



Rechtsanwaltskanzlei
Dr. Fuellmich

Dr. Fuellmich · Senderstrasse 37 · 37077 Göttingen

Verwaltungsgericht Mainz
Ernst-Ludwig-Straße 9,
55116 Mainz

per beA

Ihr Zeichen

Unser Zeichen (stets angeben)
C 102/20 nw/rf

Datum
24.11.2020

In dem Verwaltungsrechtsstreit und dem Aussetzungsverfahren
des

Tobias Fink, Queichstrasse 11 in 76855 Annweiler am Triefels

Kläger und Antragsteller,

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Dr. Fuellmich & Associates, Sen-
derstrasse 37 in 37077 Göttingen

g e g e n

das Land Rheinland-Pfalz, das Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Demographie des Landes Rheinland Pfalz als oberste Gesundheitsbe-
hörde, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz

Beklagter und Antragsgegner,

wegen Gültigkeit der 12. CoBeLVO vom 30.10.2020, vorläufiger Streitwert:
15.000 Euro,

Rechtsanwalt
Dr. Reiner Fuellmich
LL.M. (UCLA) · attorney at law

Vertretungsberechtigt bei al-
len Gerichten des US-Bundes-
staates Kalifornien

Senderstraße 37
37077 Göttingen
Tel.: +49 (0) 551-20 91 20
Fax: +49 (0) 551-20 91 2144
E-Mail: info@fuellmich.com
www.fuellmich.com

Termine nur nach vorheriger
Vereinbarung

Bankverbindung:

EthikBank und Volksbank
NEUE SEPA-ÜBERWEISUNG
BIC: GENODEF1ETK
IBAN: DE33 8309 4495
0003 4362 17

Steuernummer: 20/113/07370

zeigen wir die rechtliche Vertretung des Antragstellers an und beantragen in deren Namen und Vollmacht für Recht zu erkennen:

Es wird festgestellt, dass die oben genannte Verordnung des Antragsgegners hinsichtlich der darin enthaltenen Regelungen aus § 7 Abs. 1 Nr. 1 keine Anwendung für den Antragsteller findet.

Zugleich wird im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes beantragt, dass es der Antragsgegner zu unterlassen hat, aufgrund der angegriffenen Normen der Rechtsverordnung gegen den Antragsteller Verwaltungsakte zu erlassen und hieraus zu vollstrecken.

Begründung

Der Antragsteller betreibt auf dem Gebiet des Antragsgegners eine Gaststätte mit dem Namen s`Reiwerle unter der Adresse Am Flitschberg 7, 76855 Annweiler am Triefels und eine Herberge unter der Adresse Queichstrasse 11, 76855 Annweiler am Triefels

Beweis: Gewerbeanzeige, in Kopie anbei als **Anlage Ast. 1**

Auch hat der Antragsteller seinen Wohnsitz auf dem Gebiet Antragsgegners.

Er wehrt sich mit dieser Klage gegen das Beherbergungsverbot und das Verbot, sein Restaurant zu betreiben, weil es für beides sowohl an einer ausreichenden Rechtsgrundlage, vor allem aber auch an einer ausreichenden Tatsachengrundlage fehlt. Insbesondere sagen die PCR Tests als einzige tatsächliche Grundlage für die Annahme von Infektionen absolut nichts über Infektionen aus, wie nicht nur der Erfinder des PCR Tests, der Nobelpreisträger Kary Mullis und eine Vielzahl von namhaften internationalen Wissenschaftlern öffentlich und in Sachverständigengutachten erklärt haben, sondern inzwischen auch ein portugiesisches Berufungsgericht festgestellt hat. Details hierzu finden sich in einer soeben beim LG Berlin eingereichten Klageschrift, welche als äußerungsrechtliche Klage der Behauptung eines sogenannten „Faktencheckers“ entgegentritt, daß eine Person, welche behauptet, PCR Tests seien nicht geeignet, Infektionen nachzuweisen, „lüge“.

Beweis: Klageschrift für das LG Berlin Wodarg v. „Volksverpetzer“ u.a. vom 23.11.20 als **Anlage Ast. 2**

A. Begründung

I. Zulässigkeit

Der Antrag ist gem. § 43 Abs. 1 VwGO zulässig. Das Land Rheinland-Pfalz hat zwar von § 47 Abs. 1 Nr. 2 VwGO Gebrauch gemacht hat. Jedoch liegt mit der angegriffenen

Verordnung eine im Range unterhalb eines Landesgesetzes stehende Rechtsvorschrift (Rechtsverordnung), welche der Beklagte in seiner Eigenschaft als Verfassungsorgan im Sinne des Art. 130 Abs. 1 VerfassungRP erlassen hat. Gemäß § 4 Abs. 1 S.1,2 AGVwGO-RP ist das OVG daher nicht in erster Instanz i.S.d. § 47 VwGO (Normenkontrolle) zuständig.

Die Feststellungsklage unterliegt keiner festgelegten Frist, die aber hier in jedem Fall gewahrt ist.

Der Antragsteller ist auch antragsbefugt, weil sie Verletzungen ihrer Rechte aus Art. 2 Abs. 2 S.1, Art. 6, 12 Abs. 1 GG sowie ihrem Recht auf informationelle Selbstbestimmung geltend machen kann.

II. Begründetheit

Der Antrag ist auch begründet, weil sich die Rechtsverordnung im Rahmen der angegriffenen Punkte als rechtswidrig erweist und den Antragsteller dadurch in seinen subjektiven Rechten verletzt wird.

1. Wegfall der Ermächtigungsgrundlage durch § 28a IfSG

Die Ermächtigungsgrundlage für die angefochtenen Maßnahmen ist durch das Inkrafttreten des § 28a IfSG weggefallen. Denn die Berechtigung, Betriebe zu schließen, ist nach dieser Vorschrift an eine bestimmte Anzahl von „Neuinfektionen“ geknüpft. Es werden also „Infektionen“ benötigt, und diese müssen außerdem „neu“ sein.

a) Keine „Infektionen“

§ 2 Nr. 2 IfSG definiert die Infektion als „die Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus“. Unter einem Krankheitserreger versteht § 2 Nr. 1 IfSG „ein vermehrungsfähiges Agens (Virus, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen eine Infektion oder übertragbare Krankheit verursachen kann“. Legt man diese Legaldefinitionen zugrunde und subsumiert man die vom Robert-Koch-Institut kommunizierten Zahlen darunter, so ergibt sich gegenwärtig bundesweit ein 7-Tages-Inzidenzwert von NULL. Denn weder werden im Rechtssinne „Infektionen“ mitgeteilt, noch ist gewährleistet, dass das, was kommuniziert, „neu“ ist:

(1) Kein Nachweis eines vermehrungsfähigen Agens durch PCR-Test

Das Robert-Koch-Institut schreibt im Epidemiologischen Bulletin Nr. 39/2020 auf Seite 5, rechte Spalte unten die folgenden bemerkenswerten Sätze:

„Im Gegensatz zu replikationsfähigem Virus ist die RNA von SARS-CoV-2 bei vielen Patienten noch Wochen nach Symptombeginn mittels PCR-Untersuchung nachweisbar. Dass diese positiven PCR-Ergebnisse bei genesenen Patienten nicht mit Ansteckungsfähigkeit gleichzusetzen ist, wurde in mehreren Analysen gezeigt, bei denen

parallel zur PCR-Untersuchung eine Anzucht von SARS-CoV-2 in der Zellkultur durchgeführt wurde.“

Und auch der Berliner Senat musste auf die Anfrage des Abgeordneten *Marcel Luthe* einräumen, dass ein PCR Test nicht in der Lage ist, vermehrungsfähige von nicht vermehrungsfähigen Viren zu unterscheiden (Drucksache des Berliner Abgeordnetenhauses Nr. 18/25 212).

Dass noch Wochen nach überstandener Infektion das Erbgut von SARS CoV-2 nachweisbar ist, entspricht auch der aktuellen Studienlage (siehe etwa *Muge Cevik/Antonia Ho* et al., Preprint auf medrxiv.org vom 28.7.2020, zuletzt abgerufen am 18.8.2020 um 15.52 Uhr unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.25.20162107v2>; *Tom Jefferson/Carl Heneghan* et al. auf medrxiv.org vom 29.9.2020, zuletzt abgerufen am 26.10.2020 um 2.09 Uhr unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.04.20167932v4.full.pdf>).

Zudem äußerte *Christian Drosten* noch 2014 folgende Bedenken gegen die PCR-basierte Diagnostik (*Christian Drosten* in einem von *Susanne Kutter* geführten Interview in der Wirtschaftswoche vom 16.5.2014, zuletzt abgerufen am 5.10.2020 um 2.58 Uhr unter <https://www.wiwo.de/technologie/forschung/virologe-drosten-im-gespraech-2014-der-koerper-wirdstaendig-von-viren-angegriffen/9903228.html>):

„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.“

Wenn überhaupt etwas für das IfSG Relevantes mittels eines PCR-Tests nachgewiesen werden kann, dann allenfalls ein Ansteckungsverdacht. Und selbst dies würde erfordern, dass die Labordaten offengelegt werden und eine Interpretation des Testergebnisses in diesem Sinne zulassen. Zweifel daran ergeben sich schon dadurch, dass die Labore den Gesundheitsämtern und dem Robert-Koch-Institut nicht einmal die Anzahl der durchgeführten Vervielfältigungszyklen (sog. Ct-Wert) mitteilen. Aber wie dem auch sei: Ein bloßer Ansteckungsverdacht reicht nach dem Gesetz nicht aus, um die Behörden zu kollektiven Freiheitsbeschränkungen zu ermächtigen.

(2) Keine „neuen“ Infektionen bei Proben-Rückstau und Mehrfachtestungen

Und selbst wenn es sich um „Infektionen“ handeln würde, wäre nicht gewährleistet, dass sie auch wirklich „neu“ sind. Dazu müsste man erst einmal alle Mehrfachtestungen herausrechnen. Und außerdem hat das RKI im Epidemiologischen Bulletin Nr. 45 zugegeben, dass sich in den Laboren noch Zigtausende (100.000) Proben befinden, die noch nicht ausgewertet sind und die sich über Wochen angestaut haben. Selbst wenn die Auswertung jetzt nachgeholt würde, wären die Testergebnisse für die Feststellung des Inzidenzwerts

nicht mehr verwertbar. Denn die „Infektionen“, die sie nachweisen sollen, sind schon Wochen alt und bilden das aktuelle Infektionsgeschehen nicht ab.

Aktuell vermag das Robert-Koch-Institut nach alledem gegenwärtig keine einzige Neuinfektion zu vermelden. Allenfalls könnte man die spärliche Anzahl von neu gemeldeten Fällen aus dem Sentinel heranziehen. Diese sind aber nicht einmal regionalspezifisch differenziert.

b) Das Problem aufaddierter Fallzahlen – zunehmend verzerrtes Abbild des Infektionsgeschehens

PCR-Tests sind, wie soeben gesehen, nicht in der Lage, zwischen aktiven und überstandenen Infektionen zu unterscheiden. Dieser Befund spielt für die Würdigung der offiziell kommunizierten „Fallzahlen“ gerade in den Herbst- und Wintermonaten eine ganz erhebliche Rolle. Denn wenn sich die Atemwegserreger – und darunter auch SARS CoV-2 - saisonbedingt wieder stärker ausbreiten, werden viele Menschen von SARS CoV-2 befallen werden. Die meisten werden davon nichts merken, weil das Virus – in den Worten von Christian Drosten – über die Schleimhaut huscht, aber eben nicht in die Körperzellen eindringt. Dann ist der betroffene Mensch kontaminiert, aber eben nicht im Sinne der Legaldefinition des § 2 IfSG infiziert. Bei vielen anderen wird das Virus zwar in die Körperzellen eindringen, aber vom Immunsystem bewältigt werden. Gerät ein Mensch nach überstandener Infektion in die Fänge der unermüdlichen Massentester, so wird er positiv getestet und als „Neuinfizierter“ gelistet werden, obwohl er die Infektion längst überstanden hat und von ihm keine Ansteckungsgefahr mehr ausgeht. Die Zahl der so ermittelten „Neuinfizierten“ wird im gleichen Maße steigen wie die Zahl jener, die eine Infektion mit SARS CoV-2 überstanden haben. Damit werden massenhaft COVID-19-Fälle gemeldet werden, die schlicht keine mehr sind oder die nie welche waren – um auf diese Weise ein Zerrbild vom COVID-19-Infektionsgeschehen zu zeichnen, das Narrativ von der exponentiellen Ansteckungsgefahr zu nähren und auf dieser Grundlage weitere Einschränkungen der Grundrechte zu rechtfertigen. Eine solche eindeutig unwissenschaftliche Abbildung des Infektionsgeschehens dürfen die Gerichte nicht hinnehmen.

c) Dramatischer Abbau von Intensivbetten

Wie wenig gerechtfertigt die aktuellen Corona-Maßnahmen – auch die hier angegriffenen – sind, zeigt sich ganz besonders deutlich in der Art und Weise, wie Deutschland seit Monaten mit seinen – angeblich jederzeit von der Überlastung bedrohten – intensivmedizinischen Kapazitäten umgeht. Die Entwicklung lässt sich gut nachverfolgen, weil das DIVI Intensivregister die Auslastung jener Kapazitäten täglich berichtet. Gab es in Deutschland am 21.7.2020 laut DIVI-Intensivbettenregister noch insgesamt über 32.000 Intensivbetten (<https://www.divi.de/divi-intensivregister-tagesreport-archiv/divi-intensivregister-tagesreport-2020-07-21/viewdocument/4159>), so waren es am 21.11.2020 nur noch knapp 28.000 (https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/divi-intensivregister-tagesreports/DIVI-Intensivregister_Tagesreport_2020_11_21.pdf). Deutschland hatte es also fertiggebracht, binnen vier Monaten mehr als ein Achtel seiner intensivmedizinischen Kapazitäten abzubauen. Und das im Angesicht einer zu erwartenden steigenden Prävalenz nicht nur von COVID-19, sondern von sämtlichen Atemwegserkrankungen in den kalten Jahreszeiten! Die Bundesregierung und die Landesregierungen glauben also selbst nicht an eine drohende Überlastung der Gesundheitssysteme. Das Infektionsschutzgesetz

dient aber ausschließlich diesem Überlastungsschutz. Die individuelle Verantwortung, sich keinen gefährlichen Krankheitserreger einzufangen, trägt demgegenüber der einzelne Mensch selbst. Der Staat überfordert sich selbst, wenn er diesen Schutz anstelle des Individuums zu übernehmen sucht.

Und wenn die Massentestungen bei Ärzten und Pflegekräften in den Kliniken so weitergeht, werden zunehmend auch unter diesen Personengruppen positive Testfälle auftreten. Ärzte und Pflegekräfte fallen dann, selbst wenn sie trotz des positiven Tests kerngesund sind (weil es eine symptomlose COVID-19-Erkrankung eben nicht gibt!), für ihren dringend benötigten Einsatz in den Kliniken aus, weil sie nämlich stattdessen häusliche Quarantäne über sich ergehen lassen müssen. Die nationale Teststrategie des Robert-Koch-Instituts ist förmlich darauf angelegt, eine Überlastung des Klinikpersonals zu provozieren, die dann von den Politikern als angebliche Rechtfertigung für weitere Freiheitsbeschränkungen herangezogen wird.

