

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

Rechtsanwalt Krause · Frühlingstrasse 29 · 82178 Puchheim

Bayerischen Verfassungsgerichtshof
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

12. November 2020
RL01/KE

per Telefax vorab – Original folgt
EILT! Bitte sofort vorlegen!

Popularklage

In der Sache

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

**- Popularkläger, Antragsteller und Prozessbevollmächtigter
der weiteren Popularkläger und Antragsteller -**

2.

3. und andere (Namen werden nachgereicht)

- Popularkläger und Antragsteller -

gegen

Freistaat Bayern, vertreten durch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und
Pflege

- Popularklagter und Antragsgegner -

wegen

Nichtigkeit der 8. BayIfSMV und einstweilige Anordnung

Hiermit erhebe ich Popularklage mit den

Anträgen:

- I. Die Achte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (8. BayIfSMV) vom 30.10.2020 (BayMBI. 2020 Nr. 616) ist mit all ihren Regelungen nichtig.**

- II. Im Wege der einstweiligen Anordnung werden zur Abwehr schwerer Nachteile die Vorschriften zur Betriebsuntersagung oder Schließung nach §§ 5, 8 S. 3, 10 Abs. 4, 11 Abs. 1, 11 Abs. 3, 11 Abs. 4, 11 Abs. 5, 11 Abs. 6, 12 Abs. 2, 12 Abs. 4 S. 4, 13 Abs. 1, 14 Abs. 1 S. 2 und 23 der 8. BayIfSMV einstweilen außer Vollzug gesetzt.**

- III. Im Wege der einstweiligen Anordnung werden zur Abwehr schwerer Nachteile die Vorschriften über die Maskenpflicht nach §§ 1, 2, 6 S. 1 Nr. 2, 7 Abs. 1 S. 3, 8, 9 Abs. 1 S. 1, 12 Abs. 1 Nr. 3, 12 Abs. 3, 12 Abs. 4 S. 3, 14 Abs. 2 Nr. 3, 18 Abs. 2, 20 Abs. 1 S. 1, 20 Abs. 3, 21 S. 1 Nr. 2 und 24 Abs. 1 der 8. BayIfSMV einstweilen außer Vollzug gesetzt.**

- IV. Die einstweiligen Anordnungen werden nach Art. 26 Abs. 2 S. 1 VfGHG ohne mündliche Verhandlung erlassen und wegen der besonderen Dringlichkeit nach Art. 26 Abs. 2 S. 2 VfGHG wird davon abgesehen, dem Antragsgegner vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.**

- V. Im Rahmen der Popularklage nach Art. 55 Abs. 3 VfGHG wird von einer mündlichen Verhandlung abgesehen, da eine solche nach der Sach- und Rechtslage nicht geboten scheint.**

- VI. Den Popularklägern und Antragstellern keinen Kostenvorschuss nach Art. 27 Abs. 1 S. 3 VfGHG aufzuerlegen.**

- VII. Der Popularklagte und Antragsgegner hat die notwendigen Auslagen der Popularkläger und Antragsteller nach Art. 27 Abs. 4 VfGHG zu tragen.**

Begründung:

Die Popularklage ist begründet, da die Vorschriften § 1 bis einschließlich § 24 der 8. BaylFSMV die Grundrechte aus **Art. 100, 101, 107, 108 BV verletzen**. Unabhängig von der in den jeweiligen Grundrechten vorgesehenen Schranke sind sämtliche Grundrechtseingriffe in Art. 100, 101, 107, 108 BV wegen **Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht gerechtfertigt. § 1 bis § 24 der 8. BaylFSMV schränken die Grundrechte nach Art. 100, 101, 107, 108 BV verfassungswidrig ein und sind damit nach **Art. 98 S. 4 BV vom Verfassungsgerichtshof für nichtig zu erklären**.

Bei § 25 bis § 28 der 8. BaylFSMV handelt es sich um Schlussvorschriften, die ohne die vorausgehenden Vorschriften nach § 1 bis § 24 keine eigene Bedeutung haben können. Folglich hat der Verfassungsgerichtshof die komplette 8. BaylFSMV nach Art. 98 S. 4 BV für nichtig zu erklären.

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

Zudem ist das **Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV** auch deshalb verletzt, da die Bayerische Staatsregierung, insbesondere der Verordnungsgeber, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, **keine Behördenakte** für die 6. BaylFSMV geführt hat. Die 8. BaylFSMV baut als Folgeverordnung auf der 6. BaylFSMV auf.

Die Verletzung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit ergibt sich daraus, dass die vom Verordnungsgeber mit der 8. BaylFSMV getroffenen Maßnahmen nicht geeignet sind, die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen.

Auch sind die Maßnahmen wie Abstandhalten, Lockdown und Masketragen nicht erforderlich, da mildere Mittel im Kampf gegen die Pandemie zur Verfügung stehen. So könne man ein Ampelsystem einführen oder laut der **Great Barrington Declaration** auf den Schutz der Risikogruppen abstellen, während die Nicht-Risikogruppen zum normalen Leben zurückkehren.

Schließlich sind die Maßnahmen auch nicht verhältnismäßig im engeren Sinne. Bei der Abwägung ist zu beachten, dass die von der **Pandemie ausgehende Gefahr von der Regierung überschätzt** wird. So wird nicht berücksichtigt, dass die Infektionssterblichkeit laut einer META-Studie der WHO deutlich niedriger ist als zunächst angenommen, bei 0,23 %. Trotz „Pandemie“ gab es in Deutschland keine Übersterblichkeit. Nach mehreren Studien ist ein Teil der Bevölkerung ohne Infektion bereits immun gegen SARS-CoV-2. Laut den Daten des RKI („Grippe-Web“) gibt es derzeit im Vergleich zu den Vorjahren nicht mehr Atemwegserkrankungen. Die Krankenhäuser sind für November normal belegt. Insgesamt fällt die Belegung durch Corona-Patienten im Vergleich zur gesamten Intensivbetten-Belegung kaum ins Gewicht.

Der Verordnungsgeber bzw. die Staatsregierung stützt sich bei Einschätzung der durch die Pandemie ausgehenden Gefahrenlage ausschließlich auf die Anzahl der positiv getesteten Menschen und hat hierzu eine 7-Tage-Inzidenz eingeführt. **Der PCR-Test ist jedoch nicht geeignet, eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus nachzuweisen**. Zu diesem Ergebnis kam der von vier Rechtsanwälten geleitete Corona-Ausschuss nach Anhörung von vier Wissenschaftlern aus vier Ländern. Auch Prof. Drosten vertrat noch in einem Interview mit der Wirtschaftswoche aus dem Jahr 2014 die Auffassung, dass der

PCR-Test für sich genommen noch keine Erkrankung nachweist. Der **Grundparameter des Verordnungsgebers** ist damit bereits **fehlerhaft**.

Ferner wurden die vom Masketragen ausgehenden gesundheitlichen Risiken für Erwachsene und insbesondere für Kinder im Rahmen des Abwägungsprozesses entgegen Art. 99 S. 1 BV nicht berücksichtigt.

A. Tatsachenvortrag:

I. Zu den Popularklägern

Der Popularkläger zu 1. ist Rechtsanwalt in der Frühlingstraße 29. 82178 Puchheim.

Der Popularkläger zu 2. betreibt ein

II. Keine drohende Überlastung des Gesundheitssystems

1. Intensivbettenbelegung durch COVID-19-Patienten im Vergleich zu anderen Intensivpatienten im unteren Bereich

Glaubhaftmachung: Grafik mit RKI-Daten



2. Krankenhausbelegung auch in der Corona-Pandemie entspricht normaler Belegung für November

Glaubhaftmachung: Twitter-Beitrag des Chefarztes für Innere Medizin II, Prof. Dr. Christian Gleißner, der Rottal-Inn-Kliniken



Prof. Dr. Christian Gleißner, FESC · 2.

Chefarzt Innere Medizin II, Rottal-Inn Kliniken...

1 Tag · Bearbeitet ·

Rottal-Inn-Kreis:

Was die Politik sieht: Bundesdeutscher Spitzenreiter in der 7-Tage-Inzidenz SARS-CoV2-positiver PCR's (ein wesentlicher Grund: intensive Nachverfolgung von Kontakten). Konsequenz: seit 27.10.2020 Lockdown im gesamten Landkreis, Schulen und Kindergärten geschlossen, Gastronomie dicht.

Was die Medizin sieht: Unsere Klinik ist für einen November normal belegt. Seit ca. 3 Wochen liegen 3 Patienten mit COVID-19 intubiert auf der Intensivstation. Keine Anzeichen für ein Dekompensieren der medizinischen Versorgung. Konsequenz: Business as usual, aufmerksames umsichtiges Arbeiten, keine Panik.

Wann versteht unsere Politik, dass die Fixierung auf die PCR der falsche Weg ist?

Wer schützt uns Bürger vor den parlamentarisch nicht gedeckten Fehlentscheidungen unserer Politiker?

Anzahl gemeldeter intensivmedizinisch behandelter COVID 19-Fälle an Anzahl belegter Intensivbetten (*d)

Im RoMed-Klinikverbund für die Region werden rund 40 Intensivbetten für Corona-Patienten vorgehalten laut dem städtischen Wirtschaftsdezernenten und Pressesprecher Thomas Bugl. Weiter sagte Bugl: „**Wir haben null Patienten auf Intensiv mit Corona, und wir haben null Corona-Patienten an einem Beatmungsgerät**“. Es gebe eine „**völlig überdrehte Einschätzung der tatsächlichen Lage durch die Medien**“.

