

Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg
Hardenbergstraße 31
10623 Berlin

beate bahner

fachanwältin für medizinrecht
mediatorin im gesundheitswesen
fachbuchautorin im springerverlag

vertretung | beratung | verträge

www.beatebahner.de

Fax: 030/90149-8808

M. / Land Brandenburg
wg. Rechtswidrigkeit der SARS-CoV-2
Eindämmungsverordnung v. 22.1.2021
Unser Az.: 24/2021

18.02.2021

Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 47 Abs. 6 VwGO

In der Sache

M.

- Antragsteller -

vertreten durch die Fachanwaltskanzlei BAHNER, 69115 Heidelberg, Voßstr. 3

gegen

das **Land Brandenburg**, Staatskanzlei, 14473 Potsdam, vertreten durch den Ministerpräsidenten Dr. Dietmar Woidke

- Antragsgegner -

zeige ich die anwaltliche Vertretung des Antragstellers an und stelle ich hiermit die folgenden **Anträge**:

1. Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass ein PCR-Test nicht imstande ist, ein vermehrungsfähiges Virus i.S.d. § 2 Abs. 1 IfSG und damit den Krankheitserreger des SARS-CoV-2-Virus nachzuweisen.
2. Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass Menschen mit einem positiven PCR-Testergebnis auf SARS-CoV-2 weder „COVID-19-Erkrankte“ noch „Infizierte“ sind.
3. Es wird dem Antragsgegner bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig untersagt, allein auf Basis eines positiven PCR-Testergebnisses eine „Neuinfektion“ oder eine „Infektion“ oder eine „Covid-19-Erkrankung“ oder einen „Fall“ mit dem SARS-CoV-2-Virus i.S.d. § 28a Abs. 3 IfSG zu behaupten.
4. Der Antragsgegner wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig verpflichtet, eine Neuinfektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 i.S.d. § 28a Abs. 3 IfSG nur nach Anzucht eines vermehrungsfähigen SARS-CoV-2-Virus (Krankheitserreger) i.S.d. § 2 Abs. 1 IfSG und nur nach darauf folgendem labordiagnostischem Ausschluss anderer Viren (insbesondere Influenza, Rhino, Adeno usw.) und nur nach entsprechendem klinischen Befund des Patienten in die Berechnung des Inzidenzwerts (Schwellenwerts) nach § 28a Abs. 3 IfSG aufzunehmen.
5. Es wird dem Antragsgegner bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig untersagt, eine nach Punkt 4 dieses Antrags mehrfach getestete und diagnostizierte Person mehr als einmal in die Berechnung des Inzidenzwerts aufzunehmen.
6. Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass ein Inzidenzwert von 50/100.000 i.S.d. § 28a Abs. 3 IfSG entsprechend der Definition der Europäischen Union und des Bundesgesundheitsministeriums eine „seltene Erkrankung“ darstellt.
7. Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass eine seltene Erkrankung keine „Epidemische Lage von nationaler Tragweite“ i.S.d. §§ 5, § 28a IfSG darstellt.

- 8. Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 innerhalb von sieben Tagen in Brandenburg weniger als 10 je 100.000 Einwohner beträgt.**
- 9. Die 6. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 12.2.2021 wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache außer Vollzug gesetzt.**
- 10. Hilfsweise: § 10 der 6. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 12.2.2021 wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache außer Vollzug gesetzt.**
- 11. Der Antragsgegner trägt die Kosten des Verfahrens.**
- 12. Der Streitwert wird auf 50.000,- € festgesetzt.**

Überblick des Eilantrags

1.	Erlass der 6. SARS-CoV-2 EindV	7
1.1	Begründung der 6. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung	7
1.2	Entwicklung der Zahlen von 20. Januar bis 7. Februar 2021	8
1.3	Die Zahlen und Begründung der vorausgegangenen 5. SARS-CoV-2-EindV	9
2.	Zulässigkeit und Begründetheit des Antrags	11
2.1	Statthaftigkeit des Antrags	11
2.2	Zulässigkeit des Antrags	12
2.3	Subjektive Rechtsverletzung des Antragstellers	12
2.4	Begründetheit des Antrags	13
3.	Offensichtliche Rechtswidrigkeit der Verordnung	15
3.1	Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz	15
3.1.1	Verordnungsbefugnis	15
3.1.2	Voraussetzungen der §§ 28, 28a IfSG liegen nicht vor	15
3.2	Voraussetzungen für Maßnahmen nach § 28a IfSG	15
3.2.1	Vorliegen einer „epidemische Lage von nationaler Tragweite“	15
3.2.2	Notwendigkeit des Vorliegens einer „bedrohlichen“ übertragbaren Krankheit	16
3.3	COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit	16
3.3.1	Die Bedeutung des Begriffs „SARS“	16
3.3.2	Nur 1,4 % aller an COVID-19 erkrankten hatten eine Pneumonie	17
3.3.3	Pneumonien werden nur selten durch Viren ausgelöst	17
3.3.4	Krankheitsquote beträgt nur 0,005 % in Brandenburg	18
3.3.5	Straftatenquote ist tausendfach höher und beträgt 7 % in Brandenburg	18
3.3.6	Sterblichkeitsrisiko für Corona beträgt nach Angabe der WHO nur 0,2 %	19
4.	Covid19 ist eine „sehr seltene Erkrankung“	19
4.1	Es gibt keine epidemische Lage von nationaler Tragweite	20
4.2	Jährlich sterben ca. 950.000 Menschen in Deutschland	21
4.3	Wenn keine Pandemie, was dann?	22
4.4	Corona ist nach Aussage des BVerfG allgemeines Lebensrisiko	23
5.	Corona-Tote in Deutschland	24
5.1	Todeszahlen nach Angaben des Intensivregisters	24
5.2	Todeszahlen nach Angaben des RKI	24
5.3	Widersprüchliche Angaben des RKI	25
5.4	Nur 1,9 Prozent aller 950.000 Toten sind an Corona verstorben	25
5.5	COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit	26
6.	Eklatante und inakzeptable Widersprüche in der Begründung	27
6.1	Reduktion der COVID19 Patienten und Erhöhung der Klinikkapazitäten	27
6.2	Keine Notwendigkeit der Schutzmaßnahmen i.S.d. § 28a Abs. 1 IfSG	28
6.3	Keine Überlastung des Gesundheitssystems	28
6.4	480 freie Intensivbetten in Brandenburg	29
6.5	Die falsche Zahl der angeblich COVID-19 „Erkrankten“	29

6.6	5.258 „Fälle“ sind nicht hospitalisiert	30
6.7	Irreführung auf Basis von PCR-Tests	30
7.	Rechtswidrige Berechnung der Zahl der Erkrankten	31
7.1	Der Begriff der „Neuinfektion“ nach § 28a Abs. 3 IfSG	32
7.2	Infektion ist die Aufnahme eines Krankheitserregers, § 2 Nr. 2 IfSG	32
7.3	Ansteckungsverdächtige nach § 28 Abs. 1 IfSG	32
7.4	Asymptomatische Personen sind weder „erkrankt“ noch „infektiös“	33
8.	Möglichkeiten und Grenzen des PCR-Tests	35
8.1	Nobelpreis für den Erfinder des PCR-Tests	35
8.2	Die Vervielfältigung / Zyklenzahl	36
8.3	Der PCR-Test kann akute Infektionen nicht nachweisen	37
9.	Das Robert-Koch-Institut zum PCR-Test	38
9.1	Die klare Aussage des Robert-Koch-Instituts im Bulletin 39/2020	38
9.2	Robert-Koch-Institut bestätigt die Notwendigkeit der Virusvermehrung	39
9.3	Voraussetzungen des Ansteckungsverdachts nach RKI	40
9.4	Wie gut ist ein SARS-CoV-2 Testresultat?	40
10.	Die Weltgesundheitsorganisation zum PCR-Test	41
10.1	Bestätigung durch WHO am 14. Dezember 2020	41
10.2	Weitere Warnung der WHO vom 20. Januar 2021	41
11.	Bestätigung der Ungeeignetheit durch Hersteller und Experten	42
11.1	Aussage des Olfert Landt, Geschäftsführer von TIB Molbiol	42
11.2	Aussage des Dr. Roger Hodgkinson	43
11.3	Bestätigung des RKI durch weitere Experten	44
11.4	Falsche Behauptung der Leopoldina	46
11.5	Keine Reaktion der „Wissenschaftler“	47
12.	Die Konsequenzen aus der Unbrauchbarkeit des PCR-Tests	49
12.1	Corona – Geschichte eines Test-Betrugs?	49
12.2	FDA entzieht 229 PCR-Tests die Zulassung	49
12.3	Antrag auf Rückzug der Corman-Drosten-PCR-Studie	50
12.4	Die Kritikpunkte an der Corman-Drosten-Studie	50
12.5	Der Beschluss des Amtsgerichts Heidelberg	52
12.6	Die Notwendigkeit weiterer Diagnostik	52
12.6.1	PCR-Test unterscheidet nicht zwischen SARS-CoV-2- und Grippeviren	52
12.6.2	Ähnliche Symptome bei Grippe und Corona	53
12.6.3	Diagnostischer Ausschluss des Grippevirus zwingend erforderlich	54
12.7	Grober Verstoß gegen den ausdrücklichen Gesetzeswortlaut	55
13.	Die massiven Gesetzesverletzungen der beteiligten Institutionen	56
13.1	Verletzung der Meldepflicht durch die Labore nach § 7 Abs. 1 IfSG	56
13.2	Verstoß der Labore gegen den Datenschutz	57
13.3	Verstoß der Labore gegen die ärztliche Schweigepflicht	57
13.4	Verstoß der Gesundheitsämter gegen ihre gesetzlichen Pflichten	58
13.5	Verstoß des RKI gegen das Infektionsschutzgesetz	59

13.6	Strafbares Verhalten des Antragsgegners.....	59
13.6.1	Betrug und Falschbeurkundung im Amt.....	59
13.6.2	Verbrechen gegen die Menschlichkeit	60
13.7	Die eklatanten Widersprüche verletzen die Menschenwürde	60
13.7.1	Offensichtliches Abflauen der Corona-Erkrankung.....	61
13.7.2	Der Antragsgegner verkauft sein Volk für dumm	62
13.7.3	Grundrechtsverletzungen basieren auf Lügen und Betrug	62
13.7.4	Die Lüge von der 7-Tage-Inzidenz	62
14.	Der Inzidenzwert in Brandenburg liegt aktuell bei 5/100.000.....	64
14.1	Offensichtliche Zweifel selbst bei Intensivpatienten	64
14.2	Pflicht zur korrekten Berechnung der Fallzahlen.....	65
14.3	Verbot der Aufnahme von Mehrfachtestungen in die Inzidenzberechnung	66
15.	Verpflichtung des Antragsgegners zum Nachweis seiner Behauptungen	67
15.1	Pflicht zur eidesstattlichen Versicherung des Antragsgegners	67
15.2	Pflicht zur Vorlage von Studien durch den Antragsgegner.....	67
15.3	Pflicht zur Vorlage der Auswertung der Sentinelpraxen in Brandenburg.....	68
15.4	Pflicht zur Vorlage von Totenscheinen und Obduktionsberichten.....	68
15.4.1	Fälschung von Totenscheinen und Bestechung der Angehörigen	69
15.4.2	Anstieg der Todeszahlen nach Impfung.....	70
15.5	Behauptungen „ins Blaue hinein“.....	70
15.6	Pflicht zur wahrheitsgemäßen Begründung von Lockdownmassnahmen	71
15.7	Der Antragsgegner muss die Rechtsstaatlichkeit seiner Maßnahmen nachweisen	72
16.	Keine Kohärenz zwischen Schließung von Gaststätten und § 28a IfSG	73
16.1	Die Schließung von Gaststätten dient nicht dem Schutz des Gesundheitssystems.....	73
16.2	Missachtung der Auswirkungen des Schließung von Betrieben	74
16.3	Das Verbot der Verfolgung scheinheiliger Ziele	75
16.4	Das Grund- und Menschenrecht, zu arbeiten und seinem Beruf nachzugehen	76
17.	Der unethische Missbrauch des Infektionsschutzgesetzes.....	78
17.1	Die vielfachen vorsätzlichen Verstöße gegen das IfSG	78
17.2	Der Testskandal weitet sich weltweit aus	79
17.3	Die unrühmliche Rolle des Robert-Koch-Instituts im Dritten Reich.....	80
17.4	Die Entschließung des Europäischen Parlaments vom 13.11.2020	81
18.	Mein dringender Appell an die Gerichte	83

1. Erlass der 6. SARS-CoV-2 EindV

Der Antragsgegner hat am 12.2.2021 eine „Sechste Verordnung über befristete Eindämmungsmaßnahmen aufgrund des SARS-CoV-2-Virus und COVID 19 im Land Brandenburg“ (SARS-CoV-2 EindV) erlassen. Rechtsgrundlage hierfür sind die §§ 32, 28, 28a IfSG. Nach § 28a Abs. 3 Satz IfSG sind bei einer landesweiten Überschreitung eines Schwellenwertes von über 50 Neuinfektionen je 100.000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen landesweit abgestimmte umfassende, auf eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens abzielende Schutzmaßnahmen anzustreben.

Unter anderem sieht § 10 SARS-CoV-2 EindV die (weitere) **Schließung von Gaststätten für den Publikumsverkehr** vor.

Die Verordnung tritt am 15. Februar 2021 in Kraft und mit Ablauf des 7. März 2021 außer Kraft, § 27 SARS-CoV-2 EindV.

1.1 Begründung der 6. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung

Zur Begründung der Aufrechterhaltung der vorhergehenden 5. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 22.1.2021 (gültig bis 14.2.2021) durch die hier angegriffene 6. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung führte der Antragsgegner folgendes aus: (Hervorhebung durch die Unterzeichnerin)

*Mit der Fünften SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung (5. SARS-CoV-2-EindV) vom 22. Januar 2021 wurden die mit der Vierten SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung (4. SARS-CoV-2-EindV) vom 8. Januar 2021 in Kraft gesetzten Schutzmaßnahmen verlängert und teilweise verschärft, um die **gleichbleibend auf einem hohen Niveau** verharrenden Infektionszahlen abzusenken. Damit sollte eine spürbare Entlastung des Gesundheitssystems herbeigeführt werden, denn die **Belastung der Krankenhäuser** vor allem auf den Intensivstationen ist ungeachtet leicht rückläufiger Auslastung **weiterhin auf einem hohen Niveau**.*

Zwar sind die Fallzahlen nach einem starken Anstieg Anfang Dezember, einem Rückgang während der Feiertage und einem erneuten Anstieg in der ersten Januarwoche derzeit wieder rückläufig. Dennoch ist es trotz der verlängerten und zum Teil verschärften Schutzmaßnahmen bisher nicht gelungen, eine nachhaltige Trendumkehr des Infektionsgeschehens im Land Brandenburg herbeiführen. Dies lässt sich für den Zeitraum vom 20. Januar bis zum 10. Februar 2021 anhand der folgenden Entwicklungen nachvollziehen:

1.2 Entwicklung der Zahlen von 20. Januar bis 7. Februar 2021

- Die Zahl der aktuell an COVID-19 Erkrankten hat sich in dem vorgenannten Zeitraum **von 15 951 Erkrankten auf 6 082 Erkrankte reduziert**,
- die Zahl der **stationär behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten** hat sich **von 1 0231 Patientinnen und Patienten auf 684 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der davon **intensivstationär** behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 159 Patientinnen und Patienten auf 140 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der intensivstationär **beatmeten** COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich von **159 Patientinnen und Patienten auf 110 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau.