Es ist wichtig, dass die erkennende Kammer sich diese Zusammenhänge vor Augen führt. Die gesamte Strategie der Bundesregierung und sämtlicher Landesregierungen ist nicht etwa darauf gerichtet, die Maßnahmen irgendwann nach hoffentlich überstandener Krise aufzuheben, sondern im Gegenteil darauf, jene Maßnahmen zu verstetigen. Eine Regierung, die mit dem Ziel antritt, ihr Volk mit Besonnenheit durch die Krise zu führen, würde niemals so handeln, wie es die Bundesregierung und die Landesregierungen tun. *Es geht bei den Corona-Maßnahmen ganz offensichtlich bereits im Ansatz überhaupt nicht darum, irgendwen vor Infektionskrankheiten zu schützen.*

2. Rechtswidrigkeit der Verordnung aufgrund fehlender Geeignetheit und Erforderlichkeit

Die Rechtsverordnung erweist sich im Rahmen aller angegriffener Regelungen als Rechtswidrig, weil sie im Rahmen der eingegriffenen Grundrechte weder geeignet noch erforderlich ist, den an sich legitimen Zweck (Schutz des Gesundheitssystems vor Überlastung durch Infektionskrankheiten) zu fördern.

a. Fehlen jeglicher wissenschaftlicher Evidenz für die Relevanz der Inzidenzzahl

Die zu Grunde gelegten Inzidenzzahlen erweisen sich schon als vollkommen ungeeignetes Kriterium für die Beurteilung konkreter Gefahren.

Der Inzidenzwert wird immer bestimmt auf „pro 100.000 Einwohner“, unabhängig davon, wie viele Einwohner eine Ortschaft, eine Gemeinde oder ein Landkreis tatsächlich hat. Eine Inzidenz, die erst auf 100.000 hochgerechnet werden muss, weil so viele Menschen an einem bestimmten Ort überhaupt nicht existieren, erfüllt die Definition eines Abstraktums: Der Zahl der tatsächlich existierenden „Infektionen“ (unterstellt an dieser Stelle, es handele sich hier um solche) wird durch die statistische Ermittlung der Inzidenz eine Zahl von Infizierten hinzuaddiert, die überhaupt nicht existieren. Wenn also in einem Ort 50.000 Menschen leben und 25 Personen „infiziert“ sind, dann liegt ein Inzidenzwert von 50 vor, obwohl es keine 50, sondern tatsächlich nur 25 „Infizierte“ gibt.

Gefährlich sind jedoch nur tatsächlich kranke Menschen. Statistische Zahlen auf einem Blatt Papier können weder andere Menschen infizieren noch Intensivbetten im Krankenhaus belegen.

Darüber hinaus besteht auch keinerlei wissenschaftliche Evidenz für die Maßgeblichkeit der zugrundeliegenden Inzidenzzahlen.

So hat der Behördenleiter des Gesundheitsamts Aichach-Friedberg im Freistaat Bayern, Dr. Friedrich Pürner, ein erfahrener Epidemiologe, erst kürzlich ausgeführt (<https://www.merkur.de/bayern/coronavirus-bayern-soeder-gesundheitsamt-chef-maskepflicht-friedrich-puerner-kritik-zr-13922061.html>) :

[Auf die Frage der Sinnhaftigkeit des sog. Ampelsystems]:

„Diese Strategie ist nicht richtig. Die Inzidenzen 35 und 50 pro 100.000 Einwohner sind willkürlich gewählt, außerdem besteht der Inzidenzwert nur aus allen Positiv-Getesteten. Man weiß nicht, wie viele Personen Symptome haben und damit krank sind.“

Ähnlich führte Prof. Dr. Oliver Lepsius, Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht und Verfassungstheorie an der Universität Münster, kürzlich in einem Fernsehinterview im WDR aus (<https://www.youtube.com/watch?v=RMDUOnffAos>):

„Im Hinblick auf den Lockdown März-April würden wir heute sagen müssen: ‚Der ist in dieser Form verfassungswidrig gewesen.‘, jedenfalls in weiten Teilen, (...) weil unverhältnismäßig gehandelt wurde. Es sind zahlreiche Maßnahmen ergangen, die nicht gerechtfertigt werden können.

(...) Es wird keinen neuen Lockdown geben, der in der Form, wie wir ihn erlebt haben, heute rechtswidrig.

(...) Wir reden ja immer über diesen Schwellenwert von 50, jetzt. Das ist der ganz entscheidende Wert jetzt in der aktuellen politischen Debatte. Das ist ein politischer Kompromiss gewesen aus den – ich glaube, es war der sechste Mai – eine Schalte des Kanzleramts mit den Regierungschefs. Das ist eine politische, kompromisshafte Zahl. Die ist damals, sozusagen, ja, auch gefunden worden. Fünfzig, das brauchen sie jetzt auch nicht irgendwie begründen, ja? 10, 50, 100, das hat so eine Evidenzrationalität. Aber es steckt natürlich keine medizinische Rationalität dahinter. Es steht keine Rationalität der Kapazität. Es ist ja nicht so, dass bei 50 die Kapazität erschöpft wäre der Krankenhäuser oder der Gesundheitsämter. (...) Das heißt: Die Gerichte würden jetzt sich doch gar nicht zufriedengeben mit einer Maßnahme, die sich darauf stützt, dass ein Schwellenwert von 50 übertroffen wird. Der Schwellenwert von 50 muss angepasst werden.

(...)

Das Risiko, dass eine Infektion für Gesundheitssystem und für die Gesundheitsämter ausmacht, natürlich anders quantifizieren. Deswegen ist dieser Wert von 50 hin-fällig und muss dringend angepasst werden.“

Ähnlich führt der führende Risikoforscher (Direktor am Harding-Zentrum für Risikokompetenz am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und Direktor em. am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung) und Psychologe, Gerd Gigerenzer, jüngst in einem Focus-Artikel aus (https://www.focus.de/gesundheit/coronavirus/gerd-gigerenzer-im-gespraech-gigerenzer_id_12540625.html) :

„Es kommt immer darauf an, wie von diesen Zahlen berichtet wird, wie sie eingeordnet und in Bezug gesetzt werden. Während der ersten Monate der Pandemie hat man die Menschen vielleicht zu sehr mit Zahlen beworfen, ohne ihnen zu erklären, wie sich diese überhaupt zueinander verhalten, wie sie also zu interpretieren sind.

(...)

Ein Beispiel: Im April hatten wir in Deutschland eine Letalitätsrate von 2,8 Prozent bei Covid-19, in den USA lag diese zur gleichen Zeit bei 4,5 Prozent. Um diese Zahlen wirklich zu verstehen, muss man aber auch berücksichtigen, wie viele Tests pro 1000 Einwohner durchgeführt wurden, und in Deutschland hat man damals mit 20 Tests pro 1000 Einwohner im Vergleich zur USA mit nur 8 pro 1000 schon sehr gut getestet.

Dabei konnte man sehr früh schon sehen, dass die Letalitätsrate abhängt von der Anzahl der durchgeführten Tests. In Island etwa wurde mit 100 Tests pro 1000 Einwohner wirklich umfangreich getestet. Gleichzeitig hatte Island die kleinste Letalitätsrate, warum? Ein wesentlicher Grund: Wer wenig testet, der testet meist nur die schweren Fälle. Wird viel getestet, kommen auch die Menschen mit milden Symptomen dran. Und dann ist die Anzahl derjenigen, die an Corona sterben, entsprechend geringer.

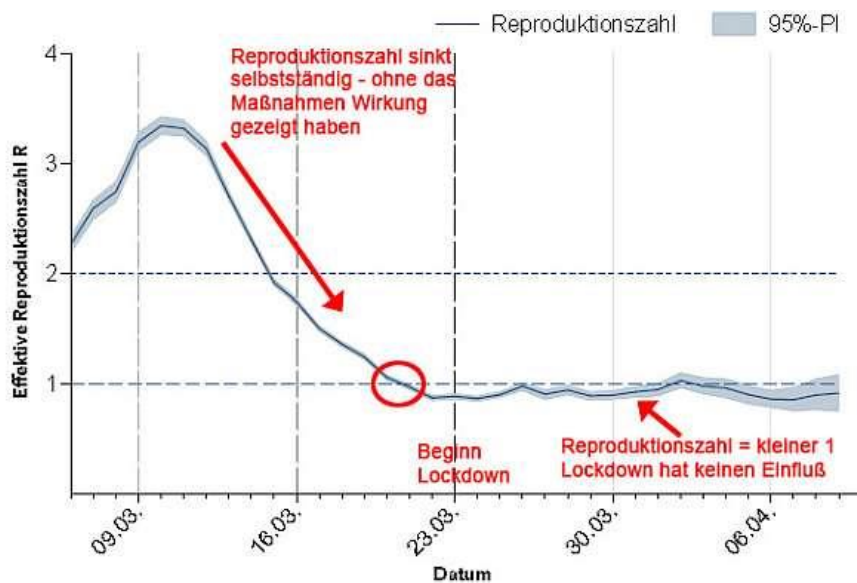
Das ist nur ein Beispiel, das eben zeigt, dass Zahlen immer zueinander in Bezug gesetzt werden müssen. Inzwischen ist der Umgang mit Statistiken besser geworden, wenngleich in den Medien und vor allem in den sozialen Netzwerken oft immer noch nicht die Zahlen in Bezug gestellt werden.“

Wenn Inzidenzzahlen lediglich statistische Werte darstellen, die aber nichts über tatsächliche Erkrankungen aussagen (denn nur erkrankte Personen können das Gesundheitssystem überlasten), können keine Anhaltspunkte für konkrete Gefahren darstellen. Das Gesundheitssystem kann von Infizierten, die es gar nicht gibt, auch nicht überlastet werden.

Die Regierung hatte seit dem ersten Lockdown ein halbes Jahr Zeit, die Effektivität der Maßnahmen zu erforschen. Das hat sie aber nachweislich nicht getan, sondern geht ohne jegliche wissenschaftliche Evidenz von deren Effektivität aus. Dass die Regierung des Landes Rheinland Pfalz hier, wie die gesamte Exekutive, mehr als nur Anlass dazu gehabt hätte, die Effektivität zu hinterfragen, das ist im Grunde seit Beginn der Corona-Pandemie zu attestieren.

So hat der Wirtschaftsmathematiker Prof. Dr. Stefan Homburg bereits zu Beginn, nämlich am 28.4.2020 in einem Interview klar herausgestellt, dass die Lockdownmaßnahmen zu einem Zeitpunkt veranlasst worden sind, zu dem die sog. Infektionszahlen schon wieder rückläufig gewesen sind und es daher nicht einmal Korrelation geben kann.

(<https://www.presse.online/2020/04/28/prof-dr-stefan-homburg-lockdown-voellig-unnoetig/>).



(siehe dazu sein Diskussionspapier „Effectiveness of Corona Lockdowns: Evidence for a Number of Countries“, http://diskussionspapiere.wiwi.uni-hannover.de/pdf_bib/dp-671.pdf). Zu einem identischen und noch ausführlicher begründeten Ergebnis kam Dr. Thomas Meunier vom Enseneda Center for Scientific Research and Higher Education in Kalifornien (Meunier, Full lockdown policies in Western Europe countries have no evident impacts on COVID-19 epidemic.

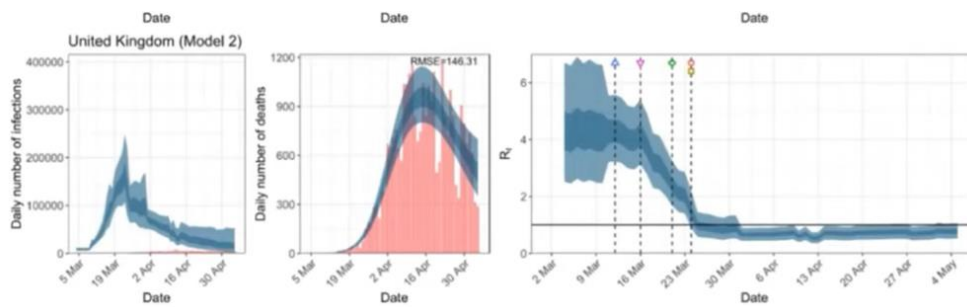
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.24.20078717v1>

Auch Prof. John Ioannidis von der Stanford University hat bereits mehr als deutlich aufzeigen können, dass Lockdownmaßnahmen vollkommen ineffektiv sind, er wird eben nur beharrlich ignoriert:

(<https://www.youtube.com/watch?v=rXuljplY-nk&feature=youtu.be>)

„Let’s take a look at model two, that is at the lower tier, and again, this is exactly the same data, and what I’m showing you in this one is that actually lockdown had absolutely no benefit. You can see that the point lockdown is introduced, the r_t is already pretty much in the range of one, so you don’t need to get it any lower than that.

Who did that second model? Well, that second model is by the... imperial college team, but actually they decided not to publish that model with the European countries’ data, they decided to run this model with the data from the United States. But what we did: We run model two, which can be run in any country..., in the European data. (...) Model two shows absolutely no benefit.“

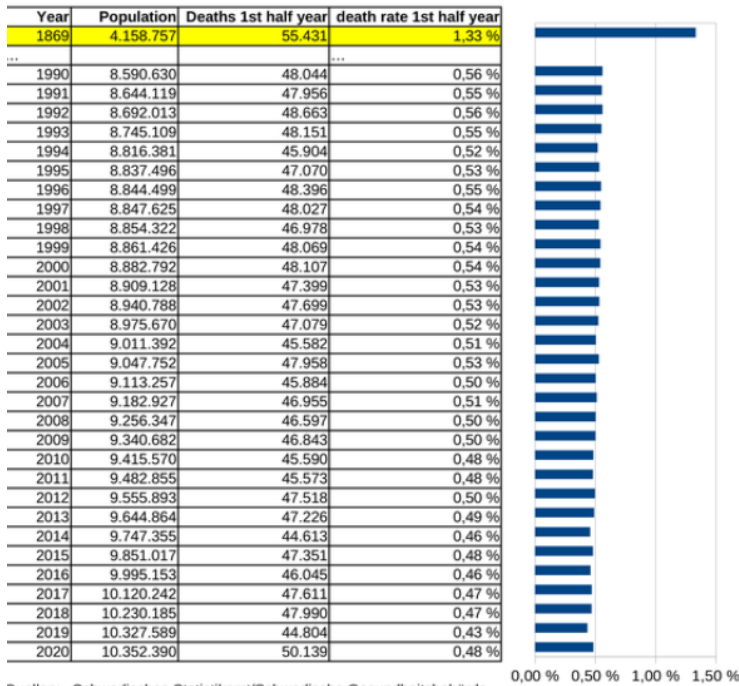
(a) Daily infections, daily deaths and R_t until May 5th.