Glaubhaftmachung: Polizei.news vom 30.10.2020 (Quelle:

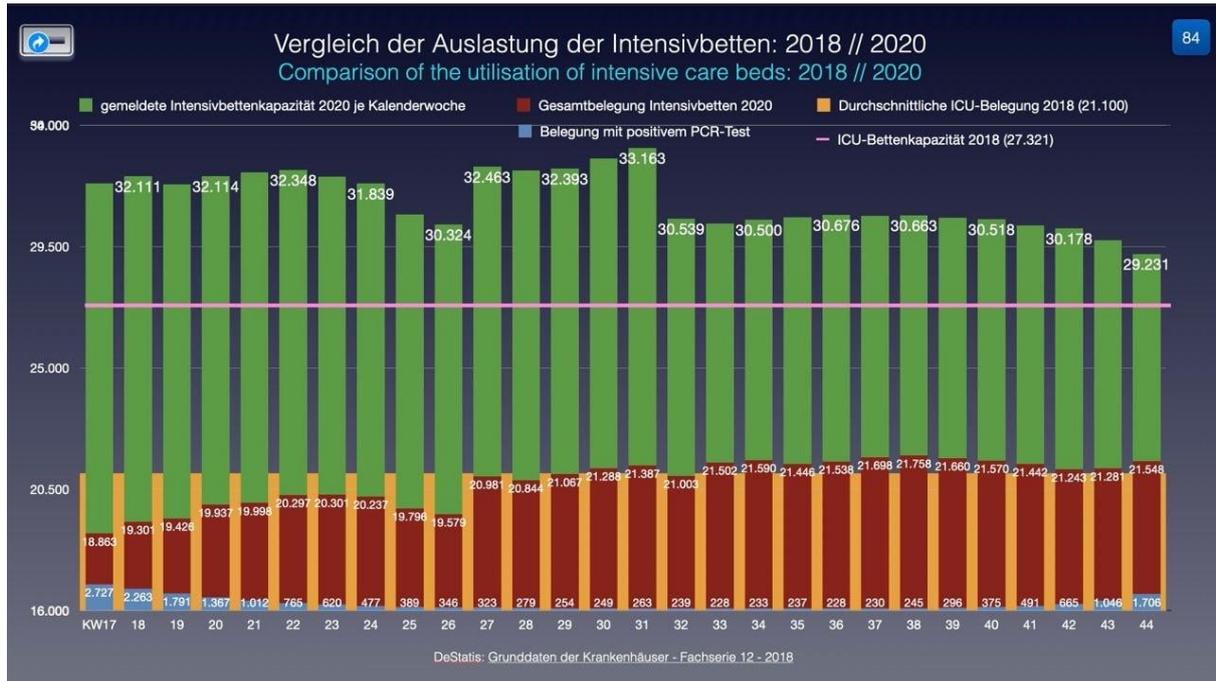
<https://polizei.news/2020/10/30/rosenheim-corona-fallzahlen-voellig-ueberdrehte-einschaetzung-der-tatsaechlichen-lage-durch-die-medien/>

Die Auslastung der Helios-Kliniken ist Tag genau unter folgendem link einsehbar:

Glaubhaftmachung:

<https://www.helios-gesundheit.de/qualitaet/auslastung/>

Im Vergleich zu 2018 eine vergleichbare Auslastung der Intensivbetten:



Selbst wenn die Anzahl von COVID-19-Patienten auf Intensivstation nun saisonal ansteigt, so ist jedoch **insgesamt kein Anstieg bei den belegten Intensivbetten zu verzeichnen**. Jedenfalls ist die **Belegung der Intensivbetten im Vergleich zu den Vorjahren für diese Jahreszeit üblich und nicht erhöht**.

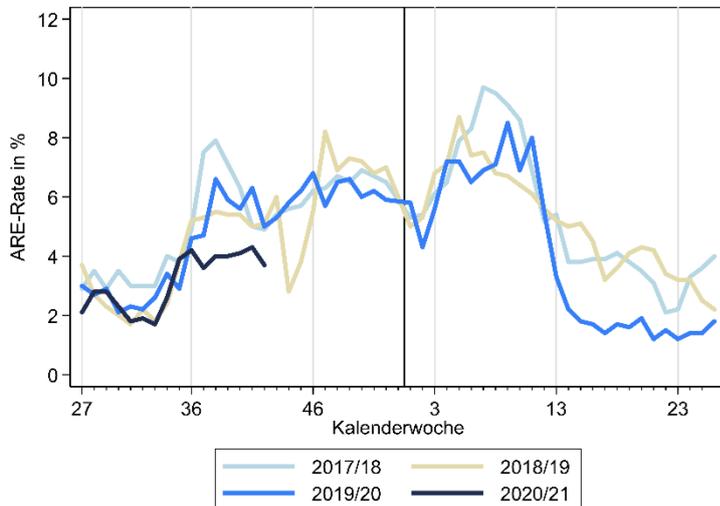
3. Halb so viele Corona-Patienten beatmet als offiziell angegeben

Nach BR-Recherchen werden nur halb so viele Corona-Patienten beatmet, wie offiziell angegeben. Die Ursache hierfür liegt in unterschiedlichen Statistiken und einer fehlerhaften Interpretation.

Glaubhaftmachung: BR24 vom 2.11.2020: Quelle: <https://www.br.de/nachrichten/bayern/durcheinander-bei-corona-zahlen-weniger-beatmete-patienten>

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

RKI- Grafik



Hierzu das RKI: „Abbildung 1 zeigt die Gesamt-ARE-Rate im Saisonvergleich. Die Gesamt-ARE-Rate befindet sich mit Werten zwischen 3,6 % und 4,3 % von der 36. KW bis 42. KW 2020 weiterhin unter den Vorjahreswerten zur gleichen Zeit. Es ist zu beobachten, dass nach einem kontinuierlichen, sehr leichten Anstieg ab der 37. KW 2020 die Gesamt-ARE-Rate in der 42. KW 2020 gesunken ist. Abbildung 2 zeigt die Rate der grippeähnlichen Erkrankungen (ILI, Untergruppe der ARE) im Saisonvergleich. Die Gesamt-ILI-Rate zeigt einen sinkenden Trend seit der 35./36. KW. In diesem Zeitraum liegt die Gesamt-ILI-Rate mit Werten zwischen 0,3 % und 0,7 % unter den Werten der Vorsaisons zu dieser Zeit. Die niedrigeren Werte stehen wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Einhaltung der AHA-Regeln (plus Lüften) von vielen Bürgerinnen und Bürgern, die damit ihr Ansteckungsrisiko für Atemwegserkrankungen ganz allgemein deutlich reduzieren.“

Abrufbar unter: <https://grippeweb.rki.de/Wochenberichte/2020/2020-42.pdf>

5. Anstieg der Fallzahlen im Rahmen der sogenannten „2. Welle“ korreliert nicht mit einem etwaigen Anstieg bei COVID-19-Todeszahlen

Während noch im Rahmen der sog. „1. Welle“ die Kurve der Fallzahlen mit zeitlichem Versatz mit der Kurve zu den COVID-19-Todesfällen in etwa korrelierte, ist nun hinsichtlich der sog. „2. Welle“ kein entsprechender sprunghafter Anstieg der COVID-19-Todesfälle zu erkennen.

Grafik des RKI:

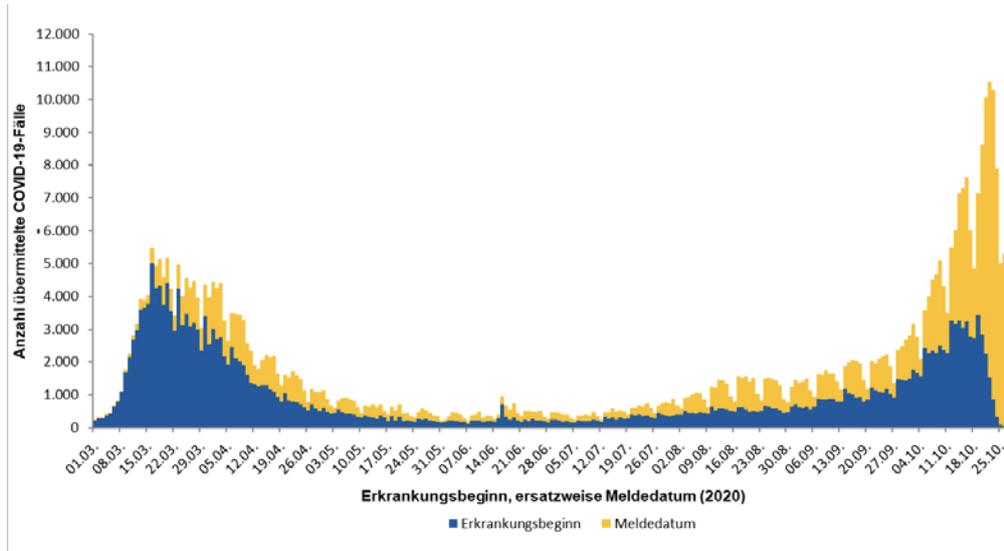


Abbildung 2: Anzahl der an das RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise nach Meldedatum. Dargestellt werden nur Fälle mit Erkrankungsbeginn oder Meldedatum seit dem 01.03.2020 (27.10.2020, 0:00 Uhr).