In dem Zeitraum vom 20. Januar bis zum 10. Februar 2021 hat sich die **landesweite 7-Tage-Inzidenz von 229,0 auf 79,5 reduziert**. Dabei ist weiterhin in einzelnen Landkreisen (Stand: 10. Februar 2021) eine hohe 7-Tage-Inzidenz von 160,0, 148,4 und 121,4 festzustellen.

Die Zahl der wöchentlichen **Neuinfizierten** bewegt sich weiterhin auf einem hohen Niveau:

- Vom 20. Januar bis zum 27. Januar 2021 wurden **5 028** Neuinfizierte ermittelt,
- vom 28. Januar bis zum 3. Februar 2021 wurden **2 184** Neuinfizierte ermittelt,
- vom 4. Februar 2021 bis zum 10. Februar 2021 wurden bereits **2 426** Neuinfizierte ermittelt.

Das andauernd sehr dynamische Infektionsgeschehen führt zu einer hohen Inanspruchnahme der intensivmedizinischen Kapazitäten. Die **Anzahl** der noch verfügbaren COVID-19-geeigneten **intensivmedizinischen Beatmungsbetten** betrug am:

- 28. Januar 2021: 315
- 4. Februar 2021: 364
- 10. Februar 2021: 367

Die Zahl der an **COVID-19 Verstorbenen** steigt weiterhin stark an (kumulative Angaben):

- 28. Januar 2021: 2 283
- 4. Februar 2021: 2 503
- 10. Februar 2021: 2 712

Damit ist das eigentliche Ziel der Fünften SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 22. Januar 2021 in Gestalt einer nachhaltigen Reduktion der Neuinfektionen durchaus, wenn auch **nicht in ausreichendem Maße, erreicht worden.**

Glaubhaftmachung: Allgemeine Begründung zur 6. SARS-CoV-2 EindV, S. 22, als
Anlage 1.

1.3 Die Zahlen und Begründung der vorausgegangenen 5. SARS-CoV-2-EindV

Zuvor hatte der Antragsgegner die bis 14.2.2021 gültige 5. SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wie folgt begründet, was zum Vergleich mit der aktuellen 6. SARS-CoV-2 EindV wichtig ist und daher nachfolgend ebenfalls dargelegt wird.

*Mit der Vierten SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung (4. SARS-CoV-2-EindV) vom 8. Januar 2021 wurden die mit der Dritten SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung (3. SARS-CoV-2-EindV) vom 15. Dezember 2020, die durch die Verordnung vom 18. Dezember 2020 geändert worden ist, in Kraft gesetzten Schutzmaßnahmen verlängert und teilweise verschärft, um die gleichbleibend **auf einem hohen Niveau verharrenden Infektionszahlen** abzusenken. Damit sollte eine spürbare Entlastung des Gesundheitssystems herbeigeführt werden, denn die **Belastung der Krankenhäuser vor allem auf den Intensivstationen** ist ungeachtet leicht rückläufiger Auslastung **weiterhin auf einem hohen Niveau**. Trotz der verlängerten und zum Teil verschärften Schutzmaßnahmen ist es allerdings bisher nicht gelungen, eine nachhaltige Trendumkehr des Infektionsgeschehens im Land Brandenburg herbeiführen. Dies lässt sich für den Zeitraum vom 4. Januar bis zum 19. Januar 2021 anhand der folgenden Entwicklungen nachvollziehen:*

Der Antragsgegner stützte die Verlängerung und Verschärfung der bisherigen Corona-Maßnahmen auf die angebliche **Erhöhung der „COVID-19 Erkrankten“** und damit eine **Erhöhung der 7-Tages-Inzidenz** wie folgt:

*Die Zahl der aktuell an COVID-19 Erkrankten hat sich in dem vorgenannten Zeitraum **von 14 820 Erkrankten auf 16 518 Erkrankte** erhöht.*

*In dem Zeitraum vom 4. Januar bis zum 20. Januar 2021 hat sich die **landesweite 7-Tage-Inzidenz von 215,2 auf 224,6 erhöht**. Dabei ist weiterhin in einzelnen Landkreisen (Stand: 20. Januar 2021) eine sehr hohe 7-Tage-Inzidenz von 386,4, 373,7, 362,9, und 315,2 festzustellen.*

*Die Zahl der **wöchentlichen Neuinfizierten** bewegt sich weiterhin auf einem hohen Niveau:*

- Vom 4. Januar bis zum 10. Januar 2021 wurden **7 292 Neuinfizierte** ermittelt, vom 11. Januar bis zum 17. Januar 2021 wurden **5 817 Neuinfizierte** ermittelt,
- vom 18. Januar 2021 bis zum 21. Januar 2021 wurden bereits **2 857 Neuinfizierte** ermittelt.

Die Zahl der an **COVID-19 Verstorbenen** (in Brandenburg) steigt weiterhin stark an (**kumulative Angaben**):

- 5. Januar 2021: 1 247
- 12. Januar 2021: 1 569 (+ 322 im Vergleich zur Vorwoche)
- 19. Januar 2021: 1 910 (+ 341 im Vergleich zur Vorwoche)

Damit ist das *eigentliche Ziel* der Vierten SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung vom 8. Januar 2021 in Gestalt einer nachhaltigen Reduktion der Neuinfektionen noch nicht erreicht worden.

- die Zahl der **stationär behandelten** COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 1 164 Patientinnen und Patienten auf 1 022 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der davon **intensivstationär behandelten** COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 257 Patientinnen und Patienten auf 227 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der **intensivstationär beatmeten** COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 200 Patientinnen und Patienten auf 164 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau.

Das **andauernd sehr dynamische Infektionsgeschehen** führt zu einer **hohen Inanspruchnahme der intensivmedizinischen Kapazitäten**. Die Anzahl der **noch verfügbaren** COVID-19-geeigneten intensivmedizinischen Beatmungsbetten betrug am:

- 5. Januar 2021: **244**
- 12. Januar 2021: **297**
- 19. Januar 2021: **311**

Glaubhaftmachung: Allgemeine Begründung zur 5. SARS-CoV-2 EindV, S. 21,

Anlage 2.

2. Zulässigkeit und Begründetheit des Antrags

2.1 Statthaftigkeit des Antrags

Der Antrag des Antragstellers ist auf die **Feststellung** gerichtet, dass

- ein PCR-Test nicht imstande ist, den Nachweis eines Krankheitserregers des SARS-CoV-2-Virus i.S.d. § 2 Abs. 1 IfSG zu erbringen.
- Menschen mit einem positiven PCR-Testergebnis auf SARS-CoV-2 weder „COVID-19-Erkrankte“ noch „Infizierte“ sind.
- eine Neuinfektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 i.S.d. § 28a Abs. 3 IfSG nur durch Anzucht eines vermehrungsfähigen Virus (Krankheitserreger) i.S.d. § 2 Abs. 1 IfSG und nur nach darauf folgendem labordiagnostischem Ausschluss anderer Influenzaviren festgestellt darf.

Er ist ferner auf die **Verpflichtung** des Antragsgegners gerichtet,

- es dem Antragsgegner zu untersagen, allein auf Basis eines PCR-Tests eine „Neuinfektion“ mit dem SARS-CoV-2-Virus i.S.d. § 28a Abs. 3 IfSG zu behaupten.
- nur nach Anzucht eines vermehrungsfähigen Virus und nach labordiagnostischem Ausschluss anderer Viren eine Neuinfektion in die Berechnung des Inzidenzwerts (Schwellenwerts) nach § 28a Abs. 3 IfSG aufzunehmen.

Er ist ferner auf die **Feststellung** gerichtet, dass

- ein Inzidenzwert von 50/100.000 i.S.d. § 28a Abs. 3 IfSG entsprechend der Definition der Europäischen Union und des Bundesgesundheitsministeriums eine „seltene Erkrankung“ darstellt.
- keine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ i.S.d. §§ 5, § 28a IfSG vorliegt.
- die Anzahl der Neuinfektionen mit dem Corona-Virus SARS-CoV-2 innerhalb von sieben Tagen in Brandenburg weniger als 10 je 100.000 Einwohner beträgt.

Die zuvor genannten Anträge führen sodann mangels Vorliegens der gesetzlichen Voraussetzungen der §§ 28, 28a IfSG für den Erlass einer Rechtsverordnung **zwingend zum Antrag**, die sechste SARS-CoV-2 Eindämmungsverordnung des

Landes Brandenburg vom 12.2.2021 vorläufig **außer Vollzug zu setzen, hilfsweise jedenfalls § 10 SARS-CoV-2 Eindämmungsverordnung außer Vollzug zu setzen.**

2.2 Zulässigkeit des Antrags

Der Normenkontroll-Eilantrag ist nach § 47 Abs. 6 VwGO i.V.m. § 4 BbgVwGG statthaft. Die SARS-CoV-2 EindV ist eine im Range unter dem Landesgesetz stehende Rechtsvorschrift im Sinne des § 47 Abs. 1 Nr. 2 VwGO.

Der Antragsteller ist **antragsbefugt** im Sinne des § 47 Abs. 2 Satz 1 VwGO, da er geltend machen kann, in eigenen Rechten verletzt zu sein.

Das in § 10 der SARS-CoV-2 EindV angeordnete Verbot des Betriebs einer Gaststätte lässt es möglich erscheinen, dass der Antragsteller in seinen **Grundrechten der Berufsfreiheit nach Art. 12 GG und der Handlungsfreiheit sowie der freien Entfaltung seiner Persönlichkeit** nach Art. 2 Abs. 1 GG verletzt wird.

Der Antrag ist gegen das Land Brandenburg als normerlassende Körperschaft im Sinne des § 47 Abs. 2 S. 2 VwGO gerichtet.

2.3 Subjektive Rechtsverletzung des Antragstellers

Der Antragsteller ist **antragsbefugt**. Er lebt in G. , Landkreis und ist seit vielen Jahren der Inhaber und Betreiber einer Gaststätte, nämlich des , ebenfalls Landkreis , wenige Kilometer von seinem Wohnort in entfernt.

Glaubhaftmachung: Antrag Gewerberegister vom 8.8.2013

Anlage 3.

Er vermietet diese Räumlichkeit für private Feiern, vgl. auch die **Homepage des Antragstellers** unter [www. .](#)

Der Antragsteller hat mit enormem finanziellem Aufwand diesen Betrieb nicht nur eingerichtet und finanziert. Er hat darüber hinaus im letzten Jahr weitere erhebliche finanziellen Mittel und großes Engagement darin investiert, die damals vorgeschriebenen Hygieneregeln umzusetzen, um seine Gaststätte weiter betreiben zu können. Dennoch wurde ihm nicht nur in den Monaten März bis Mai 2020, sondern nun erneut seit November 2020 bis zum heutigen Tage und vo-

raussichtlich bis zum Ende des Jahres 2022 die Führung seines Betriebs untersagt. Er wird daher zeitnah Insolvenz anmelden müssen, da er nicht die Mittel hat – und diese auch derzeit entgegen der Zusagen der Regierung nicht bzw. nicht in der versprochenen Höhe bekommt – um sowohl seine berufliche Existenz als auch seine private Existenz zu sichern.

Der Antragsteller ist damit nicht nur in seiner Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG, sondern auch in seiner Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG unmittelbar betroffen und damit in seinen eigenen subjektiven Rechten schwer verletzt.

2.4 Begründetheit des Antrags

Nach § 47 Abs. 6 VwGO kann das Gericht in Normenkontrollverfahren auf Antrag eine einstweilige Anordnung erlassen, wenn dies zur Abwehr schwerer Nachteile oder aus anderen wichtigen Gründen dringend geboten ist. Prüfungsmaßstab im Verfahren nach § 47 Abs. 6 VwGO sind zunächst die **Erfolgsaussichten** eines Normenkontrollantrages im **Hauptsacheverfahren**, soweit sich diese im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes bereits absehen lassen. Ergibt diese Prüfung, dass der Normenkontrollantrag voraussichtlich unzulässig oder unbegründet sein wird, ist der Erlass einer einstweiligen Anordnung nicht im Sinne von § 47 Abs. 6 VwGO zur Abwehr schwerer Nachteile oder aus anderen wichtigen Gründen dringend geboten.

Erweist sich dagegen, dass der **Antrag voraussichtlich Erfolg** haben wird, so ist dies ein wesentliches Indiz dafür, dass der **Vollzug** bis zu einer Entscheidung in der Hauptsache **suspendiert werden muss**. In diesem Fall kann eine einstweilige Anordnung ergehen, wenn der (weitere) Vollzug vor einer Entscheidung im Hauptsacheverfahren Nachteile befürchten lässt, die unter Berücksichtigung der Belange des Antragstellers, betroffener Dritter und/oder der Allgemeinheit so gewichtig sind, dass eine vorläufige Regelung mit Blick auf die Wirksamkeit und Umsetzbarkeit einer für den Antragsteller günstigen Hauptsacheentscheidung unaufschiebbar ist.

Lassen sich die Erfolgsaussichten des Normenkontrollverfahrens nicht abschätzen, ist über den Erlass einer beantragten einstweiligen Anordnung im Wege einer Folgenabwägung zu entscheiden. Gegenüberzustellen sind im Rahmen der sog. "Doppelhypothese" die Folgen, die eintreten würden, wenn eine einstweilige Anordnung nicht erginge, der Normenkontrollantrag aber Erfolg hätte, und die Nachteile, die entstünden, wenn die begehrte einstweilige Anordnung erlassen würde, der Normenkontrollantrag aber erfolglos bliebe. Die für den Erlass der

einstweiligen Anordnung sprechenden Gründe müssen die gegenläufigen Interessen deutlich überwiegen, mithin so schwer wiegen, dass der Erlass der einstweiligen Anordnung - trotz offener Erfolgsaussichten der Hauptsache - dringend geboten ist (vgl. BVerwG, Beschl. v. 30.4.2019 - BVerwG 4 VR 3.19 -, juris Rn. 4).

Unter Anwendung dieser Grundsätze ist den Anträgen des Antragsstellers stattzugeben und schließlich insbesondere die 5. SARS-CoV-2 Eindämmungsverordnung vorläufig außer Vollzug zu setzen. Denn in einem noch einzuleitenden Normenkontrollhauptsacheverfahren wären die Anträge zulässig und begründet und wäre darüber hinaus die gesamte Verordnung für unwirksam zu erklären.