Die Kritik, die dem gegenüber geäußert wurde, es habe ja schon zuvor freiwillige Maßnahmen gegeben, erklärt zum einen nicht, warum dann ein Lockdown überhaupt notwendig gewesen ist und zum anderen hat sich diese Kritik überholt. Denn der Anstieg der aktuellen „Infektionszahlen“ ließe sich dann ja nur damit erklären, dass die gesamte Bevölkerung insgesamt in Deutschland und gerade im Land Rheinland Pfalz die Maßnahmen alle vollkommen ignoriert hat, wofür es überhaupt keinerlei Anhaltspunkte gibt. Insbesondere gehen die Maßnahmen aus der Verordnung hier ja auch noch weit über dasjenige des ersten „Lockdowns“ hinaus. Auch hier bleibt jede Erklärung dafür schuldig, warum es härtere Maßnahmen bedarf, wenn weniger harte Maßnahmen im Frühjahr bereits Erfolg gebracht haben sollen. Diesen Widerspruch vermag kein Teil der Exekutive rational zu erklären.

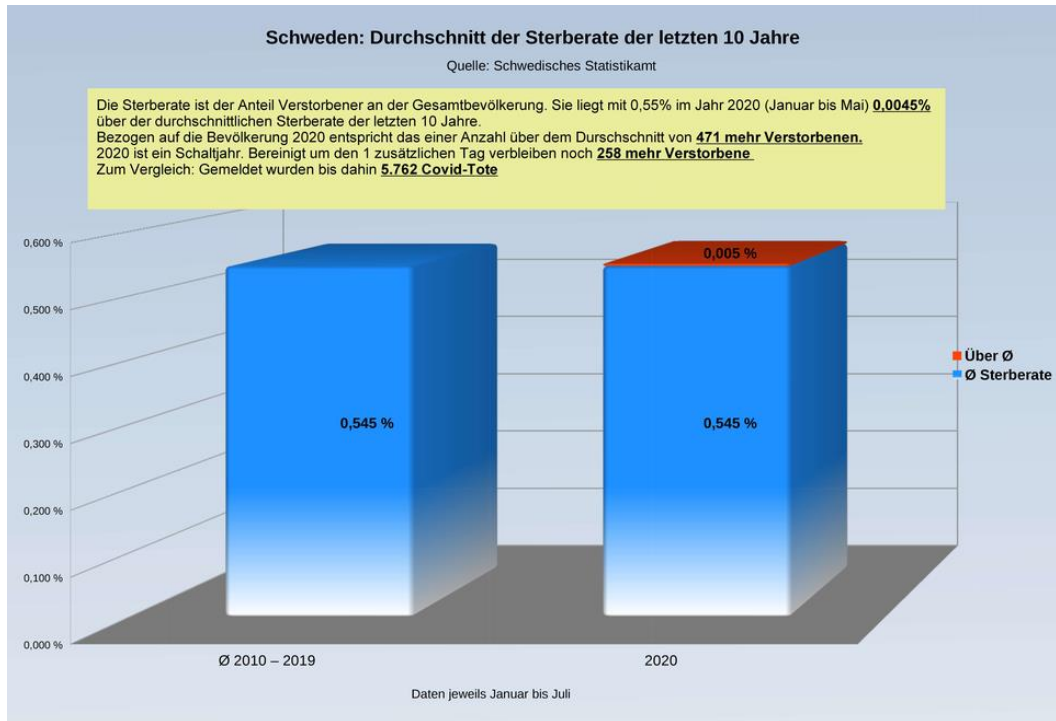
In jedem Fall hätte hier, entsprechend der Rechtsprechung des BVerwG (Urt. v. 22.3.2012, 3 C 16.11) Initiative entwickelt werden müssen, die Effektivität der Maßnahmen zu erforschen. Auch hier muss sich das Land darauf verweisen lassen, man habe danebengestanden und tatenlos zugesehen, wie von der zweiten Welle geredet wurde, ohne etwas zu unternehmen. In jedem Fall muss der Widerspruch aufgelöst werden, warum trotz aller Bemühungen die Infektionszahlen geradezu explodieren und, obwohl die Maßnahmen zuvor alle eingehalten worden sind, die Prognose begründet wird, eine Verschärfung der Maßnahmen könne auch nur irgendetwas bringen. Es spricht hier deutlich mehr dafür als dagegen, dass alle bisher ergriffenen Maßnahmen vollkommen wirkungslos sind.

Dies wird auch sehr schnell deutlich, betrachtet man die Entwicklungen in anderen Ländern. Wenn man sich an den „Extremen“ orientiert, kann man das zweifelsfrei erkennen – Schweden und Argentinien.

Es dürfte allgemeinkundig sein, dass Schweden mit seinem (wohl nur von Deutschen sogenannten Leitmedien überheblich als solchem bezeichneten) „Sonderweg“ mit sehr wenigen Maßnahmen und keinen Lockdowns die Situation vollkommen anders gehandhabt hat. Dennoch produziert Schweden trotz stetiger Ermahnung durch die Deutschen sogenannten Leitmedien bisher beharrlich, keine Übersterblichkeit:



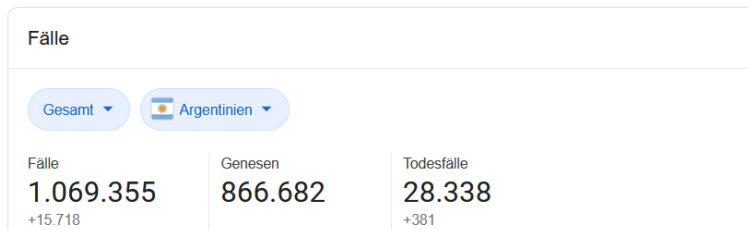
Quellen: Schwedisches Statistikamt/Schwedische Gesundheitsbehörde
Todeszahl 1. Hj. 1869 aus Spiegelartikel u. Pressemitteilung



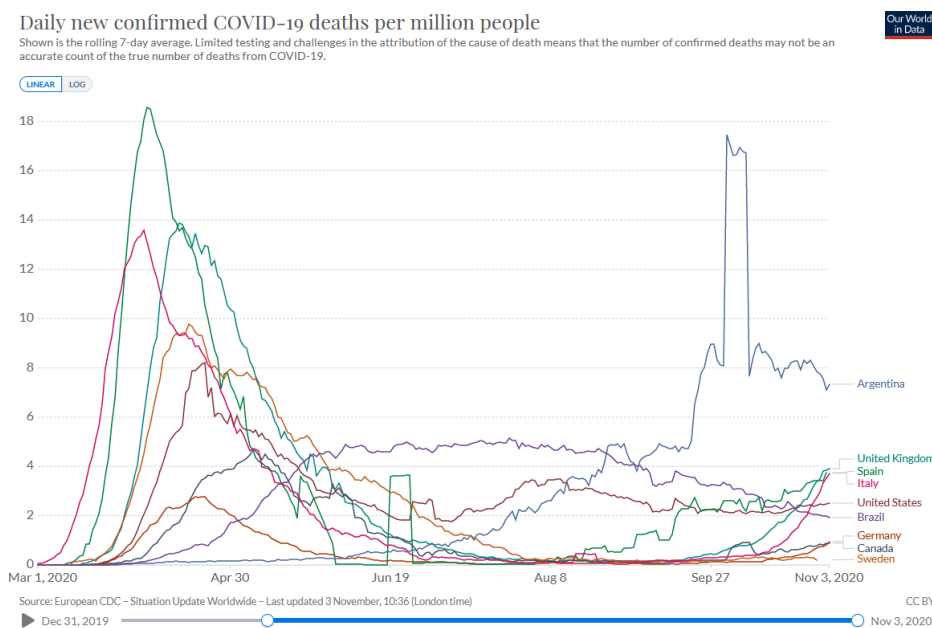
Der südamerikanische Staat Argentinien hingegen, hat von allen wesentlichen Staaten seit sechs Monaten eines der härtesten Lockdown-Regime, mit weitreichenden Betriebs-schließungen und totalen Ausgangssperren.

<https://www.daz-augsburg.de/sechs-monate-lockdown-in-argentinien-augsburger-studentin-sitzt-in-buenos-aires-fest-und-berichtet-ueber-die-folgen/>

Dennoch verzeichnet das Land eine verhältnismäßig hohe Zahl an Todesfällen:



Betrachtet man nun aber die positiven Testergebnisse, so wird man feststellen, dass es dabei eigentlich keinen wirklich zu bezeichnenden Zusammenhang gibt. Deutschland mit seinen durchaus schweren Maßnahmen liegt genau dort, wo das liberale Schweden sich bewegt, keines der Länder produziert eine Übersterblichkeit, während das unter geradezu drakonischem Lockdown stehende Argentinien mit seinen Fallzahlen geradezu explodiert:



Alle Daten basieren dabei auf den offiziellen Zahlen der jeweiligen obersten Gesundheitsbehörden. Man sieht hier, dass Argentinien mit seinen drakonischen

Lockdownmaßnahmen auch im internationalen Vergleich katastrophal abschneidet (einmal unterstellt, es handelt sich tatsächlich um Covid-19-Tote). Selbst die angeblich so unfassbar gebeutelten Italiener (Stichwort: Bilder aus Bergamo) und die angeblich sich in den Straßen von New York stapelnden toten US-Amerikaner lassen sich anhand der offiziellen Zahlen als Horrormärchen enttarnen; der Unterzeichner kann dies aus eigener Anschauung bestätigen, er hielt sich von Anfang Februar 2020 bis Ende Mai 2020 in den USA auf.

Allerdings ist auch in den USA zweierlei zu beobachten: Erstens gibt es dort offenbar keine zweite Welle, wenn man sich die Zahlen des CDC anschaut:

Week ending date in which the death occurred	All Deaths involving COVID-19 (U07.1) ¹	Deaths from All Causes	Percent of Expected Deaths ²	Deaths involving Pneumonia, with or without COVID-19, excluding Influenza deaths (J12.0-J18.9) ³	Deaths involving COVID-19 and Pneumonia, excluding Influenza (U07.1 and J12.0-J18.9) ³	All Deaths involving Influenza, with or without COVID-19 or Pneumonia (J09-J11), includes COVID-19 or Pneumonia ⁴	Deaths involving Pneumonia, Influenza, or COVID-19 (U07.1 or J09-J18.9) ⁵
Total Deaths	216,459	2,375,839	111	221,927	98,472	6,760	345,664
8/15/2020	7,100	62,656	124	6,409	3,624	5	9,887
8/22/2020	6,191	61,110	121	5,829	3,138	12	8,891
8/29/2020	5,473	58,980	116	5,334	2,777	11	8,036
9/5/2020	4,697	57,527	112	4,936	2,368	9	7,270
9/12/2020	4,265	56,453	109	4,659	2,146	7	6,783
9/19/2020	3,844	55,898	108	4,367	1,853	5	6,363
9/26/2020	3,825	56,258	108	4,510	1,891	3	6,446
10/3/2020	3,611	54,054	103	4,218	1,715	7	6,121
10/10/2020	3,915	53,535	102	4,323	1,926	11	6,321
10/17/2020	3,543	47,700	89	3,859	1,702	12	5,707
10/24/2020	2,152	35,697	66	2,583	957	6	3,783
10/31/2020	271	10,896	20	580	142	2	711

Betrachtet man dabei nun die Staaten, welche keinen „Lockdown“ (stay-at-home-order) hatten (Arkansas, Iowa, Nebraska, North Dakota, South Dakota, Utah, Wyoming), so kann man auch hier anhand dieser Zahlen feststellen, dass diejenigen Staaten bedeutend besser abschneiden, als der allenthalben als Beleg für die hohe Gefährlichkeit ins Feld geführte Staat New York mit seinen ebenfalls scharfen Lockdowns:

Jurisdiction of Occurrence	All Deaths involving COVID-19 (U07.1) ¹	Deaths from All Causes	Percent of Expected Deaths ²	Deaths involving Pneumonia, with or without COVID-19, excluding Influenza deaths (J12.0-J18.9) ³	Deaths involving COVID-19 and Pneumonia, excluding Influenza (J12.0-J18.9 and U07.1) ³
Arkansas	1,771	26,565	111	2,324	822
Iowa	1,760	24,298	106	1,766	536
Nebraska	688	13,404	104	1,016	274
North Dakota	479	5,842	108	594	214
South Dakota	446	6,536	105	574	199
Utah	596	15,588	108	928	228
Wyoming	66	3,757	109	219	23
New York City	20,899	66,893	164	11,519	8,011
New Jersey	14,571	72,065	129	10,469	7,009
New York ⁷	11,901	88,847	118	11,427	5,685

(Quelle: <https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/index.htm>).

In South-Dakota sind überhaupt keine Geschäfte und auch keine Schulen geschlossen worden.

Es besteht also nicht einmal Korrelation zwischen der Schärfe von Lockdowns, positiven Testergebnissen und Sterblichkeit. Im Gegenteil scheint sich zunehmend zu bewahrheiten, dass sämtliche Lockdownmaßnahmen sogar schadhaft sind für das Infektionsgeschehen.

Diese Diskrepanz muss hier bewusst sein, schließlich war es dem Unterzeichner auch möglich, diese Daten zusammenzutragen.

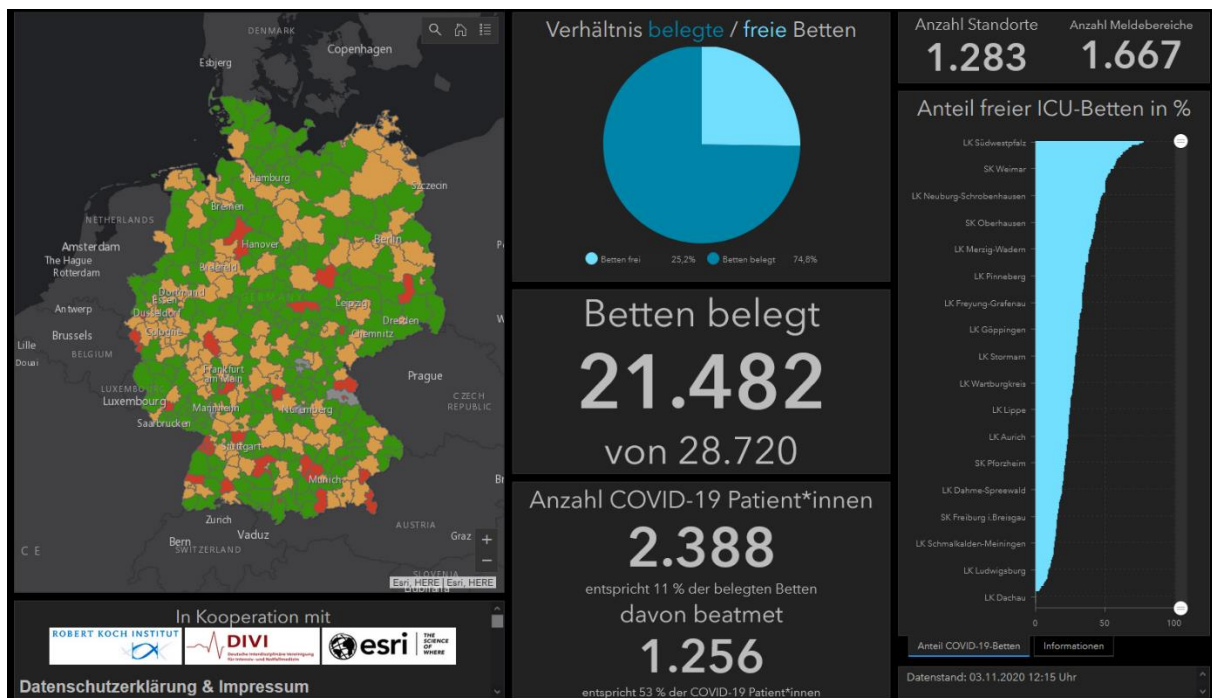
b. Keine Anhaltspunkte für eine Überlastung des Gesundheitssystems aufgrund von Covid-19-Erkrankungen

Mangels Anhaltspunkten für die Überlastung des Gesundheitssystems fehlt es jedenfalls an der Erforderlichkeit.