Grafik des RKI:

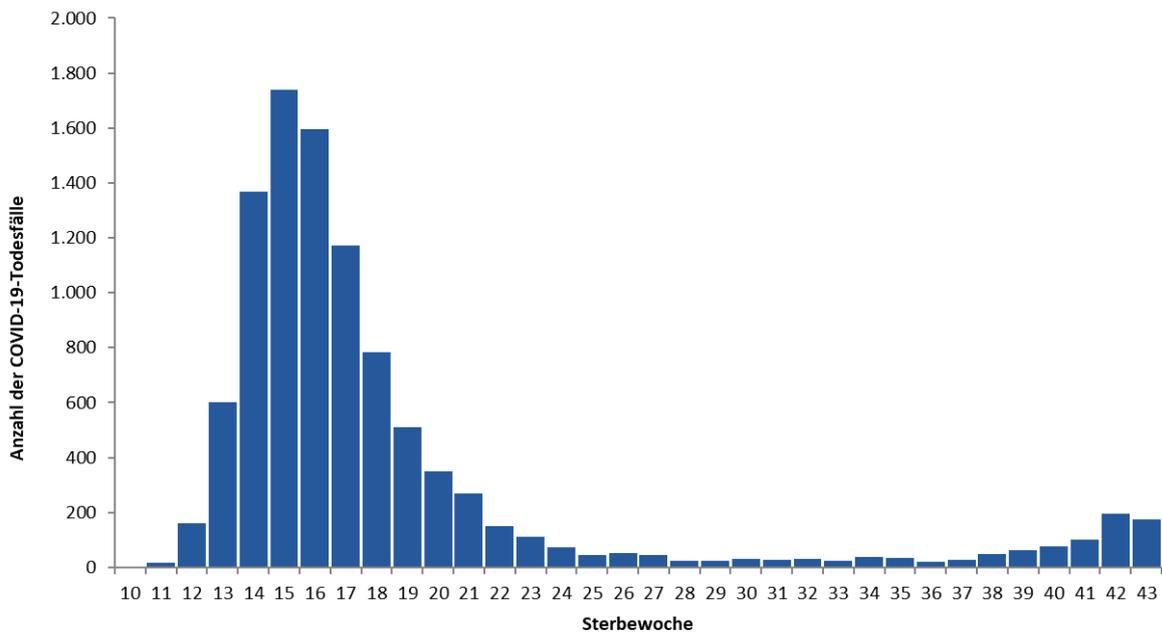
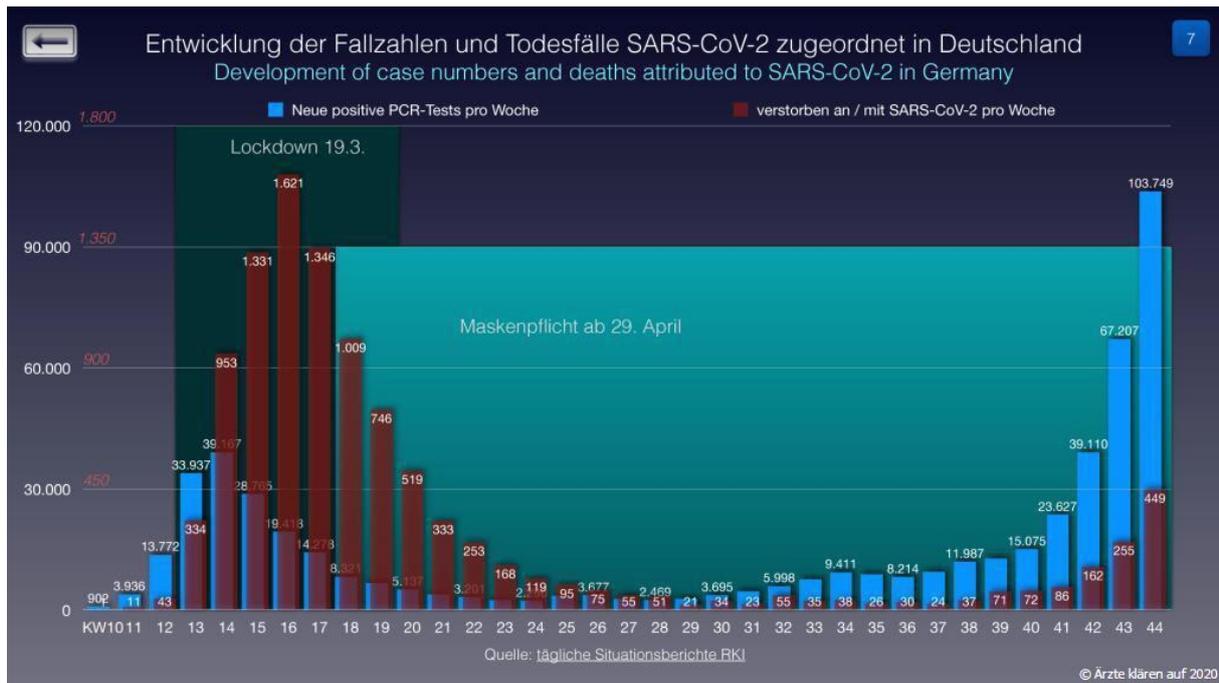


Abbildung 6: An das RKI übermittelte COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (10.003 COVID-19-Todesfälle mit Angabe des Sterbedatums, 27.10.2020, 0:00 Uhr).

Diese Daten sind abrufbar unter:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Okt_2020/2020-10-27-de.pdf?__blob=publicationFile

Beide Grafiken übereinandergelegt, um den Unterschied zu verdeutlichen:



6. COVID-19-Todesfälle fallen im Vergleich zu den wöchentlichen Todesfällen gesamt in Deutschland nicht ins Gewicht

Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland:

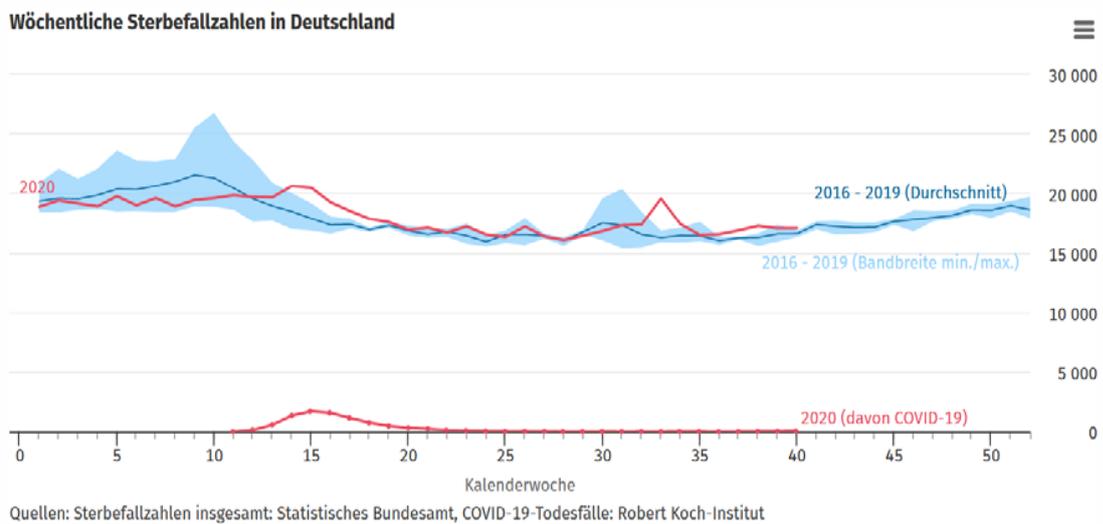


Abbildung 5: Sterbefallzahlen für 2020 mit Datenstand KW40 im Vergleich zum Durchschnitt aus den Jahren 2016-2019.

7. 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.

Glaubhaftmachung: Spiegel-Artikel vom 28.07.2020, Quelle: <https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/coronavirus-rund-410-000-antraege-auf-kurzarbeit-fuer-kliniken-und-aerzte-a-51dd8fd8-0fd3-4aba-a8dc-8bfa75e0dfc4>

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

1. Laut der von der WHO publizierte 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.***

Glaubhaftmachung: ntv- Artikel vom 15.10.2020; Quelle:

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

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.

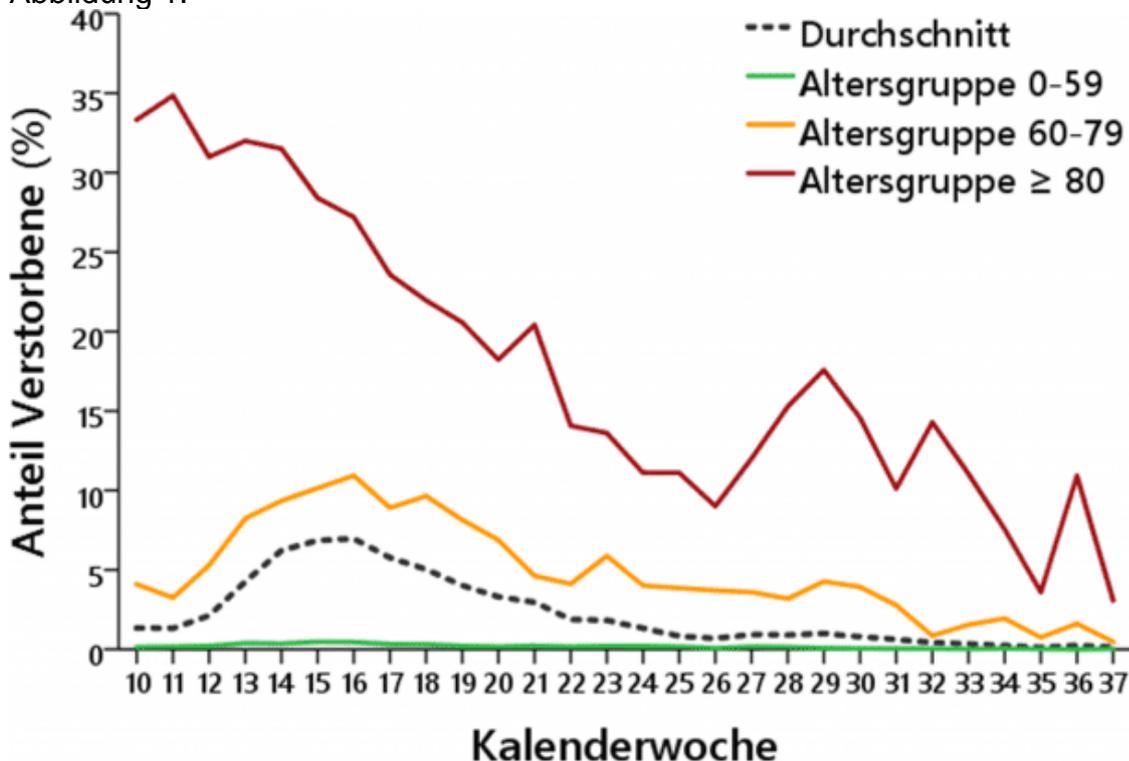
Quelle: <https://www.aerzteblatt.de/tref-fer?mode=s&wo=17&typ=1&nid=117605&s=Coronafallsterblichkeit>