3. Offensichtliche Rechtswidrigkeit der Verordnung

Die Verordnung des Antragsgegners ist offensichtlich **rechtswidrig und zugleich verfassungswidrig**. Sie missachtet in gravierender Weise sämtliche Voraussetzungen des Infektionsschutzgesetzes, insbesondere die Voraussetzungen der §§ 28, 28a, 5, 7 und 2 IfSG. Sie verletzt hierdurch die Rechte des Antragstellers auf Berufsfreiheit nach Art. 12 GG und allgemeine Handlungsfreiheit nach Art. 2 GG.

3.1 Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz

3.1.1 Verordnungsbefugnis

§ 32 IfSG ermächtigt die Landesregierungen, unter den Voraussetzungen, die für Maßnahmen nach den §§ 28 bis 31 maßgebend sind, auch durch Rechtsverordnungen entsprechende Gebote und Verbote zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu erlassen.

3.1.2 Voraussetzungen der §§ 28, 28a IfSG liegen nicht vor

Die SARS-CoV-2 EindV verstößt in mehrfacher Hinsicht gegen die Rechtsgrundlagen der §§ 28, 28a IfSG. Denn weder liegen die Voraussetzungen des § 28 IfSG, noch liegen erst recht nicht die Voraussetzungen des § 28a IfSG für den Erlass der Verordnung vor. Die sogenannten „notwendigen Schutzmaßnahmen“ – unter anderem die Schließung von Gaststätten nach § 28a Abs. 1 Nr. 13 IfSG – sind jedoch (wenn überhaupt) allenfalls bei Vorliegen der Voraussetzungen der § 28 Abs. 1, § 28a IfSG rechtmäßig, ansonsten sind die in der Verordnung enthaltenen Verbote angesichts der ungeheuerlichen Eingriffswirkung sogar verfassungswidrig.

3.2 Voraussetzungen für Maßnahmen nach § 28a IfSG

3.2.1 Vorliegen einer „epidemische Lage von nationaler Tragweite“

Voraussetzung für sämtliche Maßnahmen nach § 28a IfSG ist zunächst die „Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage“, § 28 Abs. 1 IfSG. Der Begriff ist zwar bereits seit März 2020 in § 5 IfSG neu eingefügt worden, es fehlt hierfür jedoch jedwede Gesetzesbegründung. Seit der erneuten Änderung des IfSG v. 18.11.2020 wird die epidemische Lage von nationaler Tragweite neuerdings in § 5 Abs. 1 S. 4 IfSG wie folgt definiert

Eine epidemische Lage von nationaler Tragweite liegt vor, wenn eine ernsthafte Gefahr für die öffentliche Gesundheit in der gesamten Bundesrepublik Deutschland besteht, weil

- 1. die Weltgesundheitsorganisation eine gesundheitliche Notlage von internationaler Tragweite ausgerufen hat und die **Einschleppung einer bedrohlichen übertragbaren Krankheit** in die Bundesrepublik Deutschland **droht** oder*
- 2. eine **dynamische Ausbreitung** einer **bedrohlichen übertragbaren Krankheit** über mehrere Länder in der Bundesrepublik Deutschland **droht** oder stattfindet.*

3.2.2 Notwendigkeit des Vorliegens einer „bedrohlichen“ übertragbaren Krankheit

Voraussetzung für die Feststellung einer „Epidemischen Lage von nationaler Bedeutung ist somit eine „bedrohliche übertragbare Krankheit“. Die bedrohliche Krankheit ist in **§ 2 Nr. 3a IfSG** (neu) wie folgt definiert als:

*... eine übertragbare Krankheit, die auf Grund klinisch schwerer Verlaufsformen oder ihrer Ausbreitungsweise **eine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit** verursachen kann...*

3.3 COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit

3.3.1 Die Bedeutung des Begriffs „SARS“

Die Abkürzung SARS steht für „**Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom**“. Dies bedeutet, dass Menschen, die an SARS-CoV-2 erkrankt sind, eine **schwere Lungenentzündung** haben, die klinisch **durch** ein **Röntgenbild** nachweisbar ist.

Demzufolge haben Menschen ohne entsprechende klinische Symptome auch kein „Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom“. Sie haben als klinische Zeichen allenfalls Husten, Schnupfen, Fieber, Halsweh, Geruchs- oder Geschmacksverlust. Dies ist bei **98,6 % aller positiv getesteten Menschen mit Symptomen** der Fall, wie das Robert-Koch-Institut selbst in seiner Publikation vom 14.1.2021 dargelegt:

3.3.2 Nur 1,4 % aller an COVID-19 erkrankten hatten eine Pneumonie

Danach erlitten von den **747.900 Fällen**, zu denen dem RKI für das Jahr 2020 **klinische Informationen** vorlagen, lediglich 10.436 Patienten eine **Pneumonie**, also eine Lungenentzündung. Dies sind **1,4 % aller nachweislich infizierten Menschen** mit gravierenden klinischen Symptomen.

Glaubhaftmachung: RKI, Epidemiologisches Bulletin 2/2021 v. 14.1.2021 als

Anlage 4.

**Von allen dem RKI bekannt gewordenen COVID-Fällen
haben lediglich 1,4 % eine Lungenentzündung entwickelt.**

3.3.3 Pneumonien werden nur selten durch Viren ausgelöst

Allerdings wird eine **Pneumonie** in den meisten Fällen **durch Bakterien ausgelöst** und nur selten durch Viren. Insoweit ist fraglich, ob überhaupt alle diese 10.436 Personen eine **Pneumonie aufgrund des SARS-CoV-2-Virus** hatten.

Wenn von 83 Millionen Menschen lediglich 10.436 Menschen eine auf SARS-CoV-2 zurückzuführende Lungenentzündung hatten, dann bedeutet dies – bezogen auf die Gesamtbevölkerung - eine **Quote von 0,01 Prozent**. Nur eine Person von 10.000 entwickelt also nachweislich und auf Basis der Zahlen des RKI **eine Lungenentzündung!** Allerdings ist auch hierbei festzustellen, dass eine Lungenentzündung eine schwere Erkrankung ist, aber keinesfalls zwingend tödlich.

Lungenentzündungen können tödlich sein – aber nicht zwingend!

Die Gefahr, an einer Lungenentzündung (vielleicht durch das SARS-CoV-2-Virus) zu erkranken, beträgt maximal 0,01 %. Denn es ist auch bei der vom RKI genannten Zahl der Pneumonien keinesfalls gesichert, worauf diese zurückzuführen sind – auf eine Infektion mit Bakterien? Oder auf eine Infektion mit Viren? Und wenn es sich um eine Infektion durch Viren handelt, ist auch nicht klar, ob es sich um das SARS-CoV-2 Virus handelt, oder nicht etwa um das Influenzavirus. Die Fragen können im Moment deshalb dahin gestellt bleiben, weil schon ein Erkrankungsrisiko von 0,01 % schlichtweg keine Epidemie darstellt – auch wenn die WHO, das RKI und die Massenmedien und Politiker dies täglich behaupten.

**Das Risiko einer Erkrankung von 0,01 Prozent
stellt unter keinem Aspekt eine Epidemie dar.**

3.3.4 Krankheitsquote beträgt nur 0,005 % in Brandenburg

Die Krankheitsquote in Brandenburg ist allerdings nochmals deutlich **geringer** im Vergleich zur Gesamtentwicklung in Deutschland. Im **Brandenburg** wurden – ausweislich der eigenen Begründung des Antragsgegners - Stand 15.2.2021 **nur 140 Personen** wegen einer Covid19-Erkrankung **intensivmedizinisch behandelt**, davon werden **81 invasiv beatmet**.

Glaubhaftmachung: Ausdruck Intensivregister Stand 15.2.2021 als

Anlage 5.

Vgl. auch: <https://www.intensivregister.de/#/intensivregister?tab=laendertabelle>

Brandenburg hat mehr als **2,5 Million Einwohner**, von denen aktuell **nur 140 Personen** stationär wegen Covid19 behandelt werden müssen! Dies ist eine **Krankheitsquote** von nur **0,005 Prozent**.

Nur **5 von 100.000 Personen** sind somit intensivmedizinisch in Brandenburg wegen der Covid19-Erkrankung zu versorgen. Dabei ist nicht bekannt, ob diese Patienten vorerkrankt oder hochbetagt sind und damit grundsätzlich für Viren aller Art besonders anfällig sind, insbesondere für damit verbundene mögliche Lungenentzündungen. Es ist durchaus anzunehmen, dass sie eine Atemwegserkrankung haben, nicht jedoch COVID-19, da vermutlich auch in den Kliniken keine sorgfältige Diagnostik auf das SARS-CoV-2-Virus vorgenommen wird. Dies kann jedoch deshalb dahin gestellt bleiben, weil ein Prozentsatz von 0,005 schlichtweg **nicht ins Gewicht** fällt.

Insbesondere ist jedoch die Behandlungsquote seit der 5. Verordnung erheblich gesunken, wie zuvor auf Basis der eigenen Begründungen des Antragsgegners dargelegt. Dies müsste zwingend dazu führen, sämtliche Corona-Maßnahmen ganz aufzuheben, was allerdings nicht passiert. Denn jetzt grassieren angeblich neue „hochgefährliche“ Mutanten, wie etwa das Südafrika-Virus, das allerdings ganz offensichtlich weder zu einer Belastung der Kliniken noch zu einer sonstigen Belastung des Gesundheitswesens führt.

3.3.5 Straftatenquote ist tausendfach höher und beträgt 7 % in Brandenburg

Demgegenüber ist beispielsweise die Häufigkeitszahl von Straftaten pro 100.000 Einwohner in Brandenburg um einen **tausendfachen Faktor** höher: Sie liegt bei **6.841 Straftaten pro 100.000 Einwohner** – jedenfalls im Jahr 2019.

Glaubhaftmachung: Auszug aus statista.com als

Anlage 6.

Es darf bezweifelt werden, dass sich diese Zahl im Jahr 2020 reduziert hat. Es ist jedoch offensichtlich, dass bezgl. der Bewertung von Gefährlichkeit an der falschen Stelle mit der falschen Argumentation die falschen Maßnahmen getroffen werden.

3.3.6 Sterblichkeitsrisiko für Corona beträgt nach Angabe der WHO nur 0,2 %

Die Sterblichkeitsrate ist vergleichbar mit derjenigen einer **Grippe**, bei der ebenfalls – insbesondere hochbetagte Menschen oder Menschen mit Vorerkrankungen – an einer schweren Lungenentzündung sterben können. Die **Mortalitätsrate** ist erfreulicherweise ähnlich **gering**. So hat die WHO selbst (unter Bezugnahme auf eine Studie von Prof. John Ioannidis) für **Corona** eine **Sterblichkeit** von **weniger als 0,2 %** ausgewiesen.

Glaubhaftmachung: Bulletin of the World Health Organization; Research Article ID: BLT.20.265892 Page 1 of 37 John P A Ioannidis “Infection fatality rate of SARS-CoV-2 EindV „Absonderung“ID-19” als

Anlage 7.

Im Internet abrufbar unter https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.20.265892.pdf

4. Covid19 ist eine „sehr seltene Erkrankung“

Damit ist Covid19 – sowohl in Brandenburg, als auch in ganz Deutschland – sogar eine **sehr seltene Erkrankung**, Denn 5/100.000 entspricht nicht nur einer seltenen, sondern einer sehr seltenen Erkrankung! Das Bundesgesundheitsministerium beschreibt auf seiner Homepage die Definition der „seltenen Erkrankung“:

„In der Europäischen Union gilt eine Erkrankung als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind.“

Glaubhaftmachung: Auszug Homepage Bundesgesundheitsministerium, Stand 3.2.2021 als

Anlage 8.

5 von 10.000 entspricht hochgerechnet einer Zahl von **50 von 100.000**. Wären 50 von 100.000 Menschen an SARS-CoV2 erkrankt, so wäre dies als seltene Erkrankung anzusehen.

Damit hat sich die Erkrankung an **Covid19** als eine **seltene Krankheit** erwiesen. Wer dennoch – trotz all dieser Fakten und nachprüfbarer Zahlen - täglich behauptet, wir stünden kurz vor einer Katastrophe, das Gesundheitssystem stehe vor dem Kollaps, nur ein Lockdown und die Schließung von Gaststätten sowie Kontaktverbote und weitere massive Beschränkungen gegenüber 2,5 Millionen Menschen helfe, die „Pandemie“ zu bewältigen, **der lügt schlichtweg** – und das ist in vielerlei Hinsicht sehr sehr beunruhigend. Und das sollte auch das Gericht zutiefst beunruhigen und dazu bewegen, diesen scheinheiligen Lügen endlich ein Ende zu setzen.

**Eine „seltene Erkrankung“ (vgl. Inzidenzwert von 50/100.000)
soll zum völligen Stillstand von Wirtschaft, Gesellschaft, Schule,
Kunst, Sport und Kultur führen?**

4.1 Es gibt keine epidemische Lage von nationaler Tragweite

Freilich gibt es das Corona-Virus. Es ist seit Jahrzehnten bekannt und ruft die typischen grippeähnlichen Symptome hervor. Auch die Grippe kann in wenigen Fällen schwere Lungenentzündungen verursachen – ebenso wie das SARS-CoV2-Virus. Die Betroffenen sind immer die gleichen: Immunschwache und altersschwache Menschen. Diese können auch an einer schweren Lungenentzündung versterben. Allerdings ist unser Gesundheitssystem (abgesehen von der schlechten Bezahlung der Pflegekräfte) bestens aufgestellt, sodass bei schweren Verläufen den Patienten hier in Deutschland auch die beste Medizin gewährt werden kann.

Es gab nie eine Pandemie, es gab nie eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ und es gibt sie bis heute nicht. Zum Zeitpunkt des ersten Lockdown **am 16. März 2020** waren nach Angaben des RKI genau **12 Personen seit 1. Januar 2020 an COVID 19 verstorben**.

Glaubhaftmachung: Sehr schlecht gemachte Exceltabelle des RKI Stand 29.12.2020 als

Anlage 9.

**Zum Zeitpunkt des Lockdown am 16. März 2020
waren genau 12 Personen an COVID 19 verstorben.**

Ich darf wiederholen: Zum Zeitpunkt des ersten Lockdown waren nach Angaben des RKI genau **12 Personen seit 1. Januar 2020 an COVID 19 verstorben.**

Ich erlaube mir die Wiederholung: Zum Zeitpunkt des ersten Lockdown **am 16. März 2020** waren nach Angaben des RKI genau **12 Personen seit 1. Januar 2020 an COVID 19 verstorben.**

In der Schule hieße die Nachfrage: Wie viele Menschen sind zum Zeitpunkt des ersten Lockdown am 16. März 2020 nach Angaben des RKI gestorben?

Es waren 12 Menschen.

4.2 Jährlich sterben ca. 950.000 Menschen in Deutschland

Wie das Gericht sicherlich weiß, versterben in Deutschland **ca. 950.000 Menschen** jedes Jahr.