Sinn und Zweck des Infektionsschutzrechts ist nicht der Schutz individueller Menschenleben und der körperlichen Gesundheit einzelner Personen (da das IfSG keine subjektiven Ansprüche vermittelt), sondern der Schutz des Gesundheitssystems vor Überlastungen aufgrund der Übertragung hochansteckender Infektionskrankheiten und damit der „Volksgesundheit“.

Für eine derartige Gefahr gerade aufgrund von Covid-19-Erkrankungen gibt es und gab es zu keinem Zeitpunkt auch nur den Funken eines Anhaltspunktes.

Das lässt sich schon anhand des DIVI-Intensivregisters nachvollziehen:



Zum einen sind die Kapazitäten noch lange nicht ausgeschöpft und auch eine zunächst Ausschöpfung würde noch keine infektionsschutzrechtliche Überlastung begründen. Insgesamt sind derzeit 11% der Betten mit Covid-19 Patienten belegt.

Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, wie eine Covid-19-Belegung (übrigens auch so bestätigt vom RKI) definiert wird:

Eine Auswertung der offiziellen Daten des DIVI-Intensivregister zur Diagnostik von "COVID-19-Intensivpatienten" offenbart aber ein fundamentales diagnostisches Problem. Dort wird bestätigt, dass 1. jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem SARS-CoV-2-PCR-Test getestet wird und 2. jeder Intensivpatient - unabhängig von der Symptomatik - mit einem positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis als "COVID-19-Intensivpatient" geführt wird. Letzteres entspricht auch den offiziellen Zahlen, die vom RKI veröffentlicht werden. Selbst wenn demnach beispielsweise eine Person wegen eines Autounfalls auf Intensivstation liegen würde und ein positives SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis aufweist ohne jede weitere COVID-19-spezifische Symptomatik, würde diese Person als "COVID-19-Intensivpatient" zählen.

Eine solche Art der Diagnostik bringt aber ein fundamentales Problem mit sich: Womöglich werden manche Intensivpatienten als "COVID-19-Intensivpatienten" geführt, obwohl sie keinerlei COVID-19-spezifische Krankheitssymptome aufweisen und in Wirklichkeit aufgrund von anderen Ursachen auf der Intensivstation liegen. Der beobachtete starke Anstieg in der Anzahl der Intensivpatienten mit positiven PCR-Testergebnissen muss demnach nicht notwendigerweise einen starken Anstieg in der Anzahl der Patienten mit COVID-19-spezifischen Krankheitssymptomen bedeuten.

Um empirisch zu prüfen, inwiefern der beobachtete Anstieg in der Anzahl der Intensivpatienten mit positiven PCR-Testergebnissen tatsächlich einen Anstieg in der Anzahl der Patienten mit COVID-19-spezifischen Krankheitssymptomen bedeutet, kann man sich

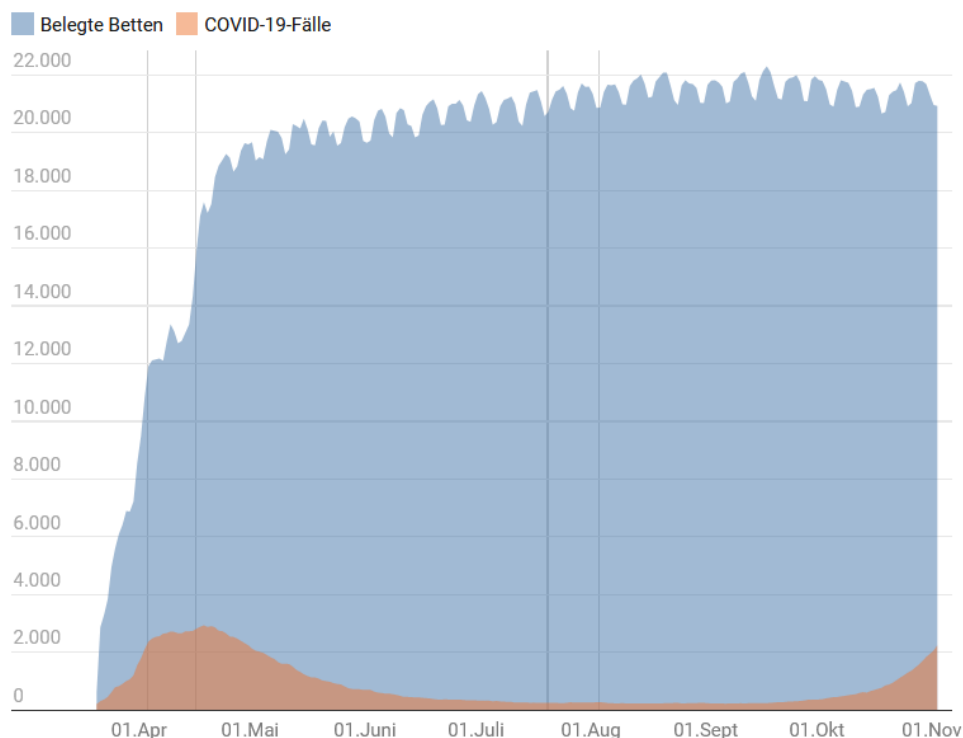
zunächst die vom [DIVI-Intensivregister veröffentlichten Zahlen](#) zur Belegung der Intensivstationen genauer ansehen.

Grundlegend ist dafür folgende Überlegung: Wenn es aktuell einen echten Anstieg von Intensivpatienten mit COVID-19-Krankheitssymptomen geben würde, dann müsste eigentlich auch die Gesamtanzahl der belegten Intensivbetten steigen. COVID-19 ist eine neue Krankheit, dementsprechend müsste die steigende Anzahl an COVID-19-Intensivpatienten eigentlich zu den für diese Jahreszeit ansonsten typischen Krankheiten auf Intensivstation hinzukommen (außer man würde zugunsten von COVID-19-Intensivpatienten andere Intensivpatienten auf die Normalstation verlegen).

Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der insgesamt belegten Intensivbetten und die Anzahl der als "COVID-19-Intensivpatienten" diagnostizierten Intensivpatienten (= Intensivpatienten mit positivem SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis unabhängig von der Symptomatik) für die letzten beiden Monate.“

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

Deutschland

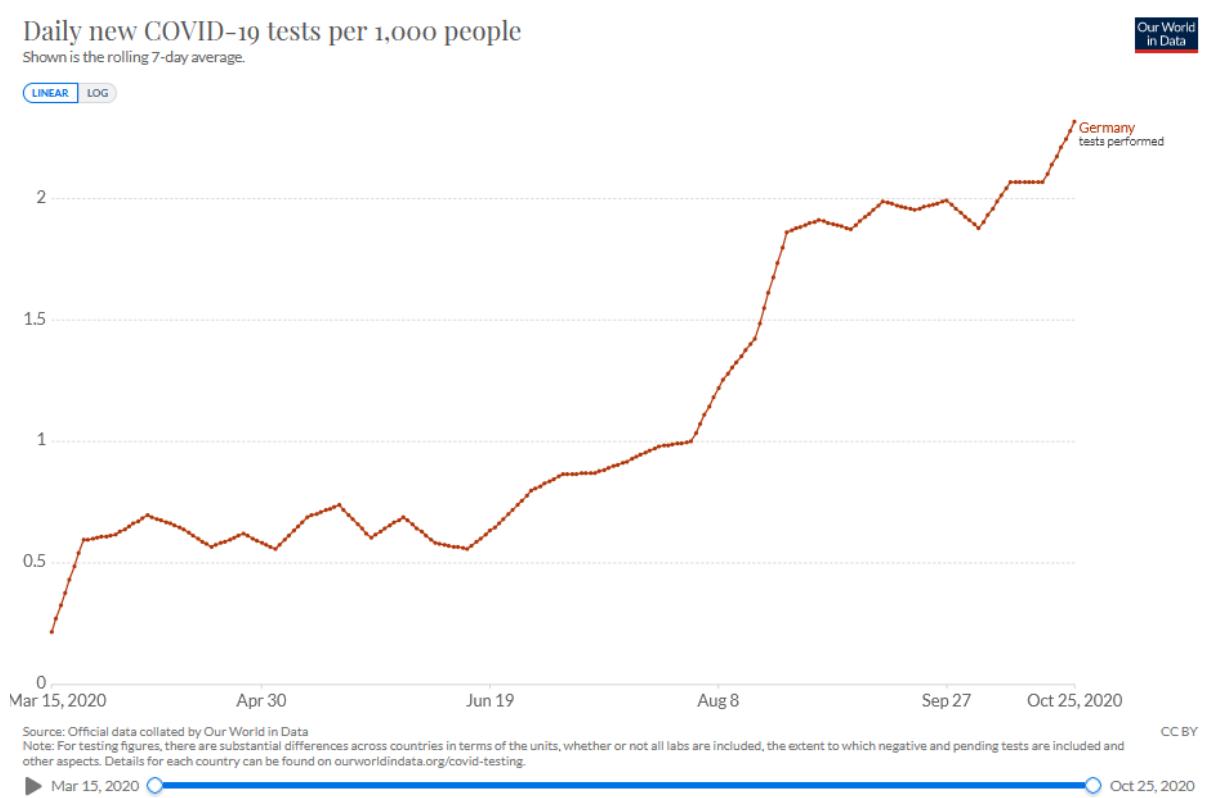


Quelle: [DIVI-Intensivregister](#) · [Daten herunterladen](#) · Erstellt mit [Datawrapper](#)

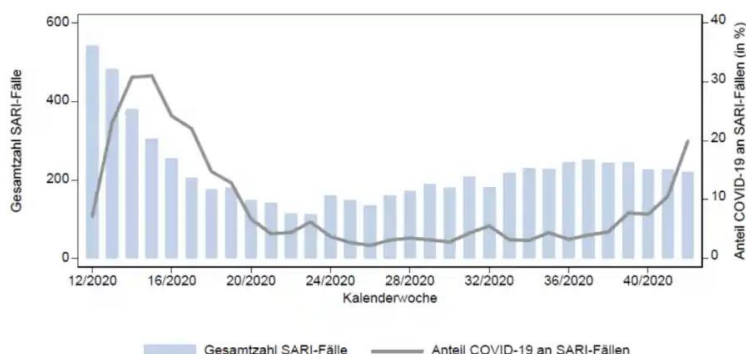
(Zahlen basierend auf <https://www.divi.de/divi-intensivregister-tagesreport-archiv>)

Ein wie auch immer gearteter, für die Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems notwendiger Anstieg in der Belegung von Intensivbetten lässt sich also nicht erkennen. Das Einzige, was ansteigt, ist die Anzahl der Intensivpatienten mit positivem PCR-

Testergebnis. Dies korreliert auch bemerkenswerter Weise mit der gestiegenen Anzahl an durchgeführten Tests:



Dies wird auch bestätigt durch den wöchentlichen Influenza-Bericht des RKI (zur Erinnerung: Das ist diese oberste deutsche Gesundheitsbehörde, deren Wort bis vor kurzem noch zum Gesetz erhoben wurde, wovon aber diesbezüglich inzwischen offenbar keiner mehr etwas wissen will; <https://influenza.rki.de/wochenberichte.aspx>), basierend auf 71 Sentinelkliniken und erfassend alle stationären Behandlungen von SARI (akute respiratorische Infektion) mit positivem SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis.



Wöchentliche Anzahl der SARI-Fälle (ICD-10-Codes J09 – J22) sowie Anteil der Fälle mit einer zusätzlichen COVID-19-Diagnose (ICD-10-Code U07.1) unter SARI-Fällen mit einer Verweildauer bis zu einer Woche von der 12. KW 2020 bis zur 42. KW 2020, Daten aus 71 Sentinelkliniken.

Es zeigt sich hier ein absolut identisches und passgenaues Muster: Die Gesamtzahl stationär behandelter akuter Atemwegsinfekte bleibt konstant und geht jüngst sogar leicht zurück, während der Anteil der Patienten mit positivem PCR-Testergebnis steigt.

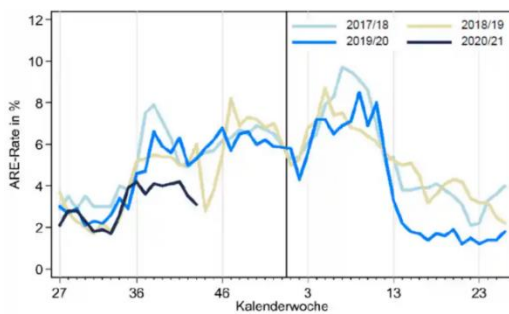
Die Gesamtanzahl an Intensivpatienten und stationär behandelten SARI-Fällen bleibt gleich, das Einzige, was zunimmt ist die Anzahl der Patienten mit positivem SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis. Sollte es sich also um echte "COVID-19"-Fälle handeln, dann müssten in den letzten Wochen gleichzeitig alle anderen Krankheiten auf den Intensivstation bzw. alle stationär behandelten SARI-Fälle mit anderen viralen Ursachen abgenommen haben und zwar spiegelbildlich zum Anstieg in den "COVID-19"-Fällen. Das ist – logischzwingend - vollkommen ausgeschlossen.

Es ist dabei auch bemerkenswert, dass auch die Anzahl der beatmungspflichtigen "COVID-19-Intensivpatienten" zunimmt. Hier wird vom DIVI-Intensivregister nicht die Gesamtanzahl der beatmungspflichtigen Intensivpatienten veröffentlicht. Angesichts der Tatsache, dass die Gesamtanzahl der belegten Intensivbetten über die letzten Wochen hinweg nicht gestiegen ist, dürfte auch hier zu beobachten sein, dass zwar die Anzahl der beatmeten Intensivpatienten mit positivem SARS-CoV-2-Testergebnis steigt, nicht aber die Gesamtanzahl der beatmeten Intensivpatienten. Es zeichnet sich indes jedoch ab, dass auch die Zahl der beatmeten Covid-19-Patienten nur halb so hoch ist, wie bisher angegeben: <https://www.br.de/nachrichten/bayern/durcheinander-bei-corona-zahlen-weniger-beatmete-patienten,SF7eOLh> .

Allerdings ist das mit den verfügbaren Zahlen nicht überprüfbar und es wäre hier am Verordnungsgeber, diese Grundlage zu ermitteln.

Das gleiche Bild ergibt sich bei der Betrachtung ambulanten Behandlung. In den letzten Wochen wurde ein starker Anstieg in der Anzahl der gemeldeten Personen mit positivem SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis beobachtet. Damit wäre eigentlich auch hier zu erwarten, dass die Anzahl der Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung steigt, weil es sich um eine neue Krankheit handelt, welche zu den saisontypischen Atemwegserkrankungen hinzukommt.