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

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

Glaubhaftmachung: <https://www.heise.de/tp/features/Coronavirus-Das-Aufrechterhalten-der-Massnahmen-trotz-einer-dramatisch-gesunkenen-Sterberate-4906401.html?seite=2>

Abbildung 1:



„Die in der Abbildung 1 gezeigten Ergebnisse widerlegen die Erklärung des RKI, dass der beobachtete Rückgang in der Sterberate (schwarze gestrichelte Linie in der Graphik) hauptsächlich ein künstlicher Effekt der Altersverschiebung bei den gemeldeten Fällen sei. Die Sterberate ist in allen Altersgruppen substantiell gesunken. Während in der Altersgruppe über 80 Jahre von den Ende März gemeldeten Fällen noch 32% verstorben

sind, sind von den in den Kalenderwochen 35-37 gemeldeten Fällen nur noch 5% verstorben; während in der Altersgruppe 60-79 Jahre von den Mitte April gemeldeten Fällen noch 11% verstorben sind, sind von den in den Kalenderwochen 35-37 gemeldeten Fällen nur noch 0,9% verstorben.

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

Man kann also empirisch festhalten, dass der beobachtete durchschnittliche Rückgang des Anteils der gemeldeten Fälle, welcher verstirbt, nicht hauptsächlich darauf zurückzuschieben, dass inzwischen vermehrt jüngere Menschen als infiziert gemeldet werden. Vielmehr ist die Sterberate in allen Altersgruppen seit Mitte April sehr stark gesunken. Es ist demnach tatsächlich so, dass die vom Coronavirus ausgehende Gefahr aktuell als weitaus geringer einzuschätzen ist, als es noch Mitte April der Fall war. Es könnte damit also wirklich als gerechtfertigt erscheinen, dass ein Jubelschrei durch die Bevölkerung ginge und die einschneidenden Maßnahmen beendet würden.“

4. Experten sehen im Corona-Jahr sogar eine Untersterblichkeit

BILD vom 12.10.2020 <https://www.bild.de/bild-plus/ratgeber/2020/ratgeber/zahlen-zur-corona-gefaehrlichkeit-experten-sehen-untersterblichkeit-73376352,view=conversionTo-Login.bild.html>:

„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.“

IV. PCR-Test nicht validiert und nicht geeignet eine Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus nachzuweisen

1. Prof. Dr. Ulrike Kämmerer, Virologin und Immunologin an der Universität Würzburg in ihrer Anhörung vor der Stiftung Corona-Ausschuss:

„Der PCR-Test zeigt nur die Nukleinsäure an, nicht das Virus. Es könnten auch Trümmer-
teile sein. Dieser Test könnte keine Infektion nachweisen. **Er kann nicht nachweisen, ob das Virus replikationsfähig ist, sich in dem Wirt tatsächlich vermehrt und kann nichts darüber aussagen, ob der Mensch damit ursächlich krank wird.** Es ist eine Korrelation. Wenn jemand krank ist, der Erkältungs- und Krankheitsanzeichen hat und einen sehr hohen Nachweis für die Nukleinsäure hat, dann ist die Wahrscheinlichkeit schon sehr groß, dass das Virus ursächlich dabei ist. Aber die vielen, die positiv sind und ohne Symptome, da kann man gar nicht sagen, sind die wirklich mit einer großen Viruslast dabei oder nicht... Auf der Oberfläche des Abstriches ist diese Virus-RNA. Das heißt noch nicht, dass da intaktes lebendes ... also lebend ist ein Virus sowieso nicht, aber ob eine vermehrungsfähige Viruslast vorhanden ist. Das kann man mit dem Test so nicht nachweisen.“

Glaubhaftmachung: Einholung eines Sachverständigengutachtens

Bei der Auswahl des Sachverständigen legt der Popularkläger besonderen Wert darauf, dass der **Sachverständige unabhängig** ist und in keiner Weise für die Regierung bzw. das RKI in beratender Form tätig war.

2. 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, um so 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 Arvay 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.

Glaubhaftmachung: 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.**“

Glaubhaftmachung: Artikel bei linth24 vom 21.09.2020; Quelle:

<https://www.linth24.ch/articles/27244-die-meisten-sind-gegen-das-virus-sowieso-immun>

3. 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 irgend etwas davon bemerkt, dann ist sie plötzlich ein Mers-Fall. Wo zuvor Todkranke gemeldet wurden, sind nun plötzlich milde Fälle und Menschen, die eigentlich kerngesund sind, in der Meldestatistik enthalten. Auch so ließe sich die Explosion der Fallzahlen in Saudi-Arabien erklären. Dazu kommt, dass die Medien vor Ort die Sache unglaublich hoch gekocht haben.“

...

„Was wäre Ihrer Meinung nach zu tun?“

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

Glaubhaftmachung: Interview von Prof. Drosten in der Wirtschaftswoche vom 16.05.2014; Quelle:

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

4. 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.

Glaubhaftmachung: Reuters Inlandsnachrichten vom 28.10.2020: Zeitung – Probleme in Labor bringen falsche Corona-Testergebnisse; Quelle:

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

Auch bei Profifußballspielern ergab eine Nachttestung, 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.

Glaubhaftmachung: FAZ vom 25.10.2020: 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 Nachttestungen 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 Nachttestung machen lassen, während der Normalbürger, wenn er einmal positiv getestet wurde, keine Nachttestung machen darf und sich in Quarantäne begeben muss.

V. Kein exponentieller Anstieg der „Fallzahlen“

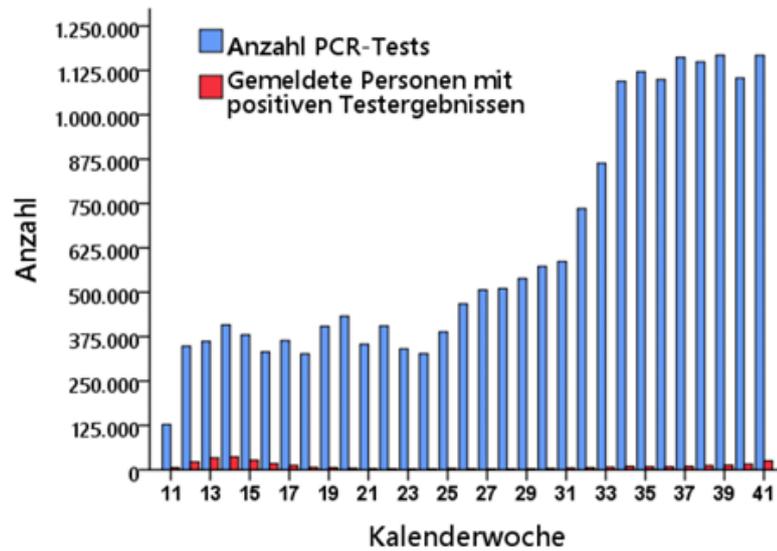


Abbildung 1: Anzahl durchgeführter Coronavirus-PCR-Tests und Anzahl der neu gemeldeten Personen mit positiven Testergebnissen für die Kalenderwochen 11 bis 41.

Es gab **zu keinem Zeitpunkt einen exponentiellen Anstieg der „Fallzahlen“**. Die Anzahl der positiv Getesteten wurde nicht ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der durchgeführten Tests. Derzeit werden fast viermal so viele PCR-Tests wöchentlich durchgeführt als in März/April 2020. Während der Prozentsatz der positiv Getesteten von Mitte Juni bis Ende September 2020 bei unter 1 Prozent lag, steigt der Prozentsatz der positiv Getesteten jetzt wieder, womöglich saisonal bedingt, an und lag zuletzt bei ca. 5 %.

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

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

Glaubhaftmachung: Artikel meinbezirk.at vom 29. Juli 2020; Quelle: https://www.meinbezirk.at/niederoesterreich/c-regionauten-community/immunitaet-durch-fruehere-infektion-mit-corona-erkaeltungsviren-auch-von-deutschen-forschern-bestaetigt_a4169307

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

Glaubhaftmachung: Artikel meinbezirk.at vom 29. Juli 2020; Quelle: https://www.meinbezirk.at/niederoesterreich/c-regionauten-community/immunitaet-durch-fruehere-infektion-mit-corona-erkaeltungsviren-auch-von-deutschen-forschern-bestaetigt_a4169307

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

Glaubhaftmachung: Artikel bei linth24 vom 21.09.2020; Quelle: <https://www.linth24.ch/articles/27244-die-meisten-sind-gegen-das-virus-sowieso-immun>

VII. 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.“

Glaubhaftmachung: Süddeutsche Zeitung vom 13.07.2020; Quelle: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/schulen-kinder-sachsen-corona-normalbetrieb-1.4965841>

Daniel Koch vom Bundesamt für Gesundheit, Schweiz in der Aargauerzeitung vom 01.05.2020:

„Es ist so, dass Kinder praktisch nicht infiziert werden und vor allem nicht das Virus weitergeben.“

Glaubhaftmachung: Aargauerzeitung vom 1.05.2020; 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.“

Glaubhaftmachung: Pressemitteilung LMU Klinikum vom 6.08.2020; 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.