Bis zum Zeitpunkt des Lockdowns am 16. März 2020 waren vom 1. Januar 2020 bis 16. März 2020 – neben den 12 Coronatoten – somit ca. **200.000 Menschen bundesweit verstorben.**

Ich erlaube mir die **Wiederholung**: Bis zu diesem Zeitpunkt waren vom 1. Januar 2020 bis 16. März 2020 ca. **200.000 Menschen bundesweit verstorben.**

Wenn von diesen 200.000 bis 16. März 2020 verstorbenen Personen lediglich 12 Personen an COVID19 verstorben sind, so entspricht einer Rate von 6 / 100.000, dies sind **0,006 Prozent**

199.988 Menschen waren bis 16. März 2020 – dem Zeitpunkt des Lockdowns und kurz vor der Feststellung einer „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ in § 5 IfSG - also **an anderen Krankheiten verstorben.**

**Stellt eine Todesrate von 6 / 100.000 allen Ernstes eine
„Epidemie von nationaler Tragweite“ dar?**

Verstehen hier der Antragsteller und die Unterzeichnerin den Begriff der „Pandemie“ oder den der „Epidemie von nationaler Tragweite“ grundlegend falsch – oder

werden wir alle hier grundlegend für dumm verkauft und schamlos belogen? Steht hinter der angeblichen Pandemie, der damit verbundenen Angstmache, der Zerstörung unserer Gesellschaft und Wirtschaft vielleicht ein anderer Plan?

4.3 Wenn keine Pandemie, was dann?

Ein Blick in das Buch von **Klaus Schwab**, dem Begründer des Weltwirtschaftsforums „The great reset“, ein Blick auf die Homepage des WEF, ein Blick in das Buch von Paul Schreyer „Chronik einer angekündigten Krise“, ein Blick in das exzellente neue Buch des Publizisten und Journalisten **Walter von Rossum** „**Meine Pandemie mit Prof. Drosten**“ bringen Licht in dieses obskure Dunkel einer angeblichen Pandemie.

Klappentext:

Eine altbekannte Allianz aus Seuchenwächtern, Medien, Ärzten und Pharmalobby ist auch zu Corona-Zeiten wieder am Werk — man trifft auf erstaunliche personelle Kontinuitäten über fast zwanzig Jahre hinweg. Zum Beispiel Prof. Dr. Christian Drosten von der Berliner Charité. Ein Mann, der fast immer zur Stelle war, wenn im 21. Jahrhundert eine Pandemie aus der Taufe gehoben wurde, und dessen Warnungen — manchmal bis aufs Komma gleichlautend — sich zuverlässig als falsch erwiesen; der einen PCR-Test für ein »neuartiges« Coronavirus quasi in der Tasche hatte, bevor überhaupt irgendjemand wissen konnte, dass es sich um ein Coronavirus handelte; der auf fast schon unheimliche Weise plappernde Ratlosigkeit in mediale Expertise verwandelte, monopolisierte und verbreitete; der als Chef des maßgeblichen Referenzlabors weltweit die Diagnostik mitbestimmte — und der zudem in das Geschäft der Seuchenwächter selbst verstrickt ist. Die Welt lebt aktuell im Wartesaal der Apokalypse. Das ist kein Zufall. Denn es gibt eine lange Vorgeschichte, die eine Ahnung von der Offenbarung vermittelt, die uns noch bevorstehen soll.

Auch die Recherche zu den Stichworten „ID 2020“ (Digitale Identität, schon jetzt mit dem Impfausweis, ohne den bald nichts mehr geht, auf den Weg gebracht), Transhumanismus, weltweite Digitalisierung (die nur durch den Lockdown massiv forciert werden konnte), die hässliche Diffamierung und Verleumdung von Kritikern mithilfe willfähriger und abhängiger Medien, hilft unter Umständen weiter und lässt allmählich erkennen, weshalb die Regierungen mit strengsten und widersprüchlichsten Maßnahmen hantieren: Nur wer Angst schürt, kann im Hintergrund grundlegende Veränderungen vornehmen, die eine Gesellschaft sonst nie akzeptieren würde (etwa die anstehende Abschaffung des Bargelds und vieles mehr).

Bezeichnenderweise findet sich daher auch **in der Gesetzesbegründung zu § 5 IfSG nicht ein einziger Satz der Begründung** und nicht ein wissenschaftlicher

oder medizinischer Nachweis für die Behauptung der Feststellung einer „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ am 27. März 2020!

Vielmehr bestätigt jetzt auch ein Artikel in der Welt vom 7.2.2021, dass die Epidemie keinesfalls auf wissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnis beruht, auch nicht der darauf verhängte erste Lockdown. Vielmehr war es nachweislich so, dass der Bundesinnenminister seinerseits Wissenschaftler (unter anderem das RKI, das Leibnitz-Institut für Wirtschaftsforschung und andere) damit beauftragte, **durch Schockstrategien** den Lockdown und dessen Verlängerung wissenschaftlich zu begründen.

Glaubhaftmachung: Artikel „Wenn die Wissenschaft der verlängerte Arm der Politik ist, läuft was schief“, Welt v. 7.2.2021 als

Anlage 10.

4.4 Corona ist nach Aussage des BVerfG allgemeines Lebensrisiko

Das vollständige Unterlassen einer nüchternen, sachlichen und faktenbasierten Beurteilung des COVID19-Risikos durch den Antragsgegner ist angesichts der Schwere und der Dauer der Eingriffe durch die angegriffene Verordnung schlichtweg ungeheuerlich und verstößt in sehr erschreckender Weise gegen das Infektionsschutzgesetz und gegen das Grundgesetz!

Es kann nicht angehen, dass der Antragsgegner seine mehr als 2,5 Millionen Bewohner des Landes Brandenburg den beispiellosesten Grundrechtsbeschränkungen – und insbesondere der konkreten (und gewollten) Gefahr einer totalen Existenzvernichtung – aussetzt, ohne dass die Sorgfaltspflichten durch das Gesundheitsamt nach §§ 2, 7, 25 IfSG und ohne dass auch nur annähernd die rechtlichen Voraussetzungen des § 28 und § 28a IfSG erfüllt sind, wie nachfolgend weiter aufgezeigt werden wird.

Ein solch erschreckender Rechtsbruch ist jedenfalls in einem **Rechtsstaat** schlichtweg undenkbar. Noch nie in der Geschichte der Bundesrepublik wurden 99,9 Prozent der Bevölkerung, nämlich alle gesunden Menschen mit Lockdowns, Kontaktverboten, Berufsverboten, Besuchsverboten und vielem mehr überzogen. Übertragbare Krankheiten gehören – ebenso wie Grippe, Rhinovirus, Norovirus oder Coronavirus - zum **allgemeinen Lebensrisiko**, wie das **Bundesverfassungsgericht** im Mai 2020 zutreffend entschieden hat:

*Die Verfassung bietet keinen vollkommenen Schutz vor jeglicher ... Gesundheitsgefahr. Dies gilt umso mehr, als ein gewisses Infektionsrisiko mit dem neuartigen **Corona-Virus** derzeit für die Gesamtbevölkerung **zum allgemeinen Lebensrisiko gehört**. (BVerfG, Beschl. v. 19.5.2020, 2 BvR 483/20)*

Diese richtige Feststellung belegt, dass die zuvor genannten und dem Gericht allseits bekannten unglaublichen Grundrechtsbeschränkungen nicht nur gegen das Infektionsschutzgesetz, sondern auch gegen die Menschenwürde und die Freiheit der Person verstößt, Art. 1 und 2 GG. Man muss dies – nach einem Jahr der manipulierten Schreckensszenarien – inzwischen als eines der größten „**Verbrechen gegen die Menschlichkeit**“ bezeichnen.

5. Corona-Tote in Deutschland

5.1 Todeszahlen nach Angaben des Intensivregisters

Mittlerweile sind nach Angaben des Intensivregisters **18.506 Menschen** in den Kliniken an Corona gestorben.

Glaubhaftmachung: Statistik des DIVI Intensivregisters, Stand 1.2.2021, 12.15 Uhr als

Anlage 11.

5.2 Todeszahlen nach Angaben des RKI

Ob darüber hinaus weitere zwanzig-bis dreißigtausend Menschen an Corona gestorben sind, wie in den Medien behauptet wird, **ist mehr als fraglich**. Eine Obduktion der angeblichen Corona-Toten findet ja bis heute nicht statt. Allerdings hatte der Pathologe Prof. Püschel im April 2020 (entgegen der Anweisung der Regierung!) 140 Verstorbene obduziert, die angeblich an Corona verstorben sein sollen. Er hat hierbei festgestellt, dass **kein einziger Patient an Corona verstorben** ist. Vielmehr hatten alle Patienten Vorerkrankungen oder waren hochbetagt, sie waren im Durchschnitt 80 Jahre alt. (Prof. Püschel war von 1991 bis 2020 Leiter des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf).

Glaubhaftmachung: NDR-Beitrag v. 28.4.2020

Anlage 12.

Vgl. auch das Interview mit Prof. Püschel unter
<https://www.youtube.com/watch?v=170lOpolu-k>

5.3 Widersprüchliche Angaben des RKI

Das RKI selbst gibt in seinem Epidemiologischen Bulletin 2/2021 vom 14. Januar 2021 an, dass Stand 8.12.2020 von allen bis dahin an COVID19 „erkrankten“ Personen – es nennt die Zahl von insgesamt 747.900 im Jahr 2020 Stand 8.12.2020 – **lediglich 10.436 Personen an Pneumonie erkrankt** sind.

Glaubhaftmachung: Auszug aus Epidemiologisches Bulletin 2/2021 vom 14. Januar 2021, vgl. Anlage 4.

Die anderen Patienten hatten die **üblichen Grippesymptome**, an denen niemand stirbt, vgl. Anlage wie vor.

Es darf sehr bezweifelt werden, dass alle – wegen Pneumonie behandelten - 10.436 Patienten mit Pneumonie daran auch gestorben sind! Alte Menschen und Vorerkrankte können freilich an einer schweren Lungenentzündung sterben, manchmal sogar junge und gesunde Menschen – **jedoch sicherlich nicht alle!** Die Zahl der an Corona (Pneumonie) verstorbenen Patienten könnte also auch deutlich geringer sein.

Nach alledem ist es also mehr als fraglich, ob überhaupt zumindest als die auf der Seite des **RKI** genannten **10.436** Menschen bis zum heutigen Tage tatsächlich an COVID 19 gestorben sind. Erst recht ist fraglich, ob die im Intensivregister genannten **18.506 Menschen** (vgl. Anlage 11) **alle an Corona verstorben sind**.

5.4 Nur 1,9 Prozent aller 950.000 Toten sind an Corona verstorben

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Todeszahl nun 10.000 oder 20.000 beträgt. „Offiziell“ durch das Intensivregister bestätigt sind jedenfalls bis zum 31. Januar 2021 – also binnen 12 Monaten seit Ausbruch des Virus - **18.506** Verstorbene, vgl. Anlage 11.

In Deutschland gibt es eine **Gesamtsterblichkeit von ca. 950.000 Menschen** pro 12 Monate.

Glaubhaftmachung: Auszug www.destatis.de, Stand Januar 2021

Anlage 13.

Dies ist eine Quote von etwa 1,9 Prozent. Von allen **in Deutschland verstorbenen Menschen** sind also gerade einmal etwa 1,9 Prozent an Corona verstorben.

98,1 Prozent sind an anderen Krankheiten verstorben, insbesondere an Herz-Kreislauf (etwa 30 %), an Krebs (etwa 25 %), an Atemwegserkrankungen u.a..

Diese Zahl zeigt erst recht, dass Corona alles andere als eine hochgefährliche oder hochansteckende oder gar schlimme tödliche Krankheit ist, auch wenn uns dies die Medien (unter erheblicher Missachtung der presserechtlichen Pflichten) jeden Tag anders suggerieren. Corona steht als Todesursache mit an letzter Stelle!

Vor allem ist der Anteil von 1,9 % aller Verstorbenen alles andere als eine „Pandemie“! Bei einer Pandemie gäbe es zunächst eine sehr viel höhere Sterblichkeit als sonst. Es müssten mindestens 20 % (also etwa soviel wie die Krebstoten) oder mehr aller Verstorbenen an dieser Pandemie verstorben sein.

Nichts von alledem ist der Fall. Gar nichts.

Die großen „Pandemien“ unserer Zeit sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und Atemwegserkrankungen!

5.5 COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit

Somit ist zunächst festzustellen, dass COVID 19 – im Widerspruch zur monatelangen Propaganda in den Massenmedien - alles andere ist als eine „bedrohliche Krankheit“ i.S.d. **§ 2 Nr. 3a IfSG** ist: Denn Symptome und Krankheitsverläufe, die – ebenso wie die Quote der Sterblichkeit – mit denen einer **normalen mittelschweren Grippe vergleichbar** sind, stellen **keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit dar**.

6. Eklatante und inakzeptable Widersprüche in der Begründung

Nachdem die vorherige Verordnung des Antragsgegners sich auf eine angebliche Erhöhung der Fallzahlen stützte, um die Verschärfung und Verlängerung der Maßnahmen zu begründen, legt der Antragsgegner in seiner Begründung zur 6. Verordnung dar, dass sich die Zahl der tatsächlich intensivmedizinisch behandelten COVID-19 Patienten reduziert habe. Die Zahl der freien Intensivbetten habe sich in den letzten Wochen folgerichtig erhöht, so dass noch mehr Kapazitäten frei sind. Der Antragsgegner schreibt in seiner Begründung, S. 22:

6.1 Reduktion der COVID19 Patienten und Erhöhung der Klinikkapazitäten

- Die Zahl der aktuell an COVID-19 Erkrankten hat sich in dem vorgenannten Zeitraum **von 15 951 Erkrankten auf 6 082 Erkrankte reduziert**,
- die Zahl der **stationär behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten** hat sich **von 1 0231 Patientinnen und Patienten auf 684 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der davon **intensivstationär** behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 159 Patientinnen und Patienten auf 140 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der intensivstationär **beatmeten** COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 159 Patientinnen und Patienten auf 110 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau.

In dem Zeitraum vom 20. Januar bis zum 10. Februar 2021 hat sich die **landesweite 7-Tage-Inzidenz von 229,0 auf 79,5 reduziert**. Dabei ist weiterhin in einzelnen Landkreisen (Stand: 10. Februar 2021) eine hohe 7-Tage-Inzidenz von 160,0, 148,4 und 121,4 festzustellen.

Die Zahl der wöchentlichen **Neuinfizierten** bewegt sich weiterhin auf einem hohen Niveau:

- Vom 20. Januar bis zum 27. Januar 2021 wurden **5 028** Neuinfizierte ermittelt,
- vom 28. Januar bis zum 3. Februar 2021 wurden **2 184** Neuinfizierte ermittelt,
- vom 4. Februar 2021 bis zum 10. Februar 2021 wurden bereits **2 426** Neuinfizierte ermittelt.

Das andauernd **sehr dynamische Infektionsgeschehen** führt zu einer **hohen Inanspruchnahme der intensivmedizinischen Kapazitäten**. Die **Anzahl** der noch verfügbaren COVID-19-geeigneten **intensivmedizinischen Beatmungsbetten** betrug am:

- 28. Januar 2021: 315 (= + 4)
- 4. Februar 2021: 364 (= + 49)
- 10. Februar 2021: 367 (= + 3)

Es ergibt sich also aus der Begründung selbst, dass die Patientenzahlen fallen und die Klinikkapazitäten deutlich steigen. Bei heute **140 Patienten**, die auf der Intensivstation sind, könnten noch **weitere 367 Patienten** intensivmedizinisch betreut werden!