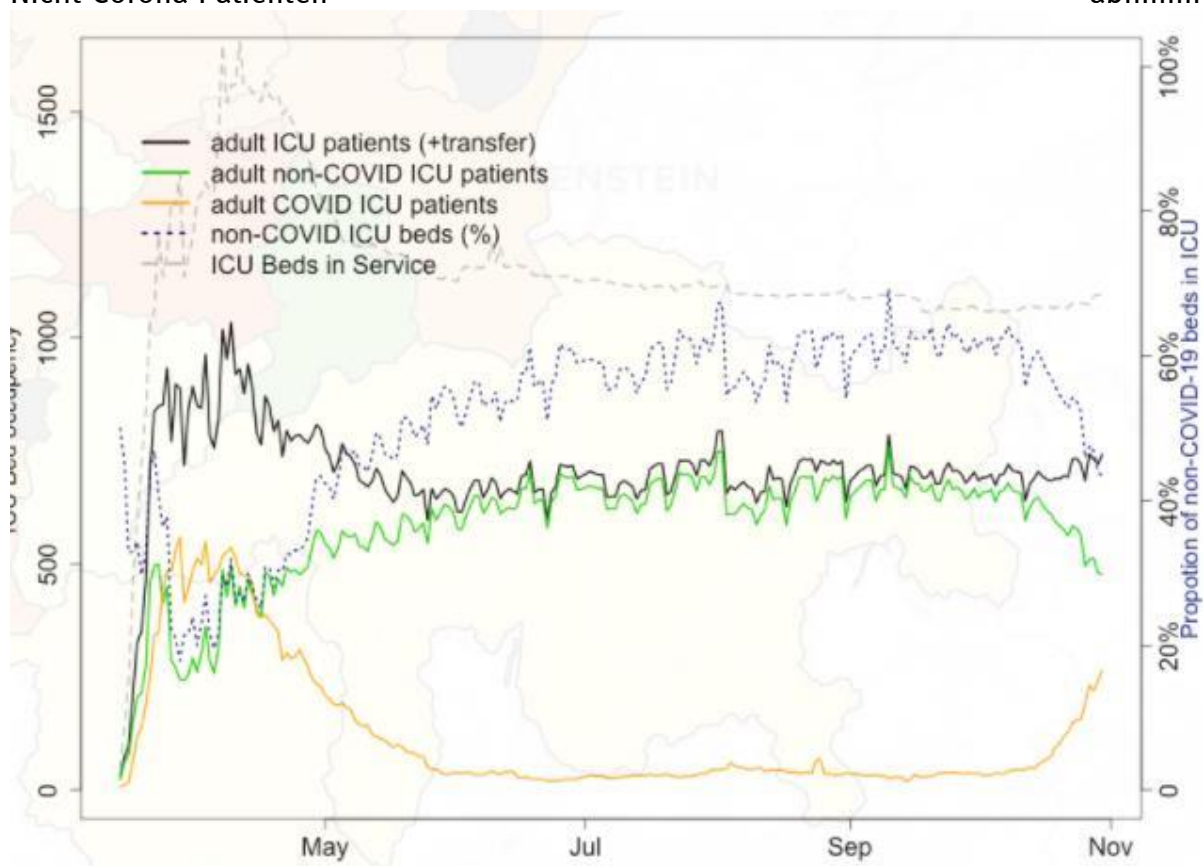
Die folgende Abbildung zeigt die aktuellen Auswertungen der Arbeitsgemeinschaft Influenza des bevölkerungsbasierten Überwachungsinstruments GrippeWeb (<https://grippeweb.rki.de/>), ein vom RKI betriebenes Online-Portal, über welches jede Woche Tausende von deutschlandweit registrierten Personen anonym neu auftretende Atemwegserkrankungen melden. Über die letzten Wochen hinweg ist die Anzahl der Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung nicht gestiegen und zuletzt sogar leicht gesunken, obwohl die Anzahl der positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnisse in der Bevölkerung stark angestiegen ist (https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2020-43.pdf)



Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten ARE-Raten (in Prozent) in den Saisons 2017/18 bis 2020/21, 43. KW 2020. Der schwarze, senkrechte Strich markiert den Jahreswechsel.

Nimmt man die beschriebenen Befunde zur Belegung der Intensivstationen, zur Anzahl der behandelten SARI-Fälle und zur Anzahl der Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung zusammen, zeigt sich überall dasselbe Muster: Auf der Ebene der Gesamtanzahl der belegten Intensivbetten, der Gesamtanzahl der stationär behandelten SARI-Fälle und der Gesamtanzahl der Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung gibt es keinerlei Anstieg in den letzten Wochen, der einzige Wert, der ansteigt, ist ein Anstieg der positiven SARS-CoV-2 -PCR-Testergebnisse.

Sehr deutlich wird es, wenn man sich die Entwicklung in der Schweiz ansieht. Die Zahl der Coronapatienten auf Intensivstationen (ICU) steigt in demselben Maße an, wie die Zahl der Nicht-Corona-Patienten abnimmt.



Damit sind wir von einer Überlastung des Gesundheitssystems aufgrund des SARS-CoV-2 so weit entfernt, dass es derartige Beschränkungen nicht mehr rechtfertigen kann.

Ansonsten würde nämlich bereits ein einziger Patient mit Covid-19 ausreichen, um eine Überlastung zu begründen, solange er nur das letzte Bett belegt. Dass es jederzeit möglicherweise zu weiteren Fällen kommen kann, ist eine derart abstrakte Gefahr, dass es von Verfassungswegen hinzunehmen ist, wenn es bis zu einer Verschlimmerung der Problematik (zu der es nach allem, was wir wissen, nicht kommen wird, weil es sie in Deutschland zu keinem Zeitpunkt gegeben hat) mit weiteren Maßnahmen zugewartet wird.

c. Keinerlei Evidenz für das Vorliegen einer Übersterblichkeit aufgrund von Covid-19

Es ist inzwischen unmissverständlich und unbestreitbar wissenschaftlich und durch Stellungnahme der WHO (welche die Pandemie ausgerufen hat, woran sich trotz jeglicher fehlender demokratischer Legitimation einer NGO wie der WHO fast alle Staaten der Welt geradezu sklavisch gehalten haben) selbst belegt, dass Covid-19 global keine Übersterblichkeit produziert. Die von dem weltweit führenden Wissenschafts- und Medizinstatistiker (auf Platz 87 der am meisten zitierten Wissenschaftler der Welt <https://greece.greekreporter.com/2020/05/06/two-greek-scientists-among-most-highly-cited-in-the-world/> - und wenn die Bemerkung erlaubt ist: Einen Wissenschaftler von derartigem Kaliber und Renoméé sucht man im deutschen Robert Koch Institut vergeblich) sowie Arzt Prof. John Ioannidis bereits im Frühjahr prognostizierte und nun in einer Metastudie festgehaltene Erkenntnis, hat sich die WHO jüngst zu Eigen gemacht.

(https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf)

Diese unterstellte Gefährlichkeit ist es jedoch, welche Grundlage für die Maßnahmen ist. Aufgrund heutiger Erkenntnisse sind sämtlichen Maßnahmen die Grundlagen entzogen.

d. Unergiebigkeit der vorliegenden Testergebnisse mangels Unterscheidung zwischen Erkrankungen und positivem Testergebnis

Es hilft hier auch nicht, wenn auf steigende „positive Tests“ verwiesen wird, da diese für die Ermittlung der Gefahr für die Überlastung des Gesundheitssystems bereits anhand dieser Zahlen offenkundig vollkommen untauglich sind.

Dabei kann zunächst auf die Aussagen der Hendrik Streek und Gérard Krause in Bezug auf die Darstellung von Prof. Dr. Homburg verwiesen werden, die selbst darauf verwiesen haben, daß die festgestellten Zahlen maßgeblich von der Zahl der Tests abhängen:

(<https://www.welt.de/wissenschaft/article207456203/Coronavirus-Stefan-Homburg-und-die-Grafik-ueber-die-Deutschland-spricht.html>)

Mit anderen Worten: Die „Infektionen“ waren bereits zuvor vorhanden, man hat sie lediglich entdeckt. Hätte man sie nicht gesucht, hätte niemand gemerkt, dass Menschen „infiziert“ sind, weil nichts passiert wäre.

Was eine Infektion ist, das definiert das Infektionsschutzgesetz selbst und legt dabei den medizinischen Infektionsbegriff zugrunde: Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung oder Vermehrung im menschlichen Organismus, § 2 Nr. 2 IfSG.

Die verwendeten Polymerase-Kettenreaktionstests sind derart hochsensibel, dass sie auf kleinste genetische Fragmente von Coronaviren anschlagen. Sie sind nicht dazu in der

Lage nachzuweisen, ob der gefundene Teil das Ergebnis einer akuten Vermehrung gewesen ist, oder aber Überbleibsel einer erfolgreichen Immunabwehr. Dazu müsste man die Person flankierend ärztlich untersuchen.

So sieht es im Übrigen auch Prof. Dr. Drosten:

(<https://www.wiwo.de/technologie/forschung/virologe-drosten-im-gespraech-2014-die-who-kann-nur-empfehlungen-aussprechen/9903228-2.html>)

„Ich befürchte, dass der jetzige Anstieg eher der erhöhten Aufmerksamkeit geschuldet ist. Das ist hierzulande nicht anders. Berichten „Bild“ oder die Abendnachrichten über einen Ausbruch eines bestimmten Virus, steigt die Zahl der Laboruntersuchungen deutlich an. Einfach, weil auch Ärzte dann sensibilisiert sind und gezielt Ausschau halten nach den Erregern, über die berichtet wird.“

„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.“

„(...)Und dazu wählten sie eine hochempfindliche Methode aus, die Polymerase-Kettenreaktion (PCR). (...) 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.“

Ersetzt „Mers“ (auch ein Coronavirus) durch „Sars-Cov-2“ ist man dort, wo wir heute sind. Es besteht keine Möglichkeit, ohne ärztliche Untersuchung allein anhand der Testergebnisse zwischen Erkrankten und schlicht positiv getesteten Personen zu unterscheiden, bei denen nicht ermittelt werden kann, ob sie überhaupt ansteckend sein können.

Die grundlegende Studie, auf die sich bis heute zum Nachweis der symptomlosen Ansteckung bezogen wird, ist nachweislich mangelbehaftet, da die angeblich symptomfreie Patientin in Wirklichkeit sogar ausgesprochen starke Symptome hatte.

(<https://www.sciencemag.org/news/2020/02/paper-non-symptomatic-patient-transmitting-coronavirus-wrong>). Der berüchtigte „symptomlose Verlauf“ ist bereits seit Mitte des Jahres ins Reich der Legenden verbannt.

Diese Erkenntnisse sind auch schon seit geraumer Zeit bekannt (Jared Bullard et.al., Predicting Infectious Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 From Diagnostic Samples, Clinical Infectious Diseases, 22 May 2020 <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa638>) und stellen seit Jahrzehnten den etablierten wissenschaftlichen Standard dar.

Es ist dabei auch zu beachten, dass die deutschen Labore inzwischen selbst darauf verweisen, dass Testungen symptomloser Menschen vollkommener Humbug sind (<http://www.labor-augsburg-mvz.de/aktuelles/sars-cov-2-pcr-testzahlen-testdauer-priorisierung>):

„Vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemiesituation haben sich die Anforderungszahlen noch einmal massiv erhöht. Begleitet von neuerlichen Lieferengpässen bedeutet das, dass sich die Ergebnismitteilung momentan erheblich verzögern kann.“

„Wir bitten Sie deshalb, auf eine anlasslose Testung symptomloser Personen komplett zu verzichten und die Testindikation auf symptomatische Patienten, enge Kontaktpersonen und Testungen in kritischen Bereichen (z. B. Altenheime) zu beschränken.“

„Da mittels PCR nur die virale RNA und nicht das gesamte, intakte Virus detektiert wird, ist ein SARS-CoV-2-RNA-Nachweis nicht automatisch gleichzusetzen mit Infektiosität oder Ansteckungsfähigkeit des Patienten.“



LABORWISSEN KONKRET!

Was bedeutet der Ct-Wert?

Nachweis von SARS-CoV-2-RNA mittels PCR

Ct-Wert als Mengenmaß vorhandener Virus-RNA

Beim Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels PCR werden bestimmte Abschnitte der RNA, d. h. des viralen Erbguts, nachgewiesen. Ein Nachweis von SARS-CoV-2-RNA weist auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 hin.

Als Maß für die Menge der im Probenmaterial vorhandenen Virus-RNA dient der bei der PCR-Untersuchung ermittelte Ct-Wert. Dieser Wert (cycle-threshold-Wert) kennzeichnet den Messzyklus in der Echtzeit-PCR, in dem zuerst ein exponentieller Anstieg des Messsignals, meist einer Fluoreszenz, über den Hintergrundwert der PCR auftritt.

Ct-Wert in Korrelation mit Infektiosität

Da mittels PCR nur die virale RNA und nicht das gesamte, intakte Virus detektiert wird, ist ein SARS-CoV-2-RNA-Nachweis nicht automatisch gleichzusetzen mit Infektiosität oder Ansteckungsfähigkeit des Patienten.

Einige Arbeitsgruppen (siehe Literatur) haben sich mit der Korrelation der Virusgenomlast (entsprechend der Virusmenge) im Untersuchungsmaterial und der Anzuchtbarkeit der in der Probe enthaltenen Viren in Zellkultur als Maß für die Infektiosität beschäftigt. Diese Arbeiten legen einen Zusammenhang zwischen Ct-Wert und Anzuchtbarkeit nahe, der z. B. bei der Bewertung von PCR-Ergebnissen hilfreich sein kann.

Das entspricht auch dem seit Mai diesen Jahres bekannten wissenschaftlichen Erkenntnissen, die eindeutig belegen, dass bei einem ct-Wert >24 keine vermehrungsfähigen Viren mehr angezüchtet werden konnten und daher keinerlei Indiz dafür besteht, dass bei einer derart geringen Viruslast im menschlichen Körper noch Vermehrungsfähigkeit bestand (Bullard et. Al. a.a.O.). Auch das deutsche Ärzteblatt hat sich entsprechend positioniert (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/216516/Antigentests-auf-SARS-CoV-2-Der-Preis-der-Schnelligkeit>), ≤ 25 .

Hinweise darauf kann man übrigens aus dem Influenza-Wochenbericht des RKI entnehmen. Im Rahmen der Influenza-Überwachung werden die von Referenzpraxen an das RKI

eingesendeten Proben (sog. Sentinelproben) von Patienten mit Atemwegsinfektionen auf das Vorhandensein von Influenza- und Erkältungsviren und seit dem 24. Februar auch auf das Vorhandensein von SARS-CoV-2 untersucht. In Reaktion auf den erstmaligen Nachweis des Virus SARS-CoV-2 in einer dieser Probe in der 10. Kalenderwoche sagte Lars Schaade, der Vizepräsident des RKI, auf einer [Pressekonferenz am 12. März](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111008/SARS-CoV-2-erstmalig-in-Sentinelprobe-nachgewiesen) (<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111008/SARS-CoV-2-erstmalig-in-Sentinelprobe-nachgewiesen>):

„Wir ziehen damit praktisch eine Stichprobe aus der Bevölkerung von Menschen mit Atemwegsinfektionen, um zu schauen, inwieweit sich das neue Virus in der Bevölkerung schon verbreitet hat“

Man kann sich nun ansehen, wie stark sich das Coronavirus in den letzten Wochen laut dieser Stichprobe verbreitet hat. Die folgende Abbildung zeigt die Anzahl der in den eingesandten Sentinelproben identifizierten Atemwegsviren für die letzten vier Kalenderwochen (siehe erneut https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2020_2021/2020-43.pdf).

