. 27 Abs. 1 S. 2, S. 3 VfGHG ist eklatant rechtswidrig, da die Anträge weder unzulässig noch offensichtlich unbegründet sind. Die Festsetzung eines Kostenvorschusses in diesem Verfahren stellt Rechtsbeugung nach § 339 StGB dar.

Die Popularklage gegen die 14. BayIfSMV ist nach Art. 55 Abs. 2 VfGHG dem Landtag und der Staatsregierung mit der Gelegenheit zur Äußerung zuzustellen.

Es wird letztmalig darum gebeten, die Popularklagen gegen die 8., 10., 12., und 13. BayIfSMV nach Art. 55 Abs. 2 VfGHG dem Landtag und der Staatsregierung mit der Gelegenheit zur Äußerung zuzustellen. Eine Nichtvornahme stellt einen groben Verstoß gegen den Beschleunigungsgrundsatz und gegen Verfahrensvorschriften dar und ist dann auch als Rechtsbeugung nach § 339 StGB einzuordnen.

Für den Fall, dass der BayVerfGH eine Entscheidung betreffend der Popularklage gegen die 14. BayIfSMV wiederum mit der Begründung ablehnt, dass vorrangig eingegangene Popularklagen gegen die 14. BayIfSMV zuerst behandelt werden, wird **Verbindung mit der vorrangig eingegangenen Popularklage beantragt**. Eine Verbindung ist sachdienlich und die Ablehnung einer Verbindung muss vom BayVerfGH begründet werden. Sollte dies nicht geschehen, ist darin ein Verstoß gegen das Willkürverbot zu sehen.

Helmut P. Krause
Rechtsanwalt