6.2 Keine Notwendigkeit der Schutzmaßnahmen i.S.d. § 28a Abs. 1 IfSG

Ein verantwortungsvoller, ehrlicher Politiker würde spätestens jetzt - angesichts dieser hoch erfreulichen Entwicklung – die Maßnahmen allesamt sofort aufheben, da ganz offensichtlich die „Pandemie“ vorbei ist. Doch auch jetzt hält der Antragsgegner an seinen existenzvernichtenden Maßnahmen fest, indem er stereotyp - allerdings durch nichts belegt – behauptet, alle Zahlen bewegten sich angeblich weiterhin „auf hohem Niveau“. Spätestens jetzt muss sich jedes Gericht fragen, warum ein Ordnungsgeber so handelt – gegen die Interessen seiner eigenen Bürgerinnen und Bürger, die ihn gewählt haben.

Allein diese eklatanten Widersprüche in der Begründung zur 6. SARS-CoV-2 EindV müssen zur sofortigen Aufhebung führen, denn sie zeigen die unglaubliche Scheinheiligkeit der Begründung auf.

6.3 Keine Überlastung des Gesundheitssystems

Schlichtweg gelogen – und angesichts der völlig konträren Zahlen, die jedes rechtsstaatlich handelnde Gericht zwingend zur Kenntnis zu nehmen hat - ist die monatelange Leier von einer angeblichen „Überlastung des Gesundheitssystems“ in Deutschland und vorliegend in Brandenburg.

Denn eine Überlastung des Gesundheitssystems gibt es nicht. Es gibt allenfalls einen **Mangel an Pflegepersonal**, der sich seit Jahren abzeichnet: Denn das viele Geld, über welches das Gesundheitssystem in Deutschland verfügt, geht eben nicht an eine bessere Vergütung und Aufstockung des Klinik- und Pflegepersonals. Es wird in die absolut sinnlose Testung durch PCR-Tests und Antigen-Schnelltests gesteckt, jetzt in sehr fragwürdige – in Windeseile entwickelten „Impfstoffe“ und in die Massenmedien und Werbung, um das Märchen einer Pan-

demie aufrecht zu erhalten. Die tatsächliche Lage in den Kliniken sah letztes Jahr ganz anders aus – auch heute ist nichts von einer Überlastung - jedenfalls nicht durch COVID-Patienten – zu spüren.

6.4 480 freie Intensivbetten in Brandenburg

In Brandenburg gibt es **insgesamt 719 Intensivbetten**. Hiervon sind derzeit noch **155 Betten frei**. Innerhalb einer Woche können **weitere 325 Betten** zur Verfügung gestellt werden.

Glaubhaftmachung: Statistik des Intensivregisters Stand 15.2.2021, Anlage 5.

Damit stehen allein in Brandenburg **480 freie Intensivbetten** zur Verfügung, dies ist **fast dreimal so viel**, wie es aktuell an **Covid-Patienten** in Brandenburg **gibt**.

Von einer „Belastung der Krankenhäuser“, wie es der Antragsgegner in seiner Begründung schreibt, oder gar von einem Kollaps des Gesundheitssystems kann also keine Rede sein, wie auch der Chef der **Freseniusgruppe** Sturm bestätigt: Das Gesundheitssystem steht nicht vor einem Kollaps! Fresenius ist mit der Tochter Helios der **größte private Klinikbetreiber Deutschlands**.

Glaubhaftmachung: Zeitungsartikel vom 22.12.2020 als

Anlage 14.

6.5 Die falsche Zahl der angeblich COVID-19 „Erkrankten“

Der Antragsgegner schreibt in seiner früheren Begründung zur 5. SARS-CoV2-EindV auf S. 21:

*„Die Zahl der aktuell an COVID-19 Erkrankten hat sich in dem vorgenannten Zeitraum von 14 820 Erkrankten **auf 16 518 Erkrankte** erhöht“*

Der Antragsgegner schreibt sodann in seiner aktuellen Begründung zur 6. SARS-CoV2-EindV auf S. 22:

*„Die Zahl der aktuell an COVID-19 Erkrankten hat sich in dem vorgenannten Zeitraum von **15 951 Erkrankten auf 6 082 Erkrankte reduziert**.“*

Merkwürdig ist hierbei schon der Widerspruch zwischen den 16.518 Erkrankten und den 15.951. Höchst erfreulich ist zugleich die **massive Reduktion der Zahl von 15.951 auf 6.082 „Erkrankte“**.

Allerdings steht auch diese Zahl steht in Widerspruch einerseits zur Zahl der auf den Intensivstationen behandelten Patienten, die in der Begründung mit lediglich **684 stationär** behandelten und weiteren **140 intensivmedizinisch** behandelten Patienten steht. Es wurden also zum Zeitpunkt der Begründung der 6. SARS-CoV2-EindV von den angeblich 6.082 „Erkrankten“ lediglich **824 Patienten stationär** behandelt.

6.6 5.258 „Fälle“ sind nicht hospitalisiert

Was ist mit den **anderen 5.258 Patienten**? Haben diese Menschen lediglich Husten, Fieber, Schnupfen, Geruchs- oder Geschmacksverlust, wie das RKI dies für 98 % der „Infizierten“ publiziert, vgl. Anlage 5?

Seit wann sind Husten, Fieber, Schnupfen, Geruchs- oder Geschmacksverlust in einem Rechtsstaat Anlass dafür, eine „Epidemie von nationaler Tragweite“ auszurufen, ständig wie eine böse Gehirnwäsche von „Pandemie“ zu sprechen und alle Geschäfte, Museen, Sportanlagen, Schulen und Kindergärten zu schließen, die Gesellschaft wegzusperren und die Wirtschaft kaputt zu machen?

6.7 Irreführung auf Basis von PCR-Tests

Oder handelt es sich einfach um **völlig gesunde Menschen**, bei denen zwar durch den **PCR-Test ein SARS-CoV-2-Genom (RNA)** gefunden wurde, die aber mangels Symptomen weder infektiös noch krank sind?

Wie kommt die Regierung dazu, wegen leichter Grippe-symptome bei 5.258 Personen – dies sind 0,2 Prozent der Bevölkerung in Brandenburg, den Rest der Bevölkerung von **99,8 Prozent einzusperren, wegzusperren, auszusperren und in seiner Existenz zu bedrohen**? Klingt dies nicht wie ein sehr böser Science-Fiction, der Realität geworden ist? Passiert so etwas sonst nicht nur in den sogenannten „Schurkenstaaten“, dass man den Menschen fast alle Kontakte, das Singen, das Tanzen, das gemeinsame Essen und Trinken und sogar die Besuche kranker und alter Menschen verbietet – wegen einer nicht besorgniserregenden grippeähnlichen Viruserkrankung, wie wir sie jedes Jahr haben? Haben hier die Regierenden zuviel George Orwell und Aldous Huxley gelesen, wenn sie jetzt sogar gesunde Menschen in Quarantänelage stecken möchten? Was ist passiert in diesem Jahr? Wann erwachen auch die Gerichte

aus diesem Alptraum, der leider keiner ist, wenn die Juristen hier nicht klipp und klar „Stop“ schreien!

7. Rechtswidrige Berechnung der Zahl der Erkrankten

Der Antragsgegner möge daher in diesem Verfahren **glaubhaft machen**, wie er die Zahl der „**Erkrankten**“ berechnet. Denn ich rufe in Erinnerung, dass in ganz Brandenburg laut eigener Angabe des Antragsgegners in seiner Begründung lediglich 824 Personen stationär behandelt werden, davon nur **140 Menschen (jedenfalls wegen einer schweren Lungenentzündung) intensivmedizinisch**.

Diese Diskrepanz ist doch mehr als auffällig, oder etwa nicht?

Wo also kommen die restlichen ca. 5.258 „Erkrankten“ her? Gibt es Statistiken der Ärztekammern, oder Statistiken der Krankenkassen, oder Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigungen? Die Unterzeichnerin kennt – außer dem **Intensivregister** mit aktuell ca. 140 COVID-Patienten auf den Intensivstationen – keine solchen Statistiken.

Der Antragsgegner möge daher **glaubhaft machen**, wie er auf diese Zahl von 5.258 Erkrankten kommt.

Der Antragsteller jedenfalls hat an dieser Zahl seine größten Zweifel. Denn es ist davon auszugehen, dass der Antragsgegner bereits seit Monaten lediglich „Fälle“ oder „Infizierte“ oder „Neuinfektionen“ behauptet, ohne dass dies den Tatsachen, insbesondere den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes entspricht! Denn der Antragsgegner stützt sich auf die **millionenfachen Testungen mittels PCR-Test** (es gab in ganz Deutschland im Jahr 2020 mehr als 30 Millionen Testungen!), die jedoch im Hinblick auf eine Infektion mit Viren – hier mit dem SARS-CoV2-Virus vollkommen aussageelos, wertlos und unbrauchbar sind, wie nachfolgend gezeigt wird. Insbesondere missachtet und missbraucht der Antragsgegner den Begriff der „Neuinfektion“ nach § 28a Abs. 3 IfSG. Denn eine Infektion oder Neuinfektion ist selbstverständlich nicht gleichzusetzen mit einem positiven PCR-Testergebnis.

Nochmals:

Ein positives PCR-Testergebnis bedeutet keine Infektion.

7.1 Der Begriff der „Neuinfektion“ nach § 28a Abs. 3 IfSG

Sowohl in § 28a IfSG als auch in der SARS-CoV-2 EindV ist ausschließlich und allein die Rede von „**Infektion**“, **Infektionsgeschehen**“, vgl. § 28a Abs. 3 S. 2 IfSG oder von „**Neuinfektion**“, „**Infektionszahlen**, **Infektionsgefahren**“ oder „**Infektionswege**“, vgl. Begründung zur 5. SARS-CoV-2 EindV.

Schließlich basieren sämtliche Maßnahmen auf dem „**Infektionsschutzgesetz**“.

Nirgendwo im Infektionsschutzgesetz ist die Rede von

- positiv Getesteten,
- positivem PCR-Test,
- PCR-Test-Zahlen oder
- PCR-Test-Gefahren.

7.2 Infektion ist die Aufnahme eines Krankheitserregers, § 2 Nr. 2 IfSG

Der Begriff „**Infektion**“ ist in § 2 Nr. 2 IfSG definiert: Danach ist eine Infektion

*„die **Aufnahme eines Krankheitserregers** und seine nachfolgende Entwicklung und Vermehrung im menschlichen Körper“.*

Der Begriff „**Krankheitserreger**“ ist in § 2 Nr. 1 IfSG definiert:

*Im Sinne dieses Gesetzes ist Krankheitserreger:
ein **vermehrungsfähiges** Agens (**Virus**, Bakterium, Pilz, Parasit) oder ein sonstiges biologisches transmissibles Agens, das bei Menschen **eine Infektion** oder **übertragbare Krankheit verursachen kann**,*

Der Begriff „**übertragbare Krankheit**“ ist in § 2 Nr. 3 IfSG definiert: Danach ist eine übertragbare Krankheit

*eine durch **Krankheitserreger** verursachte Krankheit.*

7.3 Ansteckungsverdächtige nach § 28 Abs. 1 IfSG

Die Schutzmaßnahmen der §§ 28 ff. IfSG dürfen somit nur dann ergriffen werden, wenn **Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider** festgestellt werden. Gegenüber **Gesunden** dürfen nach dem Sinn und Zweck des Infektionsschutzgesetzes **nur ausnahmsweise Schutzmaßnahmen** ergriffen

werden. Denn Gesunde werden als sogenannte „**Nichtstörer**“ – also als **Nichtgefährder** - zu einem **Sonderopfer** gezwungen, welches ihnen nur im strengsten Ausnahmefall zugemutet werden kann und daher ganz besonders strengen Maßstäben des Rechtsstaatsprinzips und damit des Verhältnismäßigkeitsprinzips unterliegt.

Das Infektionsschutzgesetz definiert in § 2, wer Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider i.S.d. § 28 IfSG sind:

4. **Kranker**: eine Person, die an einer übertragbaren Krankheit erkrankt ist,
5. **Krankheitsverdächtiger**: eine Person, bei der Symptome bestehen, welche das Vorliegen einer bestimmten übertragbaren Krankheit vermuten lassen,
6. **Ausscheider**: eine Person, die Krankheitserreger ausscheidet und dadurch eine Ansteckungsquelle für die Allgemeinheit sein kann, ohne krank oder krankheitsverdächtig zu sein,
7. **Ansteckungsverdächtiger**: eine Person, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein.

7.4 Asymptomatische Personen sind weder „erkrankt“ noch „infektiös“

Ohne den Nachweis einer „akuten Infektion“ durch das Labor sind **positiv getestete Personen** schon **keine Ansteckungsverdächtige** im Sinne des § 28 Abs. 1 IfSG.

28 Abs. 1 S. 1 IfSG lautet:

*Werden **Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider** festgestellt oder ergibt sich, dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so trifft die zuständige Behörde die **notwendigen Schutzmaßnahmen**, insbesondere die in den §§ 28 a Abs. 1, 29 bis 31 genannten, soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist;*

Der Antragsgegner missachtet den klaren Gesetzeswortlaut, wenn er auf Basis lediglich positiver PCR-Testergebnisse den Inzidenzwert (Schwellenwert) nach § 28a Abs. 3 IfSG berechnet. Denn maßgebliche Voraussetzung für die Maßnahmen nach §§ 28, 30 IfSG ist eine **bestätigte Infektion** – und **nicht lediglich ein positives PCR-Testergebnis**. Ein positiver PCR-Test sagt schlichtweg nichts über eine Infektion aus.

Dies belegt eine aktuelle **große Studie mit 10 Millionen Bewohnern aus Wuhan**. Danach geht **von asymptomatischen Personen keine Gefahr aus**. Die

Studie wurde veröffentlicht in der renommierten Zeitschrift „Nature Communications“.

Glaubhaftmachung: Nature Artikel „Post-lockdown SARS-CoV2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China“ (7 Seiten), vgl.

Anlage 15.

Abrufbar: [file:///C:/Users/beate.bahner/Downloads/s41467-020-19802-w%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/beate.bahner/Downloads/s41467-020-19802-w%20(1).pdf)

Gesunde und **asymptomatische** Personen sind also weder „erkrankt“ noch „infektiös“. Sie dürfen daher selbst nach einer positiven Testung mit PCR- oder Antigenschnelltest, nicht als solche bezeichnet und nicht in irgendeiner Statistik, erst recht nicht zur Berechnung des Inzidenzwerts – mit der Folge all dieser massiven Grundrechtsbeschränkungen nach § 28a IfSG - aufgenommen werden.