Anzahl und Positivenrate (in %) der im Rahmen des AGI-Sentinel identifizierten Atemwegsviren (Saison 2019/20: 40.KW 2019 bis 39. KW 2020, Saison 2020/21: ab 40.KW 2020) im NRZ für Influenzaviren im Rahmen des Sentinels identifizierten Atemwegsviren. Die Ergebnisse zu SARS-CoV-2 und hCoV werden getrennt aufgeführt, da nicht alle Sentinelproben auf diese Erreger untersucht werden konnten.

	Gesamt 2019/20	40. KW	41. KW	42. KW	43. KW	Gesamt ab 40. KW 2020
Anzahl eingesandter Proben*	4.637	56	55	33	28	172
Probenanzahl mit Virusnachweis	2.290	40	30	20	11	101
Anteil Positive (%)	49	71	55	61	39	59
Influenza						
A(H3N2)	415	0	0	0	0	0
A(H1N1)pdm09	375	0	0	0	0	0
B(Yamagata)	127	0	0	0	0	0
B(Victoria)	1	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	20	0	0	0	0	0
RSV	201	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	4	0	0	0	0	0
hMPV	243	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	5	0	0	0	0	0
PIV (1 – 4)	189	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	4	0	0	0	0	0
Rhinoviren	834	39	27	20	11	97
Anteil Positive (%)	18	70	49	61	39	56
hCoV**	-	0	0	0	0	0
Anteil Positive (%)	-	0	0	0	0	0
SARS-CoV-2**	14	1	3	0	0	4
Anteil Positive (%)	0,3	2	6	0	0	2

* Die Anzahl der eingesandten Proben kann von der Summe der negativen und positiven Proben abweichen, wenn Mehrfachinfektionen (z. B. mit Influenza- und Rhinoviren) nachgewiesen wurden. Positivenrate = Anzahl positiver Proben / Anzahl eingesandter Proben, in Prozent.

** Positivenrate = Anzahl positiver SARS-CoV-2 Proben bzw. hCoV / Anzahl der untersuchten Proben auf SARS-CoV-2 bzw. hCoV

Während in den Kalenderwochen 40 und 41 noch in 2 bzw. 6 Prozent der Proben das Virus SARS-CoV-2 nachgewiesen wurde, ließ sich in keiner der Sentinelproben in den letzten beiden Kalenderwochen das Virus SARS-CoV-2 nachweisen. Die Anzahl der in der 42. Und 43. Kalenderwoche eingesandten Proben ist zwar relativ klein, zusammengenommen ist die Anzahl der eingesandten Proben aber in der Größenordnung der Kalenderwochen 40 und 41, in welchen noch SARS-CoV-2-Viren nachgewiesen wurden. Diese Ergebnisse stehen in einem kaum zu erklärenden Widerspruch dazu, dass in derselben Zeit die Anzahl der gemeldeten Personen mit positivem SARS-CoV-2 Testergebnissen in der Bevölkerung sehr stark zugenommen hat.

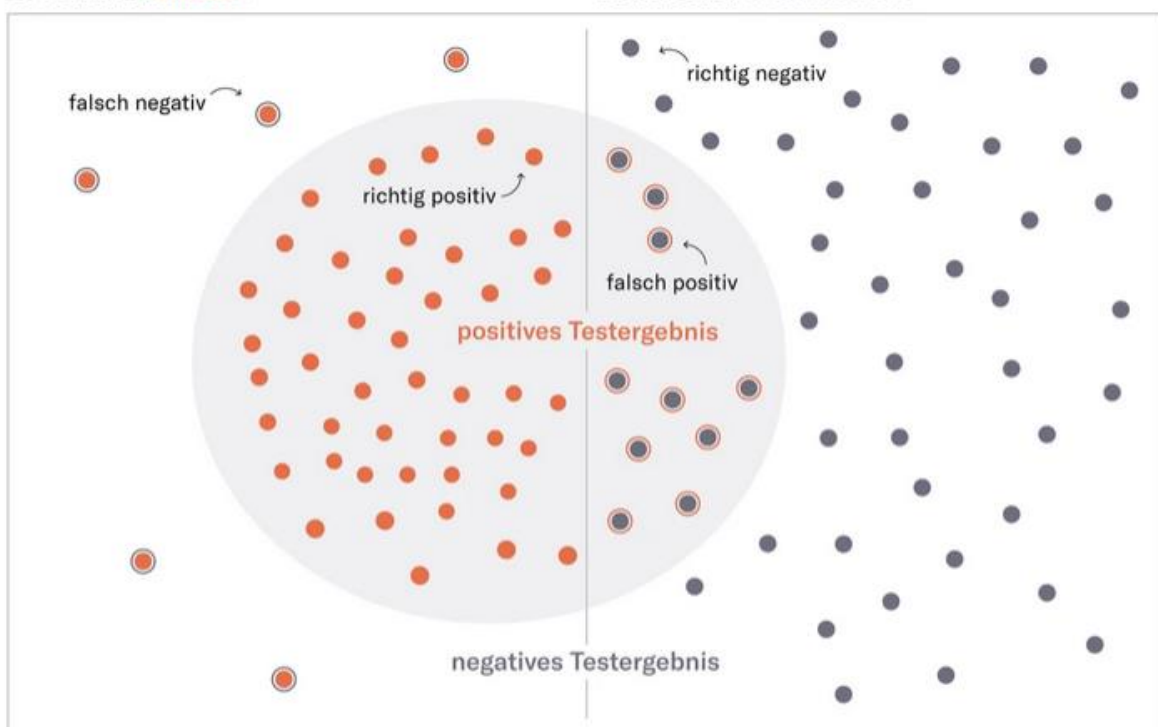
Die einzig sinnvolle Erklärung dafür ist, dass die von den Laboren verwendeten Tests vollkommen ungeeignet sind für diagnostische Zwecke. Bei einem Test können Personen ein positives Testergebnis erhalten, obwohl sie gar nicht infiziert sind (falsch-positives Testergebnis). Beim SARS-CoV-2-PCR-Test hängt die Häufigkeit des Auftretens falsch-positiver Testergebnisse vom verwendeten Testverfahren ab.

Wird eine Probe nur auf das Vorhandensein einer Gensequenz getestet (Single-Target Test), so ist die Falsch-Positiv-Rate höher, als wenn in einem Bestätigungstest auf das Vorhandensein weiterer Gensequenzen getestet wird. So heißt es beispielsweise in einer Fachinformation von Biovis Diagnostik, einem großen Anbieter eines umfangreichen Spektrums an Laboranalysen, unter dem Punkt "Spezifität".

Stichprobe bei 100 Personen

50 Personen **infiziert**

50 Personen nicht infiziert



Sensitivität

Fähigkeit des Tests, Personen **mit der Infektion** korrekt zu identifizieren.

In diesem Beispiel sind mit dem eingesetzten Test 45 von 50 Personen **richtig positiv** erkannt worden. Der Test hat somit eine Sensitivität von 90%.

Spezifität

Fähigkeit des Tests, Personen ohne die Infektion korrekt zu identifizieren.

40 von 50 Personen sind mit dem Test **richtig negativ** erkannt worden. Dies entspricht einer Spezifität von 80%.

Dieses Konzept lässt sich mit dem Bild eines Teichs illustrieren. Je mehr der gewünschten Fische in dem Teich schwimmen, desto grösser ist die Chance, dass ich mit meinem Netz die richtigen und nicht die falschen Fische fange. Auf die Pandemie bezogen heißt das, dass die Zuverlässigkeit eines positiven Testergebnisses in der heißen Phase des Ausbruchs im März grösser war als jetzt, da die Fallzahlen sehr tief sind. Umgekehrt lässt sich jetzt die Infektion mit einem negativen Testergebnis zuverlässiger ausschließen.

Beim Einzelnen hängt die Vortestwahrscheinlichkeit und damit die Zuverlässigkeit des Testergebnisses sehr stark davon ab, ob er oder sie die typischen Symptome einer Sars-CoV-2-Infektion zeigt oder nicht. Um wieder das Bild des Teiches zu verwenden: Testet man nur symptomatische Personen, fischt man plötzlich in einem Teich mit sehr viel mehr der gewünschten Fische. Den gleichen Effekt kann man erzielen, wenn man zum Beispiel positiv getestete Personen einem zweiten Test unterzieht. Mit einem solchen Bestätigungstest lässt sich die Testgenauigkeit markant steigern.

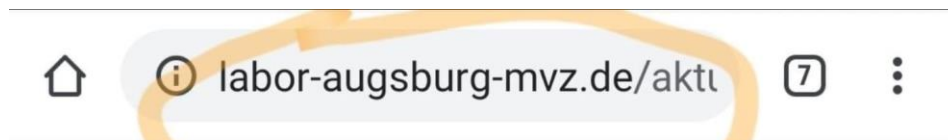
„In den letzten Monaten kam es immer wieder zu Berichten, die Zweifel an der Spezifität der SARS-CoV-2-PCR aufkommen ließen. Es wurden Personen positiv auf das Virus getestet, ohne dass Symptome vorlagen. Durch örtliche Gesundheitsämter angeregte Nachtestungen ergaben einen negativen Befund. Wie kam diese Diskrepanz zustande? Viele Labore setzen zum Nachweis von SARS-CoV-2 PCR-Verfahren ein, die nur das E-Gen des Virus erkennen. Diese Tests sind kostengünstig und zeichnen sich durch eine hohe Sensitivität aus. Da das E-Gen, welches lediglich die Virushülle codiert, aber nicht spezifisch für SARS-CoV-2 ist, sondern auch andere Coronaviren (Sarbecoviren) erkennt, wurden früher E-Gen-positive Proben mit einer 2. PCR untersucht, um sicherzustellen, dass es sich wirklich um SARS-CoV-2 handelt. Gesucht wurde in der Bestätigungs-PCR nach spezifischen Genen, wie dem RdRP-Gen, dem S-Gen oder dem ORF1-Gen. Als auf Empfehlung der WHO für endemische Gebiete die Bestätigungstests eingestellt wurden, erfolgte ab April 2020 in vielen kleineren Laboren ein PCR-Nachweis von SARS-CoV-2 nur noch über das E-Gen.“

http://www.biovis-diagnostik.eu/wp-content/uploads/Biovis_SARS-CoV-2_Teil3_DE.pdf

Entsprechend der ausdrücklichen Empfehlung der WHO werden in der deutschen Laborpraxis auch keine standardmäßigen Bestätigungstests durchgeführt, sondern lediglich einstufige Testverfahren, die auf das E-Gen (also das Envelope-Gen) anschlagen (so im Übrigen auch der sog. Drogen-Test, der von der WHO empfohlen wird; <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/protocol-v2-1.pdf>).

Dies bestätigte auch eine durchgeführte Laborumfrage der deutschen Presseagentur (https://www.t-online.de/gesundheit/krankheiten-symptome/id_88503344/corona-experte-christian-drosten-zu-pcr-tests-was-sind-die-gefahren-.html):

„Die Deutsche Presse-Agentur hat beispielhaft mehrere große Labore angefragt. Konkret geantwortet hat Synlab, ein Anbieter, der nach eigenen Angaben aktuell bis zu 80.000 Tests pro Woche durchführt. Synlab schreibt, dass standardmäßig nicht auf mehrere Genstellen getestet wird. Auch werde nicht jedes positive Testergebnis mit einem Zusatztest bestätigt.“



03.04.2020

Geändertes Befundlayout der SARS-CoV2 PCR-Ergebnisse

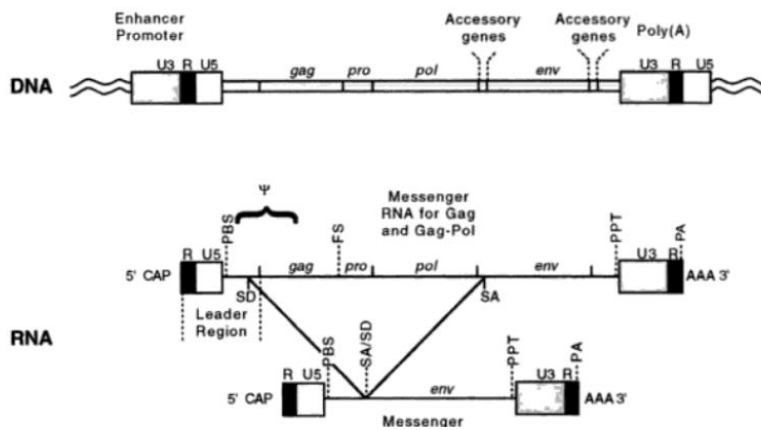
ab sofort geben wir auf unseren Befunden nur noch das Ergebnis positiv oder negativ aus.
Bisher erhielten Sie in Abhängigkeit vom verwendeten Test zwei Ergebnisse.

Falls die Probe mit dem Verfahren der Fa. Roche analysiert wurde, haben wir die Messergebnisse für beide Zielsequenzen der PCR (ORF1- und E-Gen) getrennt angegeben. Das ORF1-Gen ist dabei für SARS-CoV-2 spezifisch, während das E-Gen auch in anderen Coronaviren vorkommt. Die Fälle, in denen nur das ORF-Gen amplifiziert wurde, haben wir auch bisher schon positiv bewertet. Wenige Fälle mit isoliert positivem E-Gen wurden als fraglich eingestuft und führten deshalb immer wieder zu Rückfragen und Problemen hinsichtlich des weiteren Managements betroffener Patienten. Unter Berücksichtigung der epidemiologischen Situation und der insgesamt gestiegenen Positivenrate folgen wir ab sofort der WHO-Empfehlung und geben ein Ergebnis bereits dann als „positiv“ heraus, wenn nur das E-Gen amplifiziert wurde. Um den Befund zu vereinfachen, erscheint deshalb zukünftig nur noch ein Gesamtergebnis (positiv oder negativ). Ein Ergebnis ist positiv, wenn mindestens eine der beiden Zielsequenzen des SARS-CoV-2 im Abstrichmaterial nachgewiesen wurde.

Falls die Probe mit Verfahren von rBiopharm oder TibMolbiol analysiert wurde, haben wir bisher getrennte Screening- und Bestätigungstests durchgeführt. Analog zum oben beschriebenen Vorgehen beschränken wir uns aufgrund des hohen positiven Vorhersagewerts bei steigender COVID-19-Prävalenz auf den bisherigen Screeningtest, der auf das E-Gen zielt.

So erklärt sich dann auch, warum in den MVZ-Laboren offenbar reihenweise falsch-positive Ergebnisse produziert werden (<https://www.br.de/nachrichten/bayern/probleme-in-augsburger-labor-bringen-falsche-testergebnisse,SEh5Qq4>).

Wie in der dargestellten Fachinformation der Firma Biovis Diagnostik beschrieben, ist insbesondere ein bloßer Test auf das E-Gen unergiebig, da laut der Fachinformation bei einem Nachweis des E-Gens nicht spezifisch auf das Vorhandensein des Virus SARS-CoV-2 geschlossen werden kann, sondern auch eine Infektion mit anderen Coronaviren vorliegen kann. Das Envelope-Gen ist nämlich trotz einiger Unterschiede dasjenige, welches immer an derselben Stelle der mRNA liegt (hinter dem genspezifischen Antigen), so dass diese erst gesplignet werden muss. Das E-Gen bestimmt daher die Spezifität des Virus für ein einzelnes Rezeptormolekül, wie z.B. eingesetzter Polymerase.