Glaubhaftmachung: Corona-Bilanz in Norwegen auf SRF vom 12.05.2020; 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.“

Glaubhaftmachung: ZDF-Nachrichten vom 3.08.2020; Quelle: <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-schulstudie-epidemiologe-gerard-krause-100.html>

VIII. Sämtliche Maßnahmen wie Lockdown, Abstandhalten und Maske ohne Wirkung

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

„One of the central policy questions regarding the COVID-19 pandemic is the question of which non-pharmaceutical interventions governments might use to influence the transmission of the disease. Our ability to identify empirically which NPIs have what impact on disease transmission depends on there being enough independent variation in both NPIs and disease transmission across locations as well as our having robust procedures for controlling for other observed and unobserved factors that might be influencing disease transmission. The facts that we document in this paper cast doubt on this premise.“

Glaubhaftmachung: Metastudie vom August 2020 des National Bureau of Economic Research; Quelle:

<https://www.nber.org/papers/w27719>

IX. 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.

Weiter:

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

Glaubhaftmachung: Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit
von Ines Kappstein im Thieme Fachverlag, (Anlage **K 2**)

2. Studienlage spricht gegen Wirksamkeit von Masken

Weitere 36 Studien zeigen auf, dass wissenschaftlich nicht belegt ist, dass ein Mund-Nasen-Schutz vor Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus schützt.

Zusammenfassende Studienlage unter:

<http://www.aerzteklaerenauf.de/masken/index.php>

Folgende Studien mit dem jeweiligen Ergebnis:

01 - ORR 1981

Beginnen wir mit der Studie von **Dr. Neil Orr**, die **1981** in den Annals of the Royal College of Surgeons of England veröffentlicht wurde.

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".**

02 - RITTER ET AL. 1975

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

03 - 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.

04 - 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. Sjørl und Kelbaek kamen 2002 zu derselben Schlussfolgerung.

05 - 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 Masken** die **Wundinfektionsrate** nur **3,5%** betrug.

06 - 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 Glaubhaftmachung für ihre weitere Verwendung"**.

07 - 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"**.

08 - 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.

09 - 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 Glaubhaftmachungen 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 post-operativen 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 Glaubhaftmachung 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 Glaubhaftmachunge 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 Glaubhaftmachunge 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 Glaubhaftmachung 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 einführten, 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 **Schutzmaß-**

nahme 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.**

X. Physische und psychische Beeinträchtigungen durch Tragen einer Maske

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

Glaubhaftmachung: <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.**“

Glaubhaftmachung: <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.

Glaubhaftmachung: <https://www.primarydoctor.org/masks-not-effect>

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

Glaubhaftmachung: <https://mediatum.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.**

Glaubhaftmachung: <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.

Glaubhaftmachung: Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit
von Ines Kappstein im Thieme Fachverlag, (Anlage **K 2**)

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.

Glaubhaftmachung: 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>

XI. Unabsehbare Gesundheitsgefahren für Kinder durch Masken

Die vorhandene Literatur und wissenschaftliche Arbeiten beschränken sich bei den Untersuchungen auf Erwachsene. Es gibt 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. (2020, 06 2). Mund-Nasenschutz 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.“

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.“

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.“

Glaubhaftmachung:
pflicht.pdf

<https://der-rabendoktor.de/pdfs/Wider%20die%20Maskenpflicht.pdf>

XII. Empfehlung zur Tragezeitbegrenzung der MNB durch DGUV

Am 7.10.2020 gab die deutsche gesetzliche Unfallversicherung eine Empfehlung zur Tragezeitbegrenzung von Mund-Nasen-Bedeckungen ab. Darin heißt es:

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

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

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

Glaubhaftmachung: https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/biologisch/kobas/tragezeitbegrenzung_kobas_27_05_2020.pdf

XIII. Mildere Mittel zur Bekämpfung der Pandemie

1. WHO gegen Lockdown

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

Glaubhaftmachung: Artikel auf meinbezirk.at vom 11.10.2020 (WHO ändert Haltung zum Lockdown und spricht sich dagegen aus), Quelle:

https://www.meinbezirk.at/niederoesterreich/c-regionauten-community/who-aendert-haltung-zu-lockdowns-und-spricht-sich-nun-dagegen-aus_a4288455

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

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

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

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

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

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

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

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

Glaubhaftmachung: Welt vom 28.10.2020; Quelle:

<https://www.welt.de/politik/deutschland/article218811510/Corona-Virologen-und-Aerzte-stellen-sich-gegen-Lockdown.html>

3. Great Barrington Declaration

Am 4.10.2020 trafen sich drei führende Wissenschaftler auf dem Gebiet der Epidemiologie von den drei führenden Eliteuniversitäten (Harvard, Stanford, Oxford) in Great Barrington und initiierten und unterzeichneten diese Erklärung: Prof. Dr. Martin Kulldorff (Harvard University), Prof. Dr. Sunetra Gupta (Oxford University) und Prof. Dr. Jay Bhattacharya (Stanford University). Die Great-Barrington-Erklärung hat folgenden Inhalt:

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

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

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

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

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

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

Die zentrale Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens in Bezug auf COVID-19 sollte

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

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

Glaubhaftmachung: Great Barrington Declaration; Quelle:
<https://gbdeclaration.org/die-great-barrington-declaration/>

Stand 2.11.2020 ist diese Erklärung von 603.836 Bürgern, 11.621 Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Medizin und öffentlichen Gesundheit und 33.141 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

XIV. 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.

Glaubhaftmachung: Schriftsatz der RAe Korn & Partner vom 13.08.2020 Seite 2 (**Anlage K 3**)

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).

Glaubhaftmachung: Schriftsatz der RAe Korn & Partner vom 13.08.2020 Seite 4 (**Anlage K 3**)

B. Rechtliche Würdigung

I. Zulässigkeit der Popularklage

1. Statthafte Antragsart

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

2. Prüfungsgegenstand

Die 8. BaylFSMV 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

Der Popularkläger rügt die Verletzung der allgemeinen Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV aufgrund des Allgemeinen Abstandsgebots in § 1, der Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung in § 2 und der Kontaktbeschränkung in § 3 der 8. BaylFSMV.

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

§ 6 (Gottesdienste, Zusammenkünfte von Glaubensgemeinschaften) schränkt die Religionsausübungsfreiheit des Popularklägers nach Art. 107 BV ein, da die Teilnehmerzahl bei Gottesdiensten beschränkt ist, Abstand gehalten werden muss und Maskenpflicht für die Besucher bis zum Erreichen des Platzes gilt.

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

Die Vorgaben nach § 12, wonach eine Maskenpflicht im Geschäft besteht und sichergestellt werden muss, dass die Zahl der gleichzeitig im Ladengeschäft anwesenden Kunden nicht höher ist als ein Kunde je 10 qm Verkaufsfläche und die Auflage der Erstellung eines Schutz- und Hygienekonzepts verletzt die Berufsausübungsfreiheit und die unternehmerische Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV des Popularklägers.

Die Vorgaben zur Kontaktdatenerfassung nach § 4 verletzen das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Popularklägers nach Art. 100 iVm Art. 101 BV.

Die weitergehende Maskenpflicht und das Alkoholverbot in § 24 der 8. BayIfSMV verletzen die allgemeine Handlungsfreiheit des Popularklägers nach Art. 101 BV.

4.2. Verletzung von Grundrechten anderer

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

Folgende Grundrechtsverletzungen werden darüber hinaus geltend gemacht:

Die Auflagen nach § 9 der 8. BayIfSMV stellen für Betreiber von Pflege- und Altenheimen eine Verletzung für deren Berufsausübungsfreiheit und unternehmerischen Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV dar. Darüber hinaus stellt dies auch einen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV für die Bewohner von Alten- und Pflegeheimen und von deren Angehörigen dar.

Die Schließung von Gastronomie mit Ausnahme des Abholservices mit §13 stellt für Betreiber von Gaststätten eine Verletzung von deren Berufsausübungsfreiheit und deren unternehmerische Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV dar.

Die Untersagung des Betriebs nahezu sämtlicher Freizeiteinrichtungen mit § 11 stellt eine Verletzung der Berufsausübungsfreiheit und unternehmerischen Betätigungsfreiheit aus Art. 101 BV der Betreiber von Freizeiteinrichtungen dar.

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

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

Die Einschränkung der Beherbergung nach § 14 der 8. BayIfSMV auf notwendige berufliche und geschäftliche Zwecke stellt einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit und unternehmerische Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV für die Betreiber von Hotels, Beherbergungsstätten, Schullandheimen, Jugendherbergen und Campingplätzen dar.

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

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

Die Regelung in § 21, wonach Präsenzveranstaltungen an Hochschulen nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig sind, stellt eine Verletzung der Wissenschaftsfreiheit nach Art. 108 BV dar.

Die Schließung von Kulturstätten in § 23 stellt eine Verletzung der Kunstfreiheit nach Art. 108 BV dar, soweit Theater, Oper, Konzerthäuser, Bühnen, Kinos und ähnliche Einrichtungen betroffen sind. Für die Betreiber von Kulturstätten liegt mit § 23 zusätzlich eine Verletzung von deren Berufsausübungsfreiheit und unternehmerischer Betätigungsfreiheit nach Art. 101 BV vor.