8. Möglichkeiten und Grenzen des PCR-Tests

8.1 Nobelpreis für den Erfinder des PCR-Tests

Kary Banks Mullis (geb. 28.12.1944 North Carolina, verstorben am 7.8.2019 in Kalifornien) war ein US-amerikanischer Biochemiker. Er erhielt im Jahr 1993 den Nobelpreis für Chemie (gemeinsam mit Michael Smith) für die Entwicklung der Polymerase-Kettenreaktion (PCR) zehn Jahre zuvor. Die PCR entwickelte sich rasch zu einer der wichtigsten Methoden der modernen Molekularbiologie.

Die Polymerase-Kettenreaktion (PCR) basiert nach dem Prinzip von „Trennen, Kopieren und Kopieren“ auf der **zyklisch wiederholten Verdoppelung von DNA** mit Hilfe einer thermostabilen DNA-Polymerase und Nukleotiden. Kary Mullis:

»Es war ein Geistesblitz – bei Nacht, unterwegs auf einer mondbeschienenen Bergstraße, an einem Freitag im April 1983. Ich fuhr gemächlich mit meinem Wagen zu den Mammutbaumwäldern im Norden Kaliforniens, als aus einem unglaublichen Zusammentreffen von Zufällen, Naivität und glücklichen Irrtümern plötzlich die Eingebung kam: zu jenem Genkopierverfahren, das heute als Polymerase-Kettenreaktion (englisch polymerase chain reaction oder kurz PCR) bekannt ist. Ausgehend von einem einzigen Molekül der Erbsubstanz DNA kann man damit an einem Nachmittag 100 Milliarden Kopien des gewünschten Abschnitts erzeugen – und alles ohne großen Aufwand: Man braucht nur ein Reagenzglas, ein paar Zutaten und eine Wärmequelle. Die zu kopierende DNA muss nicht einmal in gereinigter Form vorliegen; ein Quentchen davon in einem hochkomplizierten Gemisch biologischer Substanzen genügt. Sie kann aus der Gewebeprobe eines Kranken stammen, aber auch aus einem einzigen menschlichen Haar, einem eingetrockneten Blutstropfen am Ort einer Gewalttat, einem mumifizierten Gehirn oder einem 40000 Jahre alten Mammut, das im Dauerfrostboden leidlich konserviert worden ist.«

Glaubhaftmachung: Kary B. Mullis: Eine Nachtfahrt und die Polymerase-Kettenreaktion (Spektrum der Wissenschaft Juni 1990)

abrufbar unter: <https://www.spektrum.de/magazin/eine-nachtfahrt-und-die-polymerase-kettenreaktion/944869>

In einem Satz dieser Erzählung sind wesentliche Eigenschaften der PCR genannt: Es reicht ein Minimum an Ausgangsmaterial und die Methode ist eine **gewaltige Vervielfältigungsmaschine**. Kurz gesagt lässt sich damit die sprichwörtliche **Stecknadel im Heuhaufen** finden, konkret ein einziges Molekül in einer Probe.

In einigen Stunden lässt sich dieses Molekül um den Faktor 100.000.000.000 vervielfältigen – genau genommen ist es ein Abschnitt davon, von dem aus auf die Anwe-

senheit des ganzen Moleküls rückgeschlossen wird. Kary Mullis erhielt für seinen Geniestreich 1993 den Nobelpreis.

Weitere Informationen zum PCR-Test finden sich im soeben erschienenen Buch „**Das PCR-Desaster - Genese und Evolution des »Drosten-Tests«**“, Thomas Kubo Verlag, Münster.

8.2 Die Vervielfältigung / Zyklenzahl

Die DNA in der Probe wird in jedem Arbeitsschritt verdoppelt, der Anstieg ist exponentiell. Wenn man von einem einzigen Genabschnitt ausgeht, hat man nach einem Zyklus schon zwei davon, und da in jedem Zyklus weiter verdoppelt wird, hat man nach:

10 Zyklen = $1.024 = \text{ca. } 1 \text{ Tausend}$

20 Zyklen = $1.048.576 = \text{ca. } 1 \text{ Million}$

30 Zyklen = $1.073.741.824 = \text{ca. } 1 \text{ Milliarde}$

35 Zyklen = 34.359.738.368 = ca. 35 Milliarden

40 Zyklen = $1.099.511.627.776 = \text{ca. } 1 \text{ Billion}$

45 Zyklen = $35.184.372.088.832 = \text{ca. } 35 \text{ Billionen}$

50 Zyklen = $1.125.899.906.842.624 = \text{ca. } 1 \text{ Billiarde}$

Die entscheidende Frage ist: Wann hört man auf? Die PCR liefert keine abgegrenzten Ergebnisse in JA oder NEIN, sondern es gibt erst einen Bereich ohne Reaktion, in dem noch kein Farbstoff gemessen wird, dann gibt es einen Zwischenbereich, in dem mehr oder weniger der Anstieg des Farbstoffs zu beobachten ist, bis die Kurve früher oder später ein Plateau erreicht.

Es muss folglich begründet werden, bei welcher Anzahl von Zyklen man ein aussagekräftiges Ergebnis bekommt, das nicht in den Messbereich fällt, in dem es aus technischen Gründen Störsignale und unspezifische Reaktionen gibt, also immanent falsch-positive Ergebnisse.

Außerdem muss es einen **Bezug zur klinischen Relevanz** geben, und da kann es **nicht** um das **bedeutungslose Auffinden der »Nadel im Heuhaufen«** gehen. Eine reine Festlegung reicht nicht aus, das muss nachvollziehbar bestimmt werden, die Begründung für die **Obergrenze** muss also vernünftig und verbindlich sein.

Der **Kanadier David Crowe** brachte das Problem so auf den Punkt:

»Also, wenn man **bei 20 aufhören** würde, wäre **jeder negativ**.
Würde man **bei 50 aufhören**, könnte **jeder positiv** sein.«

Zitat von David Crowe in Celia Farber: *The Corona Simulation Machine: Why the Inventor of The »Corona Test« Would Have Warned Us Not To Use It To Detect A Virus* (7.4.2020),

abrufbar unter: <https://uncoverdc.com/2020/04/07/was-the-covid-19-test-meant-to-detect-a-virus/>.

Die meisten Tests werden noch immer mit mehr als 35 Zyklen gefahren, damit kann man jede Stecknadel im Heuhaufen finden, auch kleinste "Virusschnipsel" aller möglichen Viren, eben auch **Schnipsel des SARS-CoV-2-Virus**.

8.3 Der PCR-Test kann akute Infektionen nicht nachweisen

Der PCR-Test ist ein geniales und nobelpreisgekröntes Diagnoseinstrument.

Er ist allerdings **nicht imstande**, ein **vermehrungsfähiges** Virus nachzuweisen, weil er nicht zwischen vermehrungsfähigem und nicht vermehrungsfähigem Agens im Sinne des § 2 Nr. 1 IfSG unterscheidet. Der PCR-Test ist lediglich geeignet für den Nachweis winzigster **Viruspartikel** oder **toter Virusreste**, nicht jedoch für den Nachweis eines vermehrungsfähigen, also lebenden Virus und damit einer akuten **Infektion** i.S.d. § 2 Nr. 1 und § 2 Nr. 5 IfSG.

Der PCR-Test ist im Übrigen bei **gesunden Menschen** nur für Forschungszwecke und gerade **nicht für diagnostische Zwecke zugelassen**. Es ist also bereits unzulässig, Millionen **gesunde** Bürgerinnen und Bürger überhaupt einem PCR-Test zu unterziehen.

Glaubhaftmachung: Hinweis auf Testkit von RealStar SARS-CoV-2 RT-PCR Kit 1.0 als

Anlage 16.

9. Das Robert-Koch-Institut zum PCR-Test

9.1 Die klare Aussage des Robert-Koch-Instituts im Bulletin 39/2020

Die Aussagelosigkeit des PCR-Tests wird vom Robert-Koch-Institut selbst bestätigt, auf welches sich die Gerichte stets berufen: Das RKI stellt fest, dass der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms **keinen** unmittelbaren **Beleg der Ansteckungsfähigkeit** eines Patienten darstellt.

*Als Goldstandard der Virusdiagnostik kann die PCR-Untersuchung mit hoher Präzision und niedrigen Nachweisgrenzen für genomische SARSCoV-2-RNA in klinischen Proben gelten. **Der Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms stellt allerdings keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit eines Patienten dar**, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist. In-vitro-Daten weisen auf ein Verhältnis von 10:1 bis 100:1 zwischen genomischer RNA und infektiösen Viruspartikeln hin.*

Glaubhaftmachung: RKI Epidemiologisches Bulletin 39/2020 vom 24. September 2020, S. 8. als

Anlage 17.

Dies soll nochmals verdeutlicht werden: Ein PCR-Test kann zwar ein Genom nachweisen (RNA), nicht jedoch infektiöse – also vermehrungsfähige und somit lebende - Viruspartikel. Das **Verhältnis von nachgewiesener RNA und infektiösen Viruspartikeln** beträgt nach eigenen Angaben des RKI **10:1 bis 100:1**.

Es ist also wahrscheinlich, dass von 100 Personen trotz eines positiven Genom-Nachweises durch den PCR-Test nur einige wenige Personen auch tatsächlich infektiöse Viruspartikel in sich tragen! **Die anderen 95 bis 98 positiv getesteten Personen sind nicht infektiös!**

Dies bestätigt sich auch in den Zahlen des RKI: Bei über 30 Millionen Testungen zeigten offensichtlich lediglich 750.000 typische Symptome einer Viruserkrankung, davon jedoch lediglich etwa 10.000 die schwere Folge einer Pneumonie.

Glaubhaftmachung: Auszug aus Epidemiologisches Bulletin 2/2021 vom 14. Januar 2021, vgl. Anlage 5.

Dies sind 2,5 Prozent! Nochmals: **Von allen 30 Millionen getesteten Personen wiesen nur 2,5 % Symptome auf, davon nur 0,03 % eine Pneumonie.**

Das RKI sagt:

„Der **Nachweis des SARS-CoV-2-Genoms** stellt allerdings **keinen unmittelbaren Beleg der Ansteckungsfähigkeit** eines Patienten dar, da nicht jedes Genom repräsentativ für ein infektiöses Viruspartikel ist.“

Damit trifft das RKI in seinem aktuellen epidemiologischen Bulletin 2/2021 folgende **drei wesentliche Aussagen**:

1. Zu testen ist zunächst ein „**Patient**“ – dies ist eine Person mit Beschwerden oder Krankheitssymptomen – und **nicht** etwa **ein gesunder Mensch**.
2. Ein positiver PCR-Test trifft **keinerlei Aussage** über die Ansteckungsfähigkeit (= Infektiosität) eines Patienten.
3. Denn bei 100 positiven Tests besteht eine Wahrscheinlichkeit **bis zu 99 %**, **dass keine infektiösen Viruspartikel** nachgewiesen werden.

Damit kann allein ein positiver PCR-Test bereits nach Aussage des RKI keinen Krankheitserreger des SARS-CoV2-Virus i.S.d. § 2 Nr. 1 IfSG nachweisen.

9.2 Robert-Koch-Institut bestätigt die Notwendigkeit der Virusvermehrung

Notwendig ist vielmehr nach Erhalt eines positiven Testergebnisses eine **Virusvermehrung**, wie das RKI selbst fordert:

*In klinischen Proben können infektiöse Viruspartikel **durch Virusvermehrung** in der Zellkultur nachgewiesen werden. Der Erfolg einer Anzucht ist abhängig von der Virusmenge. Die **Anzüchtbarkeit des Virus** aus Probenmaterial der Atemwege gilt als gegenwärtig **beste Näherung für die Einschätzung einer Ansteckungsfähigkeit**.*

Glaubhaftmachung: RKI Epidemiologisches Bulletin 39/2020 vom 24. September 2020, S. 8, wie vor.

Das RKI betont sodann nochmals, dass es – nach einem positiven PCR-Test - zwingend weiterer diagnostischer Schritte bedarf, um eine „mögliche“ Ansteckungsfähigkeit abzuschätzen.

*Soll die quantitative PCR dazu verwendet werden, eine **mögliche Ansteckungsfähigkeit** eines SARS-CoV-2-infizierten Patienten **abzuschätzen**, erfordert es ferner die*

*Korrelation der nachgewiesenen Genomanzahl mit der Anzahl replikationskompetenter Viruspartikel, bzw. der Wahrscheinlichkeit, mit der aus derselben Probe SARS-CoV-2 in der Zellkultur anzüchtbar ist. Dies kann durch systematische Vergleiche der Genomlasten und der **Anzüchtbarkeit der Viren** aus derselben klinischen Probe in Zellkultur abgeschätzt werden.*

Glaubhaftmachung: RKI Epidemiologisches Bulletin 39/2020 vom 24. September 2020, S. 9, wie vor.

9.3 Voraussetzungen des Ansteckungsverdachts nach RKI

Das RKI stellt somit folgendes zur Ansteckungsfähigkeit fest:

1. Allein der PCR-Test kann **keine Aussage** über eine Ansteckungsfähigkeit treffen.
2. Denn nachgewiesen wird **lediglich ein genomisches RNA**, nicht jedoch die zur Feststellung einer Infektion erforderlichen „infektiösen Viruspartikel“.
3. Erforderlich ist hierfür zusätzlich der **systematische Vergleich der Genomlasten**.
4. Erforderlich ist darüber hinaus die **Anzüchtbarkeit** (Vermehrung) der Viren aus derselben klinischen Probe in Zellkultur.
5. Selbst dann besteht nicht zwingend eine Ansteckungsfähigkeit, sondern lediglich eine „**Einschätzung**“ einer **möglichen Ansteckungsfähigkeit**.

9.4 Wie gut ist ein SARS-CoV-2 Testresultat?

Das RKI bestätigt sodann selbst, dass das Testresultat eine erschreckend schlechte Quote hat: Auf seiner Homepage beschreibt das RKI einen positiven Vorhersagewert von nur 28,78 %!

Das RKI formuliert die Frage wie folgt:

Positiver Vorhersagewert: *Eine Person hat ein positives Testergebnis.*

Wie wahrscheinlich ist sie tatsächlich infiziert? 28,78 %

Dies bedeutet zugleich, dass sogar nach Aussage des RKI **71,22 %** aller positiven Testergebnisse falsch **sind!**

Glaubhaftmachung: Auszug Homepage RKI „Wie gut ist ein SARS-CoV-2 Testresultat?“

Anlage 18.

Das Robert-Koch-Institut bestätigt auf seiner Homepage eine Fehlerquote für positive Testergebnisse von 71,22 %.

10. Die Weltgesundheitsorganisation zum PCR-Test

10.1 Bestätigung durch WHO am 14. Dezember 2020

Auch die Weltgesundheitsorganisation warnt vor dem erhöhten Risiko falscher Testergebnisse bei PCR-Tests. Daher werden Gesundheitsdienstleister dazu aufgefordert, bei positiven Testergebnissen auch klinische **Anzeichen** und **Symptome** zu berücksichtigen. Die WHO sagt klipp und klar:

*Consider any positive result (SARS-CoV-2 detected) or negative result (SARS-CoV-2 not detected) in combination with specimen type (Testtyp), **clinical observations**, patient history and **epidemiological information**.*

Glaubhaftmachung: WHO Information Notice for IVD Users vom 14.12.2020 als

Anlage 19.