(John M. Coffin/Stephen H. Hughes/Harold E Varmus, Retroviruses, 35).

Das ist auch insofern nachvollziehbar, als dass das E-Gen dasjenige Gen ist, welches Coronaviren gewissermaßen als „Schlüssel“ dient, um in die Zelle einzudringen:

„The env gene in all retroviruses is expressed by translation of subgenomic mRNA. (...)

Like all animal viruses that carry a lipid envelope, the surface of retroviral virions is studded with glycoproteins (envelope or Env proteins), whose function is to mediate the adsorption to and the penetration of host cells susceptible to infection (...). The Env protein is the primary determinant of the type of cell that a retrovirus can infect, because it recognizes the cell surface protein that is the viral receptor. All enveloped viruses have glycoproteins that bind specifically to receptors on the host-cell membrane. (...) Since cells typically synthesize considerably more Env than becomes incorporated into virions, membrane contamination can lead to erroneous estimates of the amount of Env in the viral particle.“ (John M. Coffin/Stephen H. Hughes/Harold E Varmus, 41, 58.)

Das E-Gen bestimmt also die Form bestimmter Viren und ist daher, wie dargestellt, bei allen Viren einer Art im Nachweis identisch, weil dieses Gen es ist, welches dem Virus den Eintritt in die Zelle ermöglicht.

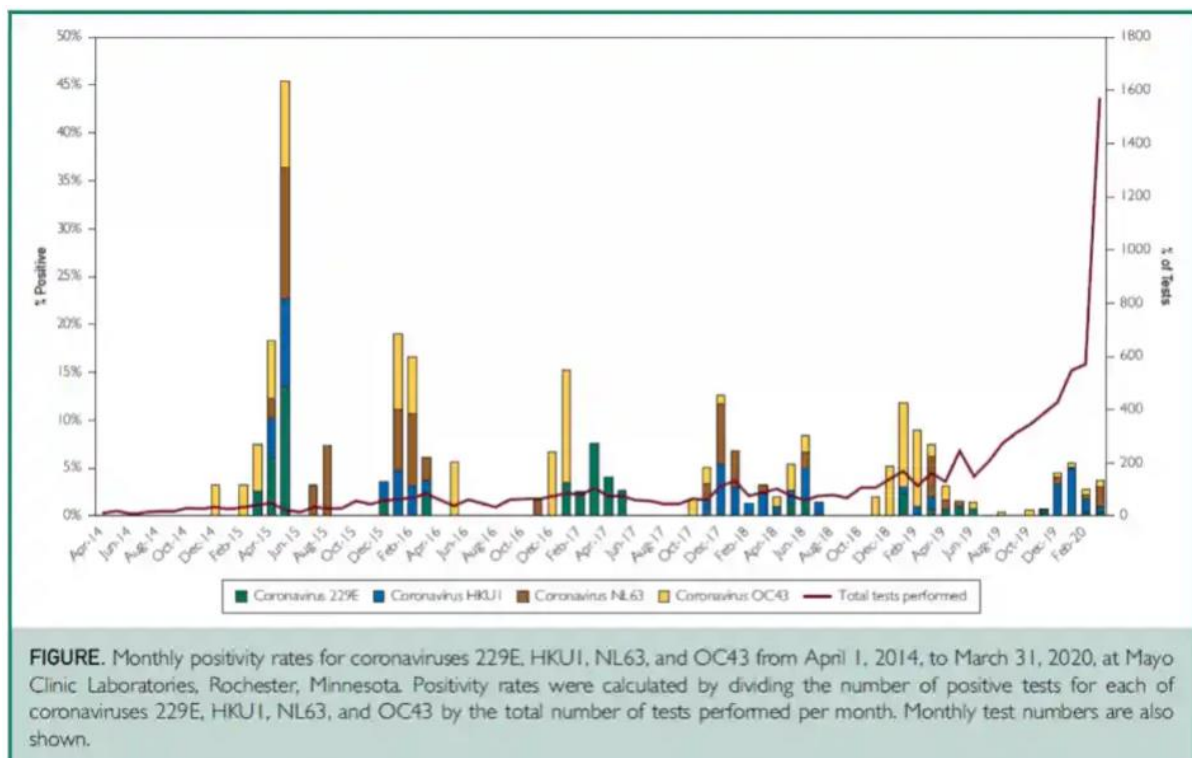
Dass ein Single-Target PCR-Test relativ substantiell auf andere Coronaviren kreuzreagiert, zeigen auch die Ergebnisse aus den Instand-Ringversuchen, im Rahmen derer zur Qualitätssicherung an Labore Proben verschickt werden, welche das Genmaterial des Virus SARS-CoV-2 bzw. das Genmaterial anderer Coronaviren (HCoV, OC43 oder HCoV 229E) oder gar kein Virusmaterial enthalten.

Entsprechendes zeigte sich daher bei den Ringversuchen im April (<https://www.instand-ev.de/System/rv-files/340%20DE%20SARS-CoV-2%20Genom%20April%202020%2020200502j.pdf>), dass bei den 983 verschickten Proben ohne Virusmaterial in 7 Fällen fälschlicherweise ein SARS-CoV-2-positives Testergebnis rückgemeldet wurde, was einer Falsch-Positiv-Rate von 0,7 Prozent entspricht. Bei den 983 Proben mit Virusmaterial des Coronavirus HCoV OC43 wurde in 8 Fällen fälschlicherweise ein

positiver SARS-CoV-2 Nachweis rückgemeldet, was einer Falsch-Positiv-Rate von 0,8 Prozent entspricht, bei den 983 Proben mit Virusmaterial des Coronavirus HCoV 229E wurde in 67 Fällen fälschlicherweise ein positiver SARS-CoV-2 Nachweis rückgemeldet, was einer Falsch-Positiv-Rate von 6,8 Prozent entspricht.

Diese Ergebnisse zeigen, dass beim Vorhandensein harmloserer Coronaviren substantielle Falsch-Positiv-Raten auftreten. Das ist insbesondere deswegen problematisch, weil in der aktuellen Jahreszeit ein Anstieg von Infektionen mit harmloseren Coronaviren zu erwarten ist.

Die folgende Abbildung zeigt die [Ergebnisse einer aktuellen Studie zum saisonalen Verlauf von Coronavirus-Infektionen in den letzten Jahren](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275147/). Wie man sieht, ist ein Anstieg der Coronavirus-Fallzahlen in der aktuellen Jahreszeit relativ typisch (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7275147/>):



Wird also nur ein Single-Target Test ohne weiteren Bestätigungstest verwendet, ist mit einer höheren Rate an falsch-positiven SARS-CoV-2-Testergebnissen zu rechnen, als wenn ein Bestätigungstest durchgeführt wird. Während bei den Analysen der Sentinelproben durch das RKI davon auszugehen ist, dass hochspezifische Testverfahren verwendet werden, legt die erwähnte Fachinformation der Firma Biovis Diagnostik und die erwähnte dpa-Laborumfrage nahe, dass das bei den Labortestungen in der Bevölkerung aktuell aufgrund der hohen Laborbelastung nicht immer der Fall ist.

Die oben bereits dargestellte Reihe an falsch-positiven Ergebnissen der MVZ-Labore Augsburg lag demnach bei 96,7%.

Dabei liefert die Laborleitung selbst die Begründung, nämlich dass die falschen Testmaterialien verwendet wurden.

Da davon auszugehen ist, dass andere Labore aufgrund der massiv angestiegenen Testzahlen mit ähnlichen Problemen zu kämpfen haben, könnte das kein Einzelfall sein. Und wenn es kein Einzelfall wäre und in anderen Laboren auch nur ein Bruchteil der in dem Augsburger Labor beobachteten hohen Quote an falsch-positiven Testergebnissen zu beobachten wäre, würde die Anzahl der gemeldeten Personen mit positiven PCR-Testergebnissen die Anzahl der tatsächlich mit SARS-CoV-2 infizierten Personen substantiell überschätzen. In einem Artikel zu dem Augsburger Fall in BR 24 heißt es, den vorliegenden Berichten zufolge sei dies kein Einzelfall (<https://www.br.de/nachrichten/bayern/probleme-in-augsburger-labor-bringen-falsche-testergebnisse,SEh5Qq4>).

Bemerkenswert ist dabei, dass insbesondere dort, wo eine besonders große Ambition (und auch die nötige finanzielle Liquidität), besonders häufig falsch-positive Testergebnisse produziert werden: Bei Profifußballvereinen (<https://www.welt.de/regionales/baden-wuerttemberg/article218508662/Alle-Tests-negativ-Heidenheim-kann-gegen-Osnabrueck-spielen.html>).

Auch äußerte der weltbekannte Profifußballer Cristiano Ronaldo – vorsichtig formuliert – sein Unbehagen darüber, dass er bereits 18(!!) Mal falsch positiv getestet wurde (<https://news.cgtn.com/news/2020-10-28/Ronaldo-still-positive-for-COVID-19-FIFA-president-the-latest-victim-UWPCxHFlrq/index.html>); <https://www.theportugallnews.com/news/cristiano-ronaldo-says-that-the-pcr-test-%E2%80%99Cis-bull-%E2%80%9D/56411>).

Die Beobachtung, dass nur die Anzahl von Personen mit positivem SARS-CoV-2-PCR-Testergebnis steigt, während auf der Ebene der Gesamtanzahl der belegten Intensivbetten, der Gesamtanzahl der stationär behandelten SARI-Fälle und der Gesamtanzahl der Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung keinerlei Anstieg in den letzten Wochen und im Vergleich zu den Vorjahren zu beobachten ist, könnte demnach folgendermaßen zu erklären sein:

Wenn tatsächlich in vielen Laboren schwerpunktmäßig nur Single-Target Tests ohne Bestätigungstest verwendet werden, könnte der Anstieg von Personen mit positiven SARS-CoV-2-PCR-Testergebnissen auf den Intensivstationen sowie bei den SARI-Fällen und in der Bevölkerung darauf zurückgehen, dass ein größerer Teil des Anstiegs auf die übliche saisonal bedingte Ausbreitung harmloserer Coronaviren zurückgeht, während die Ausbreitung des neuen Virus SARS-CoV-2 in Wirklichkeit relativ gering ist.

Da erstere Viren harmloser sind, wäre weder ein Anstieg der belegten Intensivbetten noch ein Anstieg der stationär behandelten SARI-Fälle zu erwarten. Weiterhin wäre auch keine höhere Anzahl von Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung im Vergleich zu den Vorjahren zu erwarten, weil die harmloseren Coronaviren auch in den Vorjahren zirkulierten.

Dabei ist zudem zu beachten, dass die [Anzahl der Intensivbetten](#) in Deutschland (29,2 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern) weitaus größer ist als in Ländern wie beispielsweise Frankreich (11,6 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern) oder den Niederlanden (6,4 Intensivbetten pro 100.000 Einwohnern), aus denen eine Überlastung der Intensivstationen berichtet wurde, was auch erklärt, warum dort die Intensivstationen – womöglich auch saisonal bedingt – schneller überfüllt sind. Im Übrigen hat es den deutschen

Verordnungsgeber auch wenig bis gar nicht zu interessieren, was in anderen Ländern vor sich geht. Der Deutsche ist nicht der Gutsherr Europas und auch nicht dessen Heilsarmee oder -bringer – und erst recht nicht sein alleiniger Absolut und Souverän.

Weiterhin ist es so, dass Probleme mit dem Auftreten von falsch-positiven Testergebnissen aus vielen Ländern berichtet werden, wie beispielsweise folgende [Synopsis aus den Medienberichten zu falsch-positiven Testergebnissen der letzten Monate](#) zeigt, was ein Hinweis darauf sein könnte, dass auch in vielen anderen Ländern oft nur Single-Target Tests ohne Bestätigungstest verwendet werden. Wie erwähnt, wird das [von der WHO auch explizit empfohlen](#) für Gebiete mit weiter SARS-CoV-2 Verbreitung.

Letztlich existiert inzwischen auch die wohl größte durchgeführte Studie zu der Frage, ob es „asymptomatische“ Übertragungen gibt, welche dieser – schon immer wissenschaftlich vollkommen unhaltbaren – Ansicht nun auch dem ärgsten Zweifler gegenüber endgültig Schweigen gebietet (spielen (Cao, et.Al.; Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China, Nature Communications 11, Article number: 5917 (2020)):

„There were 10,652,513 eligible people aged ≥ 6 years in Wuhan (94.1% of the total population). The nucleic acid screening was completed in 19 days (from May 14, 2020 to Jun 1, 2020), and tested a total of 9,899,828 persons from the 10,652,513 eligible people (participation rate, 92.9%). Of the 9899,828 participants, 9,865,404 had no previous diagnosis of COVID-19, and 34,424 were recovered COVID-19 patients.

The screening of the 9,865,404 participants without a history of COVID-19 found no newly confirmed COVID-19 cases, and identified 300 asymptomatic positive cases with a detection rate of 0.303 (95% CI 0.270–0.339)/10,000. The median age-stratified Ct-values of the asymptomatic cases were shown in Supplementary Table 1. Of the 300 asymptomatic positive cases, two cases came from one family and another two were from another family. There were no previously confirmed COVID-19 patients in these two families. A total of 1174 close contacts of the asymptomatic positive cases were traced, and they all tested negative for the COVID-19. There were 34,424 previously recovered COVID-19 cases who participated in the screening. Of the 34,424 participants with a history of COVID-19, 107 tested positive again, giving a repositive rate of 0.310% (95% CI 0.423–0.574%).

Virus cultures were negative for all asymptomatic positive and repositive cases, indicating no “viable virus” in positive cases detected in this study.

All asymptomatic positive cases, repositive cases and their close contacts were isolated for at least 2 weeks until the results of nucleic acid testing were negative. None of detected positive cases or their close contacts became symptomatic or newly confirmed with COVID-19 during the isolation period. In this screening programme, single and mixed testing was performed, respectively, for 76.7% and 23.3% of the collected samples. The asymptomatic positive rates were 0.321 (95% CI 0.282–0.364)/10,000 and 0.243 (95% CI 0.183–0.315)/10,000, respectively.

The 300 asymptomatic positive persons aged from 10 to 89 years, included 132 males (0.256/10,000) and 168 females (0.355/10,000). The asymptomatic positive rate was the lowest in children or adolescents aged 17 and below (0.124/10,000), and the highest among the elderly aged 60 years and above (0.442/10,000). The asymptomatic positive rate in females (0.355/10,000) was higher than that in males (0.256/10,000).“

(<https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w> ; Hervorhebungen durch den Unterzeichner).

Anders ausgedrückt: Die von Anfang an von gewichtigen Stimmen in der Wissenschaft erhobene Forderung, Infektionen nicht mittels dem vollkommen ungeeigneten PCR-Test nachzuweisen, sondern über das Anzüchten von Viruskulturen, hat sich als dasjenige Mittel erwiesen, welches geeignet ist, Ansteckungsverdächtige von Nichtansteckungsverdächtigen zu unterscheiden. Der Beklagte muss sich hier den schwerwiegenden Vorwurf gefallen lassen, diese Stimmen bewusst ignoriert zu haben und vorsätzlich die Augen vor demjenigen verschlossen zu haben, was sich jedem vernünftigen Amtswalter geradezu hat aufdrängen müssen.