Die Vorgabe des Einhaltens eines Mindestabstands in Bibliotheken und Archiven nach § 22 stellt einen Eingriff in die allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 101 BV dar.

5. Sonstige Sachentscheidungsvoraussetzungen

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

II. Begründetheit der Popularklage

Die Popularklage ist begründet, da die Vorschriften § 1 bis einschließlich § 24 der 8. BaylFSMV die Grundrechte aus **Art. 100, 101, 107, 108 BV verletzen**. Unabhängig von der in den jeweiligen Grundrechten vorgesehenen Schranke sind sämtliche Grundrechtseingriffe in Art. 100, 101, 107, 108 BV wegen des **Verstoßes gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz** nicht gerechtfertigt. § 1 bis § 24 der 8. BaylFSMV schränken damit die Grundrechte nach Art. 100, 101, 107, 108 BV verfassungswidrig ein und sind damit nach **Art. 98 S. 4 BV vom Verfassungsgerichtshof für nichtig zu erklären**.

Bei § 25 bis § 28 der 8. BaylFSMV handelt es sich um Schlussvorschriften, die ohne die vorausgehenden Vorschriften nach § 1 bis § 24 keine eigene Bedeutung haben können. Folglich hat der Verfassungsgerichtshof die komplette 8. BaylFSMV nach Art. 98 S. 4 BV für nichtig zu erklären.

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

Zudem ist das **Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 S. 1 BV** auch deshalb verletzt, da die Bayerische Staatsregierung, insbesondere der Verordnungsgeber, das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, **keine Behördenakte** für die 6. BaylFSMV geführt hat. Die 8. 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. Maßnahmen wie Lockdown, Abstand halten und Maske sind nicht geeignet

Sämtliche Regelungen in den § 1 bis § 24, die einen Lockdown vorsehen (bspw. Betriebsuntersagung nach § 10 Abs. 4, § 11 Abs. 1, Abs. 3, Abs. 4, Abs. 5, Abs. 6, § 13 Abs. 1, § 15, § 23) oder das Abstandhalten (bspw. § 3) und das Maskentragen vorschreiben, sind an sich nicht geeignet, die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen, da sie nicht wirksam sind.

1.1. Kein Effekt der Maßnahmen auf Infektionsgeschehen

Wie die Metastudie des National Bureau of Economic Research unter A.VIII. zeigte, hatten nicht-pharmazeutische Interventionen

wie Lockdown und Abstandhalten (social distancing) keinen Effekt auf das Infektionsgeschehen der COVID-19-Pandemie.

1.2. Keine Hinweise für Wirksamkeit der Maske in der Öffentlichkeit

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

Weitere 36 Studien zeigen auf, dass wissenschaftlich nicht belegt ist, dass ein Mund-Nasen-Schutz vor Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus schützt.

1.3. Maßnahmen betreffend Kinder und Jugendliche ungeeignet wegen fehlender Ansteckungsgefahr

Schließlich sind gerade die Regelungen in §§ 17, 18, 19 und 20 der 8. BayIfSMV nicht geeignet, um die COVID-19-Pandemie zu bekämpfen. Von Kindern und Jugendlichen geht ausweislich der unter A.VI. aufgeführten Studien kaum **eine Ansteckungsgefahr** aus. Kinder sind **keine Treiber** der COVID-19-Pandemie, sondern **eher Bremsklötze**. Aufgrund dieser Studienlage sind die gegenüber Kindern und Jugendlichen ergriffenen Maßnahmen wie Maskentragen und Abstandhalten nicht geeignet, die COVID-19 Pandemie zu bekämpfen. Im Gegenteil es wären nach dieser Studienlage gegenüber Kindern und Jugendlichen überhaupt keine Maßnahmen zu ergreifen.

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

Bereits **Dr. Nabarro von der WHO** sprach sich **gegen die Verhängung eines Lockdowns** aus. Daraus ist erkennbar, dass die Lockdowns in der Gastronomie, Beherbergung, Freizeiteinrichtungen, Sport- und Kulturstätten mit § 10 Abs. 4, § 11, § 13 Abs. 1, § 14 Abs. 1 (touristische Zwecke) und § 15 der 8. BayIfSMV gegen die Empfehlung der WHO sind.

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

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

Schließlich gibt es nach den Unterzeichnern der **Great Barrington Declaration** die Möglichkeit, dass die Risikogruppen besonders geschützt werden, **die Nicht-Risikogruppen aber sofort zu einem normalen Leben zurückkehren**. Einfache Hygienemaßnahmen

wie Händewaschen und der Aufenthalt zu Hause im Krankheitsfall sollten von allen praktiziert werden, um den Schwellenwert für die Herdenimmunität zu senken.

Schulen und Universitäten sollten für den Präsenzunterricht geöffnet sein. Außerschulische Aktivitäten, wie z. B. Sport, sollten wieder aufgenommen werden. Junge Erwachsene mit geringem Risiko sollten normal und nicht von zu Hause 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.

Der besondere Schutz der Risikogruppen soll nur für die Dauer bis zur Erreichung einer Herdenimmunität sein. Die Great Barrington Declaration wurde von führenden Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Epidemiologie von den drei führenden Eliteuniversitäten (Harvard, Stanford, Oxford) initiiert und auch von hochkarätigen Wissenschaftlern, darunter ein Nobelpreisträger, unterschrieben. Diese **hochkarätige** Erklärung kann **von der Politik nicht übergangen** werden.

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

Nach der Great Barrington Declaration sind sämtliche Maßnahmen gegenüber der Nicht-Risikogruppe **nicht erforderlich**, da die Nicht-Risiko-Gruppe zum normalen Leben zurückkehren soll. Somit sind alle Regelungen nach § 1 bis § 24 der 8. BaylFSMV einschließlich der Kontaktdatenerfassung in § 4 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.

3. Keine Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne

3.1. Überschätzung der von der COVID-19- Pandemie ausgehenden Gefahr durch die Staatsregierung bzw. dem Ordnungsgeber

3.1.1. Zwischenzeitlich wurde von der WHO bestätigt, dass COVID-19 eine Infektionssterblichkeit von 0,23 % hat. Damit bestätigt auch die WHO, dass die **Infektionssterblichkeit von COVID-19 weitaus geringer ist als bisher** angenommen.

3.1.2. Wissenschaftler der Uni Essen stellten fest, dass in den Monaten **März bis Mai 2020 keine Übersterblichkeit**, sondern Untersterblichkeit gegeben war.

3.1.3. Während der sog. „1. Welle“ kam es zu **keiner Überlastung des Gesundheits-systems**. Im Gegenteil Kliniken und Ärzte haben

während der Coronavirus-Pandemie für rund 410.000 Beschäftigte **Kurzarbeit** angemeldet.

3.1.4. Laut „Grippe-Web“ gibt es in diesem Jahr im Vergleich zu den Vorjahren **nicht mehr Atemwegserkrankungen**, sondern weniger. Das RKI führt das Weniger an Atemwegserkrankungen auf das Einhalten der AHA-Regeln und das Lüften zurück.

3.1.5. Die **Krankenhausbelegung** ist trotz COVID-19-Pandemie **nicht anders** als in anderen Jahren. Für November ist die Krankenhausbelegung normal.

3.1.6. Insgesamt wird nur ein **kleiner Prozentsatz der Intensivbetten von COVID-19-Patienten beansprucht**. Die weit überwiegende Mehrheit der Intensivbetten ist von anderen Patienten belegt. Zudem bestehen derzeit immer noch freie Intensivbettenkapazitäten.

3.1.7. Die Staatsregierung hat laut BR-Recherchen doppelt so viele COVID-19-Patienten an Beatmungsgeräten angenommen. Tatsächlich sind **nur die Hälfte** der von der Staatsregierung angenommenen COVID-19-Patienten an einem Beatmungsgerät.

3.1.8. Bei Betrachtung der wöchentlichen Sterbezahlen in ganz Deutschland fallen die COVID-19-Sterbefälle **kaum ins Gewicht**.

3.1.9. Positiv wurde nicht berücksichtigt, dass Teile der Bevölkerung nach der Erkenntnis von mehreren Studien **bereits immun** sind gegen SARS-CoV-2, sodass für einen Teil der Bevölkerung auch eine Infizierung keine Gefahr darstellt.

3.2. PCR-Test kein Nachweis für Infektion mit SARS-COV-2

Der Ordnungsgeber stützt seine Entscheidungen auf die Fallzahlen. Die Fallzahlen wiederum richten sich nach einem positiven PCR-Test. Laut Ansicht der Staatsregierung weist ein positiver PCR-Test eine Infektion mit SARS-CoV-2 nach.

Gerade diese Annahme erweist sich aber als falsch. Die ganze **Gefahren einschätzung der Staatsregierung** fußt daher auf einem **falschen Parameter**.

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.

(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 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. (Berliner Zeitung vom 7.11.2020: <https://www.berliner-zeitung.de/news/anfrage-an-berliner-senat-weckt-zweifel-an-aussagekraft-von-pcr-test-li.117128>).

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.

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 Nachttestung die Fehlerhaftigkeit des zunächst gemachten positiven PCR-Tests heraus.

3.3. Kein exponentieller Anstieg

Darüber hinaus verkennt der Ordnungsgeber, dass es **keinen exponentiellen Anstieg** der „Infektionszahlen“ gegeben hat. Die „Infektionszahlen“ werden nicht ins Verhältnis zu den durchgeführten Tests gesetzt. Dabei wurden zuletzt wöchentlich über 1,2 Mio. PCR-Tests durchgeführt. Das sind fast 4-mal so viel, wie in der Hochphase März und April 2020 durchgeführt wurden. Die Rate der positiv Getesteten lag von Mitte Juni bis Ende September 2020 konstant bei etwa unter 1 %. In den letzten Wochen stieg die Rate der positiv Getesteten auf 5% an. Dies hängt aber auch mit dem saisonal bedingten Auftreten von Corona-Viren zu dieser Jahreszeit zusammen.