10.2 Weitere Warnung der WHO vom 20. Januar 2021

Die Weltgesundheitsorganisation hat mit einer weiteren Warnung vom 13. Januar 2021 - veröffentlicht am 20. Januar 2021 - die Gesundheitsdienstleister und Labore erneut darauf hingewiesen, dass bei positiven Testergebnissen – ohne entsprechende klinische Symptome – ein weiterer Test vorgenommen werden müsse und dringend auch typische klinische **Anzeichen** und **Symptome** zu berücksichtigen seien. Insbesondere sei die Viruslast umgekehrt proportional zum CT-Wert. Das bedeutet,

dass bei einem hohen CT-Wert (vermutlich schon ab 25 CT) die Viruslast gering und immer geringer wird.

Die WHO stellt nochmals klar, dass der **PCR-Test lediglich ein Hilfsmittel** ist und jedes Ergebnis zwingend durch die **klinische Beobachtung**, die Patientengeschichte, weitere epidemiologische Information und den **Testtyp** zu untermauern ist:

*WHO guidance Diagnostic testing for SARS-CoV-2 states that **careful interpretation of weak positive results is needed** (1). The cycle threshold (Ct) needed to detect virus is inversely proportional to the patient's viral load. Where test results do not correspond with the clinical presentation, a new specimen should be taken and retested using the same or different NAT technology.*

*WHO reminds IVD users that disease prevalence alters the predictive value of test results; as disease prevalence decreases, **the risk of false positive increases** (2). This means that the probability that a person who has a positive result (SARS-CoV-2 detected) is truly infected with SARS-CoV-2 decreases as prevalence decreases, irrespective of the claimed specificity.*

*Most PCR assays are indicated as **an aid** for diagnosis, therefore, health care providers must consider any result in combination with timing of sampling, specimen type, assay specifics, clinical observations, patient history, confirmed status of any contacts, and epidemiological information.*

Glaubhaftmachung: WHO Information Notice for IVD Users vom 20.1.2021 als

Anlage 20.

11. Bestätigung der Ungeeignetheit durch Hersteller und Experten

11.1 Aussage des Olfert Landt, Geschäftsführer von TIB Molbiol

Auch Olfert Landt, dessen Unternehmen Firma TIB Molbiol in Berlin (übrigens schon seit der ersten „SARS-Pandemie 2003 in Zusammenarbeit mit Christian Drosten) PCR-Tests zum angeblichen Nachweis des Coronavirus herstellt, bestätigt, dass „nur etwa die Hälfte der Corona-Infizierten“ ansteckend seien. Er sagt in einem Interview mit der Fuldaer Zeitung unter dem Titel „Corona-Test (PCR): Hersteller Olfert Landt wünscht sich „mehr Mut“ vom Robert-Koch-Institut:

*Nicht jede positiv auf das Coronavirus getestete Person ist auch ansteckend. „Wir wissen, dass Leute mit einer geringen Viruslast nicht infektiös sind“, sagt Landt. Der Hersteller der PCR-Tests glaubt, dass **schätzungsweise die Hälfte aller positiv ge-***

testeten Personen nicht infektiös seien. Um gefährlich für Dritte zu sein, müsse man „100-mal mehr Viruslast in sich tragen als die Nachweisgrenze der Tests.

Glaubhaftmachung: Zeitungsartikel Fuldaer Zeitung vom 12.1.2021 als

Anlage 21.

Auch diese Aussage belegt, dass die PCR-Testungen – jedenfalls im Hinblick auf einen Virusnachweis, im Grunde unbrauchbar sind. Die Zahl von 50 % steht allerdings in **deutlichem Widerspruch** zur Aussage des **RKI, wonach nur zwischen 1 % bis 10 % aller positiv getesteten Personen ansteckend sind**. Es darf angenommen werden, dass die Gerichte dem führenden und maßgeblichen Institut des RKI mehr Glauben schenken, als einem Hersteller, der eigene Interessen verfolgt. Der Hersteller würde nämlich keine PCR-Tests mehr in der COVID-Zeit verkaufen, wenn die Labore und Kliniken wüssten, dass seine Ergebnisse sogar eine sehr viel höhere Fehlerquote, nämlich von 72 % bis hin zu 99 % Fehlerquote haben.

Zumindest bestätigt jedoch der Hersteller selbst eine enorm hohe Fehlerquote von 50 %. Wenn und soweit die PCR-Tests mit lediglich 25 Zyklen durchgeführt werden, dann mag seine Aussage durchaus stimmen. Die meisten PCR-Tests werden jedoch mit 35 bis sogar 45 Zyklen (!!) durchgeführt. Damit ändert sich freilich die Aussage des Herrn Landt fundamental und dürfte nur noch 1 % an Infektionen betragen.

11.2 Aussage des Dr. Roger Hodkinson

Dr. Roger Hodkinson ist Pathologe und **Labormediziner** aus Kanada. Er ist darüber hinaus **Vorsitzender eines Biotechnologieunternehmens**, das den **Covid-19-Test ebenfalls verkauft** und damit eigene finanzielle Interessen verfolgt. Er sagt zu den Tests:

*„Ich möchte betonen, dass es sich hier um mein berufliches Geschäft handelt. Ich möchte betonen, dass **positive Testergebnisse keine, ich wiederhole: keine klinische Infektion** bedeuten! Der Test treibt lediglich die öffentliche Hysterie an, das Testen muss sofort aufhören, außer für Menschen, die mit Atemwegsproblemen ins Krankenhaus kommen! Die Panik um Covid ist der größte Schwindel.“*

Glaubhaftmachung: Artikel „Die Panik um Covid ist der größte Schwindel“ aus Vitalstoff.Blog, vgl.

Anlage 22.

11.3 Bestätigung des RKI durch weitere Experten

Prof. Drosten, der ja das Robert-Koch-Institut und die Bundesregierung als einziger Chefvirologe beraten darf und auf den alleine die Regierung und die Massenmedien hören, hat die vorherigen Aussagen zum PCR-Test bereits im Jahre 2014 zutreffend bestätigt:

- **Aussage von Prof. Christian Drosten**, einem der **Entwickler des Sars-Cov2-PCR-Tests**:

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.

Interview in der Wirtschaftswoche vom 14.5.2014, damals zu Mers

- **Aussage von Kary Mullis**, Biochemiker, erhielt 1993 den **Nobelpreis** für Chemie gemeinsam mit Michael Smith **für die Entwicklung des PCR-Tests**:

Der PCR-Test erlaubt dir, eine winzige Menge von Irgendetwas zu nehmen, dies messbar zu machen und dann es so darzustellen, als ob es wichtig wäre. Das ist eine falsche Interpretation. Der Test sagt nicht aus, ob man krank ist oder ob das, was „gefunden“ wurde, dir wirklich schaden würde.

https://www.youtube.com/watch?v=p_cMF_s-fzc

- **Aussage von Dr. Mike Yeadon**, ehemals Wissenschaftsvorstand der Firma Pfizer:

Die alleinige Verwendung eines PCR-Tests sagt nichts über das Vorhandensein einer Infektion aus. Der aktuelle Umgang mit PCR-Tests ist nicht geeignet, korrekte Ergebnisse hervorzubringen. Die positiven Testergebnisse sind nahezu zur Gänze falsch. Das ist Betrug. Dagegen muss geklagt werden.

<https://www.wochenblick.at/pfizer-vize-bekraeftigt-pcr-test-alleine-sagt-nichts-ueber-infektion-aus/>

- **Aussage von Prof. Dr. Sucharid Bhakdi**, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie:

Auf die Behauptung des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit und Swissmedic zur aktuellen SARS-CoV-2 EindV „Absonderung“ ID 19 Testung: „Mit dieser sehr empfindlichen Methode wird in Patientenproben spezifisch die Nukleinsäure eines Erregers nachgewiesen, was eine Infektion mit dem Erreger belegt.“ erwidert Prof. Bhakdi: „Das stimmt nicht. Auf gar keinen Fall. Das ist eine Lüge.“

<https://www.wochenblick.at/pfizer-vize-bekraeftigt-pcr-test-alleine-sagt-nichts-ueber-infektion-aus/>

- **Aussage von Prof. Dr. rer. hum. biol. Ulrike Kämmerer**, Universität Würzburg, Spezialgebiete Virologie und Immunologie

Der PCR-Test zeigt nur die Nukleinsäuren an, NICHT das Virus, er kann KEINE Infektion nachweisen. Der PCR-Test kann NICHT nachweisen, ob das Virus replikationsfähig ist, sich in dem Wirt tatsächlich vermehrt und ob der Mensch damit ursächlich krank wird. Wenn beim PCR-Test auf der Oberfläche des Abstrichs diese Virus RNA ist, heisst das noch nicht, dass es in den Zellen drin ist und ob eine intakte vermehrungsfähige Viruslast vorhanden ist.“

**<https://www.mimikama.at/aktuelles/pcr-test-coronavirus-nachweisen/>
<https://www.youtube.com/watch?v=Ymer59vTrSA>**

- **Aussage von Prof. Dr. med. René Gottschalk**, Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, seit 2011 Leiter des Gesundheitsamtes in Frankfurt:

Bei niedriger Prävalenz in der Bevölkerung und umfangreicher Testung von asymptomatischen Personen wird man selbst bei angenommener hoher Sensitivität und Spezifität des Tests falsch positive Befunde erhalten. Der PCR-Test detektiert Genabschnitte von SARS-CoV2; er sagt nichts darüber aus, ob es sich um infektiöse Viren oder um Virusreste nach durchgemachter Infektion handelt.

<https://www.aerzteblatt.de/studieren/forum/137821>

- **Aussage des Abgeordnetenhauses Berlin** auf die schriftliche Anfrage des Abgeordneten Marcel Luthe:

„Soweit es auf das Vorhandensein „vermehrungsfähiger Viren“ ankommt: ist ein sogenannter PCR-Test in der Lage, zwischen einem „vermehrungsfähigen“ und einem „nicht-vermehrungsfähigen“ Virus zu unterscheiden?“ Schriftliche Antwort des Abgeordnetenhauses: „Nein“.

Antwort des Abgeordnetenhauses Berlin vom 30.10.2020, Drs.18/25 212

- **Auszug aus der Packungsbeilage des cobas SARS CoV 2 PCR-Tests:**

Zur Anwendung bei **Patienten mit Anzeichen und Symptomen** einer möglichen SARS-CoV-2 EindV „Absonderung“ ID-19-Erkrankung (z.B. Fieber und/oder andere Symptome akuter Atemwegserkrankungen). **Positive Ergebnisse** deuten auf das Vorhandensein von SARS-CoV2 **RNA** hin, **aber nicht unbedingt auf das Vorliegen eines übertragbaren Virus.**

Zur Bestimmung des Patienteninfektionsstatus müssen sie in klinischer Korrelation zur Anamnese des Patienten und sonstigen diagnostischen Informationen gesehen werden. Positive Ergebnisse schließen eine bakterielle Infektion oder Koinfektion mit anderen Viren nicht aus. Der nachgewiesene Erreger ist eventuell nicht die definitive Ursache der Erkrankung.

Tatsächlich gibt es **keinen einzigen Test**, der das **SARS-CoV2 Virus** und eine Infektion mit diesem Virus **nachweisen** kann!

11.4 Falsche Behauptung der Leopoldina

In einem aktuellen Beschluss des Verwaltungsgerichts München, in dem es um die Rechtmäßigkeit einer Quarantäne-Anordnung gegenüber einer gesunden Schülerin ging, verwies das Gericht auf eine Aussage, die Mitglieder der **Leopoldina**, der **Nationalen Akademie der Wissenschaften** in der 6. Ad-hoc-Stellungnahme der Leopoldina vom 23. September 2020 getätigt haben. Dort heißt es auf Seite 6:

„Der Nachweis von Virus-RNA durch die RT-PCR ist gleichbedeutend mit einer Infektion der positiv getesteten Person.“

Glaubhaftmachung: 6. Ad-Hoc-Stellungnahme vom 23.9.2020, Seite 6 als

Anlage 23.

Aufgrund dieser Aussage wurde die **Quarantäne-Anordnung gegen eine gesunde Schülerin** in einem Eilverfahren **bestätigt**, vgl. VG München, ablehnender Beschluss vom 4. Dezember 2020 - M 26b S 20.6199. Hiergegen hat die Unterzeichnerin das Hauptsacheverfahren eingeleitet, welches noch anhängig ist.

In der 6. Ad-hoc-Stellungnahme vom 23. September 2020 waren zwar 20 Literaturnachweise angegeben. Ein wissenschaftlicher Nachweis für die Behauptung „*Der Nachweis von Virus-RNA durch die RT-PCR ist gleichbedeutend mit einer Infektion der positiv getesteten Person*“ fehlte hierbei allerdings vollständig.

Angesichts der Bedeutung dieser Aussage (etwa hunderttausendfachen beispiellosen Quarantäne-Anordnungen der Gesundheitsämter auf Basis nur von positiven PCR-Tests, sowie vorliegend die Berechnung des Inzidentswerts nur auf Basis von PCR-Tests) **baten über 50 Anwälte die Mitglieder der Arbeitsgruppe der Leopoldina um eidesstattliche Versicherung der folgenden Aussage:**

„Die seit März 2020 millionenfach durchgeführten PCR-Tests sind imstande, ein vermehrungsfähiges SARS-CoV2-Virus, also einen Krankheitserreger im Sinne des § 2 Nr. 1 IfSG und damit eine akute Infektion im Sinne des § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 44a IfSG nachzuweisen.“

Glaubhaftmachung: 4. Offener Brief der Anwälte für Aufklärung vom 12.12.2020 als

Anlage 24.

11.5 Keine Reaktion der „Wissenschaftler“

Eine Antwort ist bis zum erbetenen Zeitpunkt (19.12.2020 und auch bis heute) nicht erfolgt. Offensichtlich war niemand der Professoren bereit, die **nachweislich falsche Behauptung**, der PCR-Test könne eine Infektion nachweisen, wissenschaftlich zu belegen oder gar eidesstattlich zu versichern. Dies ist bemerkenswert: Man behauptet also frech irgendetwas, übernimmt aber keine Verantwortung dafür. Immerhin hat man die Ehre, von der Bundeskanzlerin seit Monaten als „wissenschaftlicher Maßstab“ für die Corona-Maßnahmen zitiert zu werden. Da kann man schon mal einfach was ins Blaue hinein behaupten, da braucht es offensichtlich keinerlei wissenschaftliches Fundament und erst recht kein Ethos mehr. Irgendwelche falschen Behauptungen reichen inzwischen aus.

Die Gerichte müssen diesem bösen Spuk endlich – fast ein Jahr seit Beginn des ersten Lockdowns - ein Ende setzen und sich auf Sinn und Zweck des Infektionsschutzgesetzes besinnen. Sie müssen insbesondere die **tatsächlichen Fakten**

und Zahlen der angeblichen Pandemie zur Kenntnis nehmen, die in diesem Antrag und den dazugehörigen Anlagen nachgewiesen sind.