Daher nochmals in aller Deutlichkeit: **Es gibt keine asymptomatische Ansteckungsgefahr bei SARS-CoV-2, ganz egal, was ein berücktigter Professor aus Berlin ohne erbrachte Habilitationsleistung behauptet.**

3. Verletzung von Grundrechten

Der Antragsteller ist hier durch die angegriffenen Regelungen der Verordnung auch in seinen Grundrechten aus Art. 12 Abs. 1, Art. 3 Abs. 1 und ggf. auch aus Art. 14 GG verletzt.

Dabei ist allen Grundrechtseingriffen – zusammengefasst – gemein, dass es bereits an der Geeignetheit der gewählten Mittel fehlt und auch an der Erforderlichkeit. Denn es wären mildere Mittel denkbar gewesen: Schaffung neuer Kapazitäten im Gesundheitswesen, welches über die letzten Jahre kaputtgespart und durch Privatisierung einem noch nie dagewesenen Profitstreben preisgegeben wurde, sowie durch effektiven Schutz tatsächlich vulnerabler Gruppen in Alten- und Pflegeheimen.

Die hier angegriffene Verordnung ist mit Art. 12 Abs. 1 GG unvereinbar. Die für den Betrieb aufgrund dieser Rechtsverordnung angeordnete Schließung stellt faktisch eine Betriebsuntersagung dar, da der Betrieb darauf eingerichtet ist, dass Kundinnen und Kunden in dem vom Antragsteller betriebenen Lokal vor Ort bedient werden und bei ihm übernachten können. Damit liegt hier die höchste Stufe des Eingriffs in die von Art. 12 Abs. 1 GG geschützte Berufsfreiheit vor, denn mit dieser Untersagung greift der Beklagte in die Ausübung des vom Kläger gewählten Berufes ein.

Dieser Eingriff ist nicht gerechtfertigt, da es bereits an einem legitimen Zweck fehlt, der mit der Schließung des Betriebs des Antragstellers, mithin der pauschalen Schließung aller zu der selben Branche gehörenden Betriebe, verfolgt wird. Selbst, wenn man unterstellt, dass im Wesentlichen das „Bremsen des Infektionsgeschehens“ zum Schutz des Gesundheitswesens vor Überlastung, als ein solches Ziel tatsächlich definiert werden kann, so stellt sich auch hier die Frage, ob dieses Ziel durch die Schließung des Betriebes des Klägers bzw. derartiger Betriebe dieser Branche überhaupt erreicht werden kann.

Denn hierzu müsste man überhaupt Anhaltspunkte haben, dass gerade die Betriebe, die von den Schließungen betroffen sind, Treiber des Infektionsgeschehens waren und wiederum die Schließung gerade geeignet ist, um dieses Ziel zu erreichen. Hierzu gibt es offenbar keine gesicherten Erkenntnisse, jedenfalls derart gesichert, dass hierdurch pauschal und ohne jede Einzelfallbewertung ganzen Branchen der Betrieb untersagt wird. Die

Aussagen der Landesgesundheitsämter sind hierzu jedoch wiederum eindeutig, dass Gastronomiebetriebe und Herbergen keine besondere Infektionsquelle seien.

Dann kann aber nicht die Konsequenz daraus sein, pauschal alle Betriebe mit körpernahen Dienstleistungen zu schließen, während zugleich Friseurbetriebe offen gehalten werden. Es macht insbesondere keinen Sinn, Frisöre mit der Begründung offen zu halten, diese seien aus „hygienischen“ Gründen notwendig (man kann sich auch ohne Meisterbrief im Frisörhandwerk selbst die Haare waschen. Frisöre sind schlicht auf Haare spezialisierte Kosmetikbetriebe), während Gastronomie, welche die Menschen mit zubereiteter Nahrung versorgt, geschlossen werden muss, obwohl dort, zumindest im Betrieb des Antragstellers, intensiver Körperkontakt nicht zum Leistungsspektrum gehört. Gastronomiebetriebe sind für viele Menschen, insb. ältere Menschen, der einzige Ort, an dem sie regelmäßig warme Mahlzeiten einnehmen können, sei es, weil sie selbst nicht kochen können oder sei es, weil sie es nicht mehr so gut alleine hinkommen. Es ist nicht ansatzweise nachvollziehbar, warum körpernahe Dienstleistungen wie Frisöre, die keine „notwendigen“ Dienste erbringen, geöffnet haben dürfen, während Gaststätten und Herbergen, in denen Abstände jederzeit eingehalten werden können, geschlossen werden.

Folglich kann man die Auswahl der durch die Verordnung zu schließenden Betriebe nur willkürlich und damit einen Verstoß gegen Art. 3 Abs. 1 GG nennen, oder Anordnungen nach dem „Gießkannenprinzip“, wie es der Virologe Alexander Kekulé sinngemäß formulierte. Das betrifft mithin die Auswahl aller betroffenen Branchen, bei denen man auch nicht danach differenziert hat, ob sich einzelne Betriebe tatsächlich an die Hygienevorschriften gehalten haben oder nicht. Besonders perfide wird das durch die vollkommen verunglückte Werbekampagne in Berlin deutlich, als das für das Berlin-Marketing verantwortliche „visitberlin“ zusammen mit dem Berliner Senat das Motto „Maske auf. Sonst Lokal zu.“ aus der Taufe hoben.



Die Berliner Wirtschaftssenatorin im September 2020 bei der Vorstellung der Kampagne, die genauso verunglückte, wie die spätere „Stinkefinger-Oma“, die jedem „Maskenverweigerer“ den moralischen Stinkefinger zeigte, gleich, ob die Maske aus gesundheitlichen Gründen nicht getragen werden darf oder nicht.

Ende Oktober 2020 müssen die angesprochenen Betriebe bitter zur Kenntnis nehmen: Maske auf. Trotzdem Lokal zu. Oder bezogen auf die Einhaltung der Hygienevorschriften: Alles richtig gemacht, trotzdem geschlossen. Es ist nicht erkennbar, welchem rechtsstaatlichen Prinzip es folgen soll, wenn Gesetzesgehorsam damit praktisch sanktioniert wird.

Vorliegend kann sich der Beklagte auch nicht darauf zurückziehen, die Lage sei nach wie vor unklar (oder um das wohl am häufigsten verwendete inhaltsleere Buzzword zu bemühen: dynamisch). Anders als im Frühjahr, also dem „ersten Lockdown“ konnte man bereits auf Erfahrungswerte zurückgreifen, wie der Bundesgesundheitsminister Jens Spahn es im September diesen Jahres zu Protokoll gab:

*„Mit dem Wissen heute, das kann ich Ihnen sagen, müssen keine Friseure mehr schließen und kein Einzelhandel mehr schließen. Das wird nicht noch mal passieren. Wir werden nicht noch mal Besuchsverbote brauchen in den Pflegeeinrichtungen.“ Soll heißen: Wir wissen jetzt mehr über Corona. Darum ziehen wir nun Masken auf und **nicht mehr** der Volkswirtschaft den Stecker. „Das Virus ist dynamisch, wir müssen es auch sein.“ Was also vielleicht wie Trial and Error oder Troubleshooting aussieht, darf vom Bürger als ein lernendes System bestaunt werden.“*

(Quelle: [medicial-tribune.de](https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/mit-dem-wissen-von-heute/) vom 12.09.2020, <https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/mit-dem-wissen-von-heute/>)

Die Aussage des Ministers ist zutreffend, jedoch hat offenbar in den letzten Monaten, in denen wohlgemerkt nicht nur einmal über die anrollende *zweite Welle* warnend geraunt worden ist, kein Lernprozess stattgefunden. Insofern ist die hier angegriffene Verordnung der berühmte „Schuss aus der Hüfte“.

Selbst, wenn man den Ausführungen bis hierher nicht folgt, stellt sich die Frage, ob die hier angegriffene Verordnung überhaupt in die Berufsausübungsfreiheit eingreifen darf. Hierzu wird zunächst auf die Ausführungen, ob überhaupt eine Ermächtigung im Sinne des § 32 S. 1 IfSG besteht, Bezug genommen werden. Für den Antragsteller trifft dies jedenfalls nicht zu. Dies sei an dieser Stelle noch einmal unterstrichen. Es liegt keine Feststellung dahingehend vor, dass sie oder irgendein anderer Betrieb bzw. Inhaber als Kranker, Krankheitsverdächtiger, Ansteckungsverdächtiger oder Ausscheider zu qualifizieren ist, um überhaupt eine Maßnahme anzuordnen, die den §§ 28 bis 31 IfSG entspricht, vgl. Kießling, a. a. O. § 32 Rn. 3.

Augenfällig ist vielmehr, dass in § 32 S. 3 IfSG die Grundrechte genannt werden, zu deren Einschränkung das Gesetz den Ordnungsgeber ermächtigt. Art. 12 GG wird dort ausdrücklich nicht genannt und die Norm kann auch nicht dahingehend ausgelegt werden, dass der Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit durch diese Norm gerechtfertigt wäre. Das ist auch nicht notwendig, da derartig pauschale und vom Einzelfall losgelöste Anordnungen dem Infektionsschutzrecht fremd sind, die derart tiefgreifende Einschnitte in die Berufsfreiheit der Betroffenen zur Folge haben. Darin ist zugleich auch zu lesen, dass das Infektionsschutzgesetz des Bundes auch gar keine Ermächtigungsgrundlage für derart weitreichende Anordnungen sein sollte. Insofern ist klar auf den Zweck des Zitiergebots nach Art. 19 Abs. 1 S. 2 GG abzustellen. Es handelt sich hier um eine zwingende

Vorschrift. Fehlt einem Gesetz ein von Art. 19 Abs. 1 S. 2 GG gebotenes Grundrechtszitat, ist es zunächst dahingehend auszulegen, dass es das nicht zitierte Grundrecht nicht einschränkt bzw. nicht dazu ermächtigt, vgl. Maunz/Dürig, GG, 91. EL 2020, Art. 19 Rn. 47 m. w. N.

Die Verordnung postuliert auch ein absolutes und objektives Berufsverbot und greift damit auf der höchsten Stufe der Berufsfreiheit ein nach der Stufentheorie des Bundesverfassungsgerichts. Dies belegt zum einen die Wesentlichkeit des Eingriffs und damit die Notwendigkeit eines Parlamentsgesetzes im Sinne des Parlamentsvorbehalts. Zum anderen dürfte ein solcher Eingriff nur bei kollidierenden Verfassungsgütern Dritter oder zwingenden Gründen des Allgemeinwohls vorgenommen werden. Ein solcher liegt hier jedoch nicht vor, weil, wie dargestellt, weder eine Überlastung des Gesundheitssystems zu befürchten ist noch ersichtlich ist, dass von Gastronomie überhaupt eine gesteigerte Infektionsgefahr ausgeht. Der Antragsteller hat sich bisher an alle Vorgaben zur Einhaltung der Hygienemaßnahmen sklavisch gehalten. Es ist daher nicht einzusehen, sie wie ein unmündiges Kind zu einem Verhalten erziehen zu wollen, welches sie längst befolgt, damit – auf gut Deutsch gesagt – Mama Merkel und Papa Spahn Weihnachten nicht absagen und alle ihre Geschenke bekommen. Es ist nicht Aufgabe des Staates, erwachsene und mündige Bürger nach seinen Wünschen zu erziehen. Der Staat ist der Bürger wegen da und nicht umgekehrt. Es ist ebenso wenig zulässig, der Kläger in irgendeine moderne Form von Sippenhaft zu nehmen.

Das Berufsverbot erweist sich jedenfalls als unverhältnismäßig, weil der Antragsteller – wie wohl die gesamte deutsche Wirtschaft, welche nicht gerade Herrn Jeff Bezos oder anderen Versandhändlern gehört – bereits durch den ersten „Lockdown“ am Rande des Ruins steht und jede neuerliche Schließung einem weiteren Sargnagel gleichkommt. Insbesondere im Dienstleistungsgewerbe ist mit Schließung des Betriebs ein Verlust an Kundenstamm verbunden, der sich kaum wiedergutmachen lässt. Ein derartiges Opfer kann von dem Kläger auch im Sinne des Infektionsschutzes nicht verlangt werden, da er zur vollständigen Preisgabe ihrer Berufsfreiheit gezwungen wird.

Dem Beklagten kann es hier in seiner Funktion als Grundrechtsverpflichteter nicht gelingen, den Nachweis der Effektivität seiner Grundrechtseingriffe zur Zielerreichung zu erbringen. Diese Unergiebigkeit geht zu seinen Lasten.

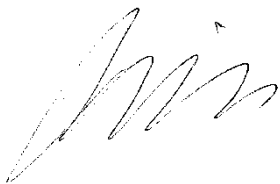
Der Antragsteller steht mit seinem Betrieb vor dem Ruin. Der Gesetzgeber hat sich auch jüngst erneut offenbar bewusst dafür entschieden, Betroffene kompensationslos zu stellen und nicht über § 56 IfSG zu entschädigen. Bisher gibt es nur politische Absichtsbekundungen für weitere Hilfszahlungen, mit denen sich die Akteure des Politiktheaters vor allen Dingen als große Macher und Retter hervortun wollen. Solange der Antragsteller aber kein Geld in der Tasche hat und auch keinen Anspruch darauf, muss er sich nicht darauf verweisen lassen, man werde ihm schon irgendwann, wenn er sich nur brav geduldet, irgendwann ein Almosen zukommen lassen. Dieser absolutistischen Grandenmentalität sollte durch die Gerichte endgültig Einhalt geboten werden. Ansonsten werden wir eine moderne Aufführung von „Wenn Sie kein Brot haben, sollen Sie doch Kuchen essen.“ miterleben. Der Eingriff in seinen Gewerbebetrieb stellt sich für den Antragsteller jedenfalls als kompensationslose und damit unzulässige Legalenteignung dar (das ergibt sich schon

aus dem Wortlaut der Verordnung „sind geschlossen“, also ohne weiteren Zwischenschritt), ein Verstoß gegen Art. 14 GG.

Auch ist der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz zulässig und begründet. Der Antragsteller wie dargestellt, einen Verfügungsanspruch. Er hat auch einen Verfügungsgrund. Denn die Verordnung erweist sich in Bezug auf die angegriffenen Punkte als rechtswidrig. Es ist bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache eine einstweilige Anordnung gemäß § 123 Abs. 1 VwGO zu erlassen, da für den Antragsteller andernfalls schwere Nachteile drohen. Dies insbesondere im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG; dem Eingriff in Berufsfreiheit. Gerade wegen des massiven Eingriffs in die Berufsfreiheit kann dem Antragsteller ein Zuwarten bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache nicht zugemutet werden, ohne dass hier schwere Nachteile drohen. Insbesondere droht dem Antragsteller der Verlust ihres Betriebs.

Zur Glaubhaftmachung insb. der akuten und existenziellen wirtschaftlichen Bedrohung des klägerischen Betriebs und den weiteren Tatsachenvortrag wird auf die eidesstattliche Versicherung des Antragstellers Bezug genommen.

Sollte das Gericht weitere Ausführungen für erforderlich halten, so wird vor einer Entscheidung um entsprechenden Hinweis gebeten.



Dr. Fuellmich, LL.M.
- Rechtsanwalt -