3.4. Gesundheitliche Risiken durch Masken bei Abwägung nicht berücksichtigt

Im Rahmen des Abwägungsprozesses hat der Ordnungsgeber 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. **Solange muss der Einsatzbereich der OP-Masken kritisch diskutiert und definiert werden, um unnötige Tragezeiten zu vermeiden.**

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

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

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

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

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

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

Der Ordnungsgeber 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 Ordnungsgeber nicht die gesundheitlichen Risiken für Erwachsene und vor allem für Kinder durch das Masketragen bei Verordnungserlass berücksichtigt und in seine Abwägung einfließen lassen.**

3.5. Art. 140 Abs. 1 BV nicht berücksichtigt

Nach Art. 140 Abs. 1 BV ist die Kunst vom Staat zu fördern. Diese Förderpflicht wurde im Abwägungsprozess nicht ausreichend berücksichtigt. Der Ordnungsgeber unterzieht gerade die Kunst- und Kulturbranche mit den Regelungen nach §§ 5, 11 Abs. 3 (Kulturführung) und 23 der 8. BayLfSMV einem 2. Lockdown. Statt die Kunst zu fördern, besiegelt der Staat mit diesem 2. Lockdown den Niedergang der Kunst.

4. Bedenken von namhaften Verfassungsrechtlern

Laut dem ehemaligen Vizepräsidenten des BVerfG Ferdinand Kirchhoff ist ein 2. Lockdown rechtswidrig. Die Hürden sind dieses Mal höher als beim ersten Mal.

Quelle: Welt am 20.10.2020 <https://www.welt.de/wirtschaft/plus218221422/Coronavirus-Zweiter-Lockdown-fuer-Verfassungsrechtler-rechtswidrig.html?cid=onsite.onsitesearch>).

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

Quelle: <https://www.nzz.ch/international/hans-juergen-papier-warnt-vor-aushoehlung-der-grundrechte-ld.1582544>

5. Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs Österreich

In einer am 29.10.2020 veröffentlichten Erkenntnis Az.: G 272/2020-11 ua. entschied der **Verfassungsgerichtshof in Österreich (Anlage K 4)**, 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 Ordnungsgeber 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 Ordnungsgeber ... geleitet haben; dabei wiegt die Tatsache, dass diese Regelungen intensiv in die Grundrechtsphäre sowohl der Gewerbetreibenden als auch der Besucher eingreifen, schwer.“

Übertragen auf den hiesigen Fall bedeutet das, dass der Ordnungsgeber einen Einschätzungs- und Prognosespielraum hat. Jedoch muss der **Verordnungsgeber** seine Entscheidungsgrundlagen, Unterlagen und Hinweise, die die Umstände der zu erlassenden Regelung betreffen, **in einer Akte dokumentieren. Dies ist vorliegend gar nicht geschehen**. Der Ordnungsgeber hat bis zur 6. BayLfSMV keine Akte angelegt, sodass die Entscheidungsgrundlagen, Unterlagen und Hinweise, die die Umstände der zu erlassenden Regelung betreffen, nicht bekannt sind. Die 7. und 8. BayLfSMV bauen 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, vgl. Antwort der Bundesregierung vom 20.05.2019 (hib 589/2019) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen;
Quelle: <https://www.bundestag.de/presse/hib/643972-643972>).

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;
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 8. BayIfSMV. Es stellt sich aber die Frage, ob wenigstens jetzt eine Akte seitens des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege angelegt wurde. Allerdings baut die 8. 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 8. BayIfSMV darauf aufbaut, **zum Verstoß gegen das Rechtsstaatsprinzip nach Art. 3 Abs. 1 BV**.

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.

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.

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.

Zuletzt soll an den **richterlichen Eid** erinnert werden. Nach § 38 Abs. 1 DRiG leistet jeder Richter folgenden Eid:

"Ich schwöre, das Richteramt getreu dem Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland und getreu dem Gesetz auszuüben, nach bestem Wissen und Gewissen ohne Ansehen der Person zu urteilen und nur der Wahrheit und Gerechtigkeit zu dienen, so wahr mir Gott helfe."

Zwar ist hier die Bayerische Verfassung (BV) maßgeblich. Jedoch hat der Bayerische Verfassungsgerichtshof weitgehend auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Bezug auf die Auslegung der Grundrechte übernommen.

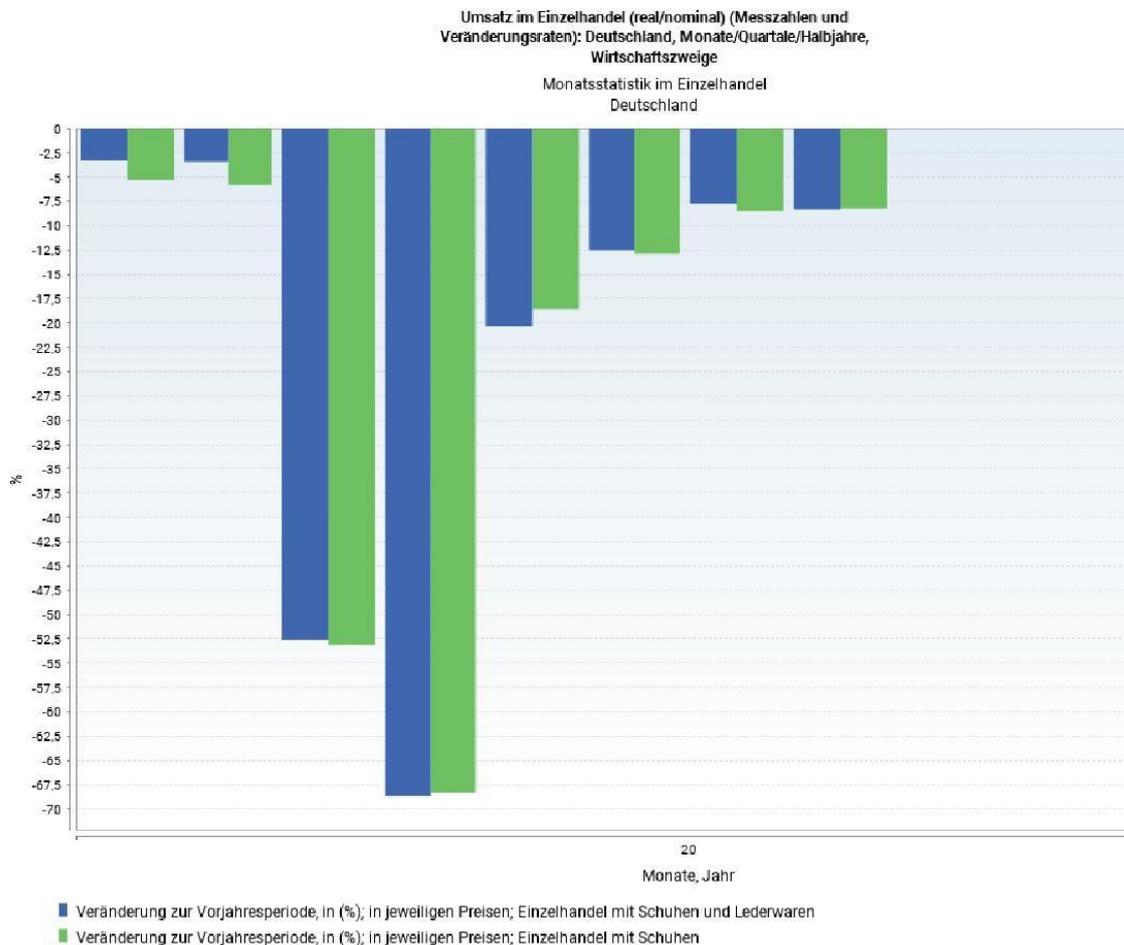
III. Einstweilige Anordnungen nach Art. 26 VfGHG

1. Betriebsuntersagung / Schließung

Die Maßnahmen der Betriebsuntersagung bzw. -schließung nach §§ 5, 8 S. 3, 10 Abs. 4, 11 Abs. 1, 11 Abs. 3, 11 Abs. 4, 11 Abs. 5, 11 Abs. 6, 12 Abs. 2, 12 Abs. 4 S. 4, 13 Abs. 1, 14 Abs. 1 S. 2 und 23 der 8. BaylfSMV bedeuten für diese Branchen und Unternehmen **schwere Nachteile**, da viele dieser Unternehmen und Branchen **bereits durch den 1. Lockdown wirtschaftlich schwer** getroffen sind und am Rande der Insolvenz stehen.

Der 2. Lockdown in manchen Unternehmen und Branchen bedeutet für diese eine nicht mehr **abzuwendende Insolvenz**. Es ist **der Todesstoß für diese Unternehmen und Branchen**. Die Insolvenz eines Unternehmens geht gleichzeitig auch immer mit dem Arbeitsplatzverlust der Angestellten einher.

Anschaulich erkennbar ist, dass bspw. die **Schuh- und Lederbranche** bereits allein durch den 1. Lockdown in eine wirtschaftliche Schieflage geraten ist. Zahlreiche Unternehmen der Schuh- und Lederbranche sind in diesem Zuge insolvent gegangen, bspw. die prominenten Beispiele Aktiv-Schuh Handelsgesellschaft, CCC Germany, Dielmann oder Schuhkay aus Hamburg, oder stehen kurz vor einer Insolvenz.



Schuh- und Lederwarenhandel von Januar bis August 2020; Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand 11. November 2020;

Die Umsatzrückgänge in der Schuh- und Lederwarenbranche sind erheblich, v.a. im März und April 2020 lagen diese bei **über 50% im März bzw. knapp 70% im April** im Vergleich zum Vorjahresmonat.

Dass die statistisch erfassten Insolvenzen im Jahr 2020 bislang unter dem Niveau des Vorjahres liegen, ist gemäß Experten u.a. der Aussetzung der Insolvenzantragspflicht geschuldet. Der Hauptgeschäftsführer der Wirtschaftsauskunftei Creditreform, Volker Ulbricht, rechnet im Jahr 2021 mit ca. **24.000 oder mehr Verfahren**, während die Gesellschaft für das laufende Jahr 2020 von ca. 18.000 Insolvenzen ausgeht.

Die Insolvenzwelle würde im ersten Quartal 2021 ihren Höhepunkt erreichen und sich auch dann erst zeigen, wie sich der zweite Lockdown zusätzlich auswirke. Unter dem Eindruck des bevorstehenden „leichten“ Lockdowns im November würde sich das Bild für viele Branchen noch einmal deutlich verdüstern - trotz der zusätzlich angekündigten Hilfen.

(Quelle: https://www.weser-kurier.de/deutschland-welt/deutschland-welt-wirtschaft_artikel,-creditreform-24000-oder-mehr-firmenpleiten-2021-_arid,1941748.html)

Ebenso sieht der Hauptgeschäftsführer des Handelsverbands Deutschland (HDE), Stefan Genth, v.a. den „innenstadt-relevanten Handel“ von einem „**historischen Umsatzrückgang**“ bedroht. Dies gelte etwa für „Textil-, Schuh-, Spielwaren- oder den Schmuckfachhandel“.

Dort seien viele Unternehmen in „ihrer Existenz gefährdet“, es könnten in den nächsten Jahren „**bis zu 50.000 Handelsstandorte geschlossen werden**“, sagte Genth mit Blick auf Corona. Die Entwicklung werde „das Gesicht der Innenstädte tiefgreifend“ verändern.

(Quelle: <https://www.merkur.de/wirtschaft/handelsverband-hde-corona-insolvenz-welle-bekleidung-textil-schmuck-stefan-genth-schuh-geschaeft-spielwaren-zr-90062679.html>)

Bereits nach einer Woche „Lockdown Light“ im November 2020 lägen gemäß ersten Berechnungen des Bundesverbands des Deutschen Textileinzelhandels, BTE, die Umsätze in der ersten November-Woche branchenweit **rund 40 Prozent unter dem Vorjahr**, in etlichen Fällen kämen Modehändler nicht mal auf die Hälfte ihrer üblichen Umsätze. „Aktuell machen die meisten Geschäfte **jeden Tag Verlust**, weil die Umsätze nicht mal die anfallenden Kosten decken.“, so BTE-Präsident Steffen Jost.

Die **besondere Dringlichkeit** nach Art. 26 Abs. 2 S. 2 VerfGHG ist darin zu sehen, dass jeder Tag, den ein bereits angeschlagenes Unternehmen länger schließen muss, schon zu viel sein kann, um das Unternehmen vor einer Insolvenz zu bewahren. Viele Unternehmen haben trotz Betriebsuntersagung Fixkosten wie bspw. Gewerberaummiete, Personal, Strom, Versicherungen und auch regelmäßig Ware zu bezahlen. Die in Aussicht gestellte Förderung dieser Unternehmen stellt nur einen Tropfen auf den heißen Stein dar.

2. Maskenpflicht

Die Maskenpflicht nach §§ 1, 2, 6 S. 1 Nr. 2, 7 Abs. 1 S. 3, 8, 9 Abs. 1 S. 1, 12 Abs. 1 Nr. 3, 12 Abs. 3, 12 Abs. 4 S. 3, 14 Abs. 2 Nr. 3, 18 Abs. 2, 20 Abs. 1 S. 1, 20 Abs. 3, 21 S. 1 Nr. 2 und 24 Abs. 1 der 8. BaylFSMV ist einstweilen außer Vollzug zu setzen, da dies zur Abwehr **schwerer Nachteile wie physische und psychische Beeinträchtigungen und Gesundheitsschäden** dringend geboten erscheint. Nach den unter A.X. 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 – wie unter A.XI. gezeigt – 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.

Seit Einführung der Maskenpflicht gibt es vermehrt Kinder mit Beschwerden wie Ohnmacht, Übelkeit, Konzentrationsschwäche. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass am 6.09.2020 in Büchelberg Rheinlandpfalz ein **13-jähriges Mädchen im Schulbus zusammenbrach und anschließend im Krankenhaus verstarb. Das Mädchen trug eine Maske, als es zusammenbrach**. Das entsprechende Verfahren läuft noch. Jedoch konnte der Verdacht, dass die Maske ursächlich für die Ohnmacht war, nicht ausgeräumt werden. Die Obduktion ergab bei dem Mädchen weder Vorerkrankungen noch äußere Einflüsse.

Quelle: (https://www.rheinpfalz.de/lokal/pfalz-ticker_artikel,-13-jährige-bricht-in-schulbus-zusammen-und-stirbt-_arid,5107196.html)

Ein schwerer Nachteil ist auch darin zu sehen, dass die Arbeitgeber aufgrund der Empfehlung der DGUV vom 7.10.2020 auf eine Tragezeitbegrenzung des MNB achten müssen und bei Nichtbeachtung dieser Empfehlung **haftbar gemacht werden können, § 21 Abs. 1 SGB VII**. Bei leichter Arbeit kann die Tragedauer bis zu drei Stunden sein, bei mittelschwerer Arbeit sollte die Tragedauer zwei Stunden nicht überschreiten und daran soll sich eine Erholungsdauer von 30 Minuten anschließen (vgl. A.XII.). Dies bedeutet eine weitere Unterbrechung des Arbeitsbetriebes. Hält sich der Arbeitgeber nicht an diese Empfehlung, ist er in der Haftung. Das Gleiche gilt auch für Schulleiter nach **§ 21 Abs. 2 SGB VII. Jeder Schulleiter, der diese Empfehlung des DGUV missachtet, kann haftbar gemacht werden**.

Die **besondere Dringlichkeit** nach Art. 26 Abs. 2 S. 2 VfGHG betreffend der Masken ergibt sich aus den **bereits im Juli 2020 eingetretenen psychosozialen Folgen** wie stark reduzierte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund von aversionsbedingtem

MNS-Vermeidungsbestreben, sozialen Rückzug, herabgesetzte gesundheitliche Selbstfürsorge (bis hin zur Vermeidung von Arztterminen) oder die Verstärkung vorbestandener gesundheitlicher Probleme (posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne). Ferner ergibt sich die **besondere Dringlichkeit** auch aufgrund der **drohenden Gesundheitsschäden aufgrund der verstärkten Rückatmung von Kohlendioxid** und des **signifikanten Anstiegs von CO₂** im Blut.

IV. Keine mündliche Verhandlung nach Art. 55 Abs. 3 VfGHG

Nach Art. 55 Abs. 3 VfGHG kann der Verfassungsgerichtshof von einer mündlichen Verhandlung absehen, wenn er eine solche nach der Sach- und Rechtslage nicht für geboten erhält.

Die Sachlage ist klar und in jeder Weise durch entsprechende Studien oder Dissertationen vom Popularkläger belegt worden. Es wurden in der Klage fast ausschließlich Grafiken des RKI verwendet, die öffentlich zugänglich sind. Soweit es sich um selbst erstellte Grafiken handelt, wurden immer die Daten des RKI zugrunde gelegt.

Lediglich hinsichtlich der Aussagekraft des PCR-Tests wurde vom Antragsteller die Einholung eines Sachverständigengutachtens angeboten. Jedoch ist der Antragsteller der Ansicht, dass es einer Einholung eines Sachverständigengutachtens nicht mehr bedarf. Der Corona- Ausschuss hat in öffentlichen Sitzungen zu dieser Thematik vier Wissenschaftler befragt.

Diese vier Wissenschaftler mit der entsprechenden Sachkunde gaben übereinstimmend an, dass der **PCR-Test eine Infektion nicht nachweist**. Zuletzt gab auch der **Berliner Senat** an, dass der PCR-Test eine Infektion nicht nachweist (siehe unter A. IV. und B. II. 3.2.).

Auf die rechtlichen Ausführungen unter B. II. wird verwiesen.

Da die Sach- und Rechtslage klar ist, bedarf es nach Ansicht de Popularkläger keiner mündlichen Verhandlung.

V. Kosten

Nach Art. 27 Abs. 1 S. 1 VfGHG ist das Verfahren des Verfassungsgerichtshofs kostenfrei. Gemäß Art. 27 Abs. 1 S. 3 VfGHG kann der Verfassungsgerichtshof dem Beschwerdeführer aufgeben, einen entsprechenden Vorschuss zu leisten. Hiervon bitte ich abzusehen. Da eine weitere Glaubhaftmachungsaufnahme nicht erforderlich ist, erscheint auch die Leistung eines entsprechenden Kostenvorschusses nicht angezeigt.

Sollte allerdings der Verfassungsgerichtshof einen Kostenvorschuss für angezeigt halten, wird dieser vom Popularkläger erbracht werden.

Bei Nichtigkeit der 8. BayIfSMV sind nach Art. 27 Abs. 3 VfGHG dem Antragsteller oder Beschwerdeführer die notwendigen Auslagen zu erstatten.

Helmut P. Krause
Rechtsanwalt