12. Die Konsequenzen aus der Unbrauchbarkeit des PCR-Tests

12.1 Corona – Geschichte eines Test-Betrugs?

Es wurde hinreichend dargelegt, dass der PCR-Test zwar ein hervorragendes molekularbiologisches Diagnosetool ist – er kann jedoch keine akute Infektion nachweisen. Er kann auch keine Aussage darüber treffen, ob ein Mensch erkrankt ist oder andere anstecken kann. Selbst eine Infektion mit dem SARS-CoV-2 Virus ist noch lange keine Krankheit, wie der Präsident der Hamburger Ärztekammer, Walter Plassmann, feststellte.

Glaubhaftmachung: Pressemitteilung vom 2.11.2020 „Corona – Geschichte eines Test-Betrugs?“ als

Anlage 25.

12.2 FDA entzieht 229 PCR-Tests die Zulassung

Auch die FDA (Food and Drug Administration) hat in der Zwischenzeit die hieraus nötigen Konsequenzen gezogen. Die FDA ist die Lebensmittelüberwachungs- und **Arzneimittelbehörde** der Vereinigten Staaten. Als solche ist sie dem **amerikanischen Gesundheitsministerium unterstellt**.

Sie hat am 3. Februar 2021 eine Warnung unter dem Titel „**Removal Lists of Tests that Should No Longer Be Used and/or Distributed for COVID-19**“ auf der Homepage veröffentlicht. Dort sind 229 verschiedene PCR-Testverfahren auf 20 Seiten gelistet, die **nicht mehr** verwendet werden sollen. (!!)

Glaubhaftmachung: Seite 1 der Warnung der FDA „Removal Lists of Tests that Should No Longer Be Used and/or Distributed for COVID-19“, als

Anlage 26.

abrufbar unter: <https://www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-covid-19-and-medical-devices/removal-lists-tests-should-no-longer-be-used-andor-distributed-covid-19-faqs-testing-sars-cov-2>

12.3 Antrag auf Rückzug der Corman-Drosten-PCR-Studie

Im Gegensatz zu den Behauptungen auf der Homepage des RKI kann der PCR-Test **nicht** als **Goldstandard** bezeichnet werden, jedenfalls nicht im Hinblick auf den Nachweis akuter Infektionen, ganz im Gegenteil.

Prof. Drosten, der Chef-Berater des RKI und der Regierung hat zwar die Studie „Detection of 2019 novel coronavirus“ für die Etablierung des SARS-CoV-2- PCR-Tests mit Corman et. al mitverfasst (8 S.)

vgl. Anlage 27.

in der Zwischenzeit haben jedoch 22 renommierte, internationale WissenschaftlerInnen diese Studie einem unabhängigen Peer Review-Prozess unterzogen und kommen dabei **zu einem vernichtenden Urteil: Die Studie enthält neun gravierende wissenschaftliche Fehler sowie drei kleinere Ungenauigkeiten.**

Daher haben die WissenschaftlerInnen den **Antrag auf Rückzug der Studie** am 27. November 2020 beim **Journal Eurosurveillance** eingereicht. (Pikanterweise ist Prof. Drosten selbst Herausgeber des Magazins, das die Veröffentlichung, die erst am 21. Januar 2020 eingereicht worden war, einem offenbar nur oberflächlichen Review-Prozess unterzogen hatte. Bereits zwei Tage später wurde die Studie in absoluter Rekordzeit veröffentlicht.)

12.4 Die Kritikpunkte an der Corman-Drosten-Studie

1. Das **Design der Primer ist unzureichend**: ungenaue Basenzusammensetzung, zu niedriger GC-Gehalt, zu hohe Konzentrationen im Test. Die einzige wissenschaftlich relevante **PCR (N-Gen)** wird zwar dargestellt, ist aber **nicht überprüft** und wird zudem **nicht von der WHO für die Testung empfohlen**.
2. Die **Anbindungstemperatur ist zu hoch** gewählt, so dass eine unspezifische Anbindung gefördert wird, wodurch auch andere Gensequenzen als die von SARS-CoV-2 erfasst werden können.
3. Die **Anzahl der Zyklen wird im Papier mit 45 angegeben**, eine Schwelle, bis zu der die Reaktion als echt positiv gewertet wird, ist für den CT-Wert nicht definiert. Allgemein ist bekannt, dass PCR-Tests **ab einer Zyklenzahl oberhalb von 30** regelmässig **keine Rückschlüsse** mehr auf eine Kontamination der Probe mit dem gesuchten Virus zulassen.

4. Es wurde keine biomolekulare Validierung durchgeführt, daher gibt es **keine Bestätigung, dass die Amplifikate echt sind**, wirklich entstehen und auch die gesuchte Sequenz nachweisen.
5. Es wurden **weder positive noch negative Kontrollen mit Blick auf die Virusdetektion** durchgeführt.
6. Es sind **keine standardisierten Handhabungsanweisungen** verfügbar, die **eine Testwiederholung** in Anwenderlaboren **zu immer gleichen Bedingungen sicherstellen würde**.
7. Durch den **unpräzisen Versuchsaufbau** besteht die **Gefahr falsch-positiver Ergebnisse**.
8. Angesichts des sehr kurzen Zeitraums zwischen Einreichung und Veröffentlichung der Studie, ist es sehr **unwahrscheinlich**, dass ein **Peer-Review-Prozess** überhaupt **stattgefunden hat**. Wenn ein Peer Review stattgefunden hat, so war er **unzureichend**, weil die **aufgezeigten Fehler, einschliesslich formaler Fehler, nicht gefunden** worden sind.
9. Es gibt **massive Interessenkonflikte** bei mindestens vier der Autoren zusätzlich zu der Problematik, dass zwei der **Autoren (Prof. Drosten und Chantal Reusken) dem Herausbergremium von Eurosurveillance angehören**. Am 29. Juli 2020 wurden zwei Interessenkonflikte offengelegt: Olfert Landt ist Geschäftsführer der TIB Molbiol, Marco Kaiser ist Senior Researcher bei GenExpress und wissenschaftlicher Berater der Firma TIB Molbiol. Diese **Interessenkonflikte sind in der Originalfassung der Studie nicht erklärt worden**, sie fehlen weiterhin in der auf PubMed veröffentlichten Version. TIB Molbiol ist die Gesellschaft, die angabegemäss die "erste" war, die die PCR-Kits hergestellt hat (Light Mix) auf der Basis des im Gorman-Drosten Manuskript veröffentlichten Protokolls. Nach eigener Darstellung hat die Firma die Test-Kits bereits vertrieben, bevor die Studie zur Einreichung gelangt war.

Victor Corman und Prof. Drosten haben es unterlassen, ihre Zwei-Affiliation anzugeben: sie arbeiten nicht nur an der Charité Körperschaft öffentlichen Rechts sondern auch in der Labor Berlin Charité Vivantes GmbH. Im Labor, das real time PCR-Tests durchführt, sind sie für die Virusdiagnostik zuständig.

Glaubhaftmachung: Auszug aus dem „Corman-Drosten-Überprüfungsbericht (12 S.) als

Anlage 28.

Abrufbar unter: <https://www.airvox.ch/gesundheit/der-corona-skandal-22-wissenschaftler-fordern-rueckzug-der-drosten-pcr-test-studie/>

12.5 Der Beschluss des Amtsgerichts Heidelberg

Der PCR-Test spielt inzwischen in nahezu allen Bereichen eine wesentliche Rolle: Arbeitnehmer werden entlassen, wenn sie sich dem Test verweigern, Besucher werden nicht mehr in Heime und Kliniken gelassen, Patienten werden in Kliniken nicht behandelt. Man darf inzwischen auch nicht mehr nach Deutschland einreisen, ohne einen PCR-Test durchzuführen. Eine Mandantin der Unterzeichnerin hatte dies verweigert mit dem Hinweis, dass der PCR-Test keine Infektion nachweisen könne und daher auch kein Pflicht zur Duldung eines Tests bestehe. Sie hat daraufhin ein Bußgeld bekommen und hiergegen Einspruch eingelegt. Auf Antrag der Unterzeichnerin hat nun das Amtsgericht Heidelberg Prof. Christian Drosten zur Erstattung eines Sachverständigengutachtens aufgefordert – zu der von der Unterzeichnerin aufgestellten Behauptung, dass ein PCR-Test keine Infektion im Sinne des § 2 IfSG nachweisen könne.

Glaubhaftmachung: Beschluss des Amtsgerichts Heidelberg v. 4.2.2021 als

Anlage 29.

Es ist erfreulich, dass erste Gerichte endlich erkennen, welcher ein gigantischer Missbrauch seit Monaten mit dem PCR-Test getrieben wird – allein zu dem Zweck, die Fallzahlen künstlich hochzuschrauben und damit das Leben, die Arbeit, die Freizeit und Freude der ganzen Gesellschaft einzuschränken bzw. ganz zu verbieten.

12.6 Die Notwendigkeit weiterer Diagnostik

12.6.1 PCR-Test unterscheidet nicht zwischen SARS-CoV-2- und Grippeviren

Darüber hinaus hat sich gezeigt, dass der PCR-Test auch nicht zwischen COVID19-Viren und anderen Viren unterscheiden kann. Der fraktionslose Abgeordnete Andreas Wild stellte am 22.12.2020 folgende **schriftliche Anfrage** an die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung:

„Medien berichten, das französische Diagnostikunternehmen Biomerieux hat nach eigenen Angaben die Zertifizierung für den Verkauf eines Tests erhalten, mit dem eine Coronavirus-Erkrankung von einer Grippe unterschieden werden kann. Bedeutet dies, dass mit dem bisherigen PCR-Tests eine solche Unterscheidung nicht möglich ist?“

Die **Antwort der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit vom 13.1.2021** lautet wie folgt:

*„Ein PCR-Test kann generell nur das Erbgut eines bestimmten Virus bzw. Bakteriums hochspezifisch nachweisen. Eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Viren bzw. Bakterien ist damit nie möglich, sondern jeder differentialdiagnostisch in Frage kommende Keim muss durch einen spezifischen Labortest **gesondert getestet** werden.“*

Glaubhaftmachung: Schriftliche Anfrage Abgeordnetenhaus Berlin, Drucksache 18/25991 als

Anlage 30.

Kommen wir nochmals zurück zu den vom RKI genannten ca. 10.000 Patienten mit Pneumonie. Und erinnern wir uns, dass eine Pneumonie meist durch Bakterien und nur selten durch Viren verursacht wird. Könnte es also sein, dass selbst diese Anzahl unzutreffend ist, weil man in den Kliniken – abgesehen vom PCR-Test - gar nicht weitergehend ordentlich diagnostiziert hat, worauf die Lungenentzündung tatsächlich zurückzuführen ist?

12.6.2 Ähnliche Symptome bei Grippe und Corona

Laien können die Symptome einer Grippe meist schlecht von denen einer Covid-19-Erkrankung unterscheiden. Bei Verdacht auf Corona ist entscheidend, ob es mögliche Kontakte zu Erkrankten gibt oder gab.

Zu den **Hauptsymptomen von Covid-19** zählen Fieber, trockener Husten und Atemnot. Es kann zu Atemproblemen bis hin zu einer Lungenentzündung kommen. Typische Erkältungssymptome wie Schnupfen und Niesen treten im Vergleich seltener auf.

Zu den **Hauptsymptomen der saisonalen Grippe** zählen plötzlich einsetzendes, oft hohes Fieber und auch ein starkes Krankheitsgefühl ist typisch. Kopf-, Muskel- und Gelenkschmerzen sind regelhaft vorhanden. Kommt es zu einer Lungenbeteiligung, die in einer pandemischen Grippe häufiger sein wird, dann haben die Patienten auch trockenen Husten und Luftnot. Ganz ähnlich wie bei Covid-19, kann der Verlauf aber sehr variabel sein.

Den deutlichsten Unterschied zwischen Covid-19 und Grippe stellt die Geruchs- und Geschmacksstörung dar, die bislang so eindeutig bei der Grippe nicht beobachtet wurde.

Selbst bei den schweren Folgen des SARS-CoV-2 Virus und des Influenza-Virus, nämlich der **Lungenentzündung**, ist nach einer amerikanischen Studie des American Journal of Radiology ein **signifikanter Unterschied** in den Lungen **nicht feststellbar**. Vielmehr ist es selbst bei Röntgenaufnahmen schwierig, zwischen SARS-CoV-2 und Influenza zu unterscheiden.

Glaubhaftmachung: CT Manifestations of Coronavirus Disease (COVID-19) Pneumonia and Influenza Virus Pneumonia: A Comparative Study, Januar 2021, American Journal of Radiology als

Anlage 31.

Abrufbar unter: <https://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/AJR.20.23304>

12.6.3 Diagnostischer Ausschluss des Grippevirus zwingend erforderlich

Der **diagnostische Ausschluss anderer Infektionen**, etwa Grippe oder Rhinovirus, ist **zwingend erforderlich**, weil sich die **Symptome sehr ähneln**. Auch die Verläufe der Infektion ähneln sich – ebenso wie die Gefahr schwerer Verläufe durch Lungenentzündungen. Auch die Sterblichkeitsrate ist bei SARS-CoV-2 und Influenza vergleichbar.

Bei Grippeviren oder anderen Viren werden die Menschen jedoch nicht mit neuen und absurden AHA-Regelungen, mit Kontaktverboten und insbesondere mit Geschäftsschließungen gequält, wovon der Antragsteller wegen des Verbots des Gaststättenbetriebs nach § 10 SARS-CoV-2 EindV unmittelbar betroffen ist.

**Influenza und COVID19 ähneln sich zum Verwechseln.
Aber bei Grippe gibt es keinen Lockdown, keine Quarantäne, keine Bußgelder.
Daher muss eine COVID19-Erkrankung peinlichst genau diagnostiziert werden.**

12.7 Grober Verstoß gegen den ausdrücklichen Gesetzeswortlaut

Nachdem der PCR-Test einen Krankheitserreger also nach § 2 Nr. 1 IfSG nicht nachweisen kann, liegen auch die Voraussetzungen des § 2 Nr. 7 IfSG nicht vor: Denn **Ansteckungsverdächtiger** ist nur eine Person, von der **anzunehmen** ist, dass sie **Krankheitserreger aufgenommen** hat. Eine solche Annahme kann eben gerade nicht auf Basis des PCR-Tests getroffen werden, da dieser **keine Viruslast** nachweisen kann. Dies gilt insbesondere für Tests mit **mehr als 25 Zyklen**, da bei mehr als 25 Zyklen sogar **kleinste Virusschnipsel** nachweisbar sind, die jedoch nicht auf eine Infektion hinweisen. Die meisten PCR-Tests, insbesondere der „Drosten-Test“ werden jedoch mit **35 bis hin zu 45 Zyklen** durchgeführt und haben damit **null Aussagekraft**. Erst recht kann auf den PCR-Test **kein „Krankheitsverdacht“** i.S.d. § 2 Nr. 5 IfSG gestützt werden.

Hier nochmals die Aussage des virologischen Experten Christian **Drosten**:

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.

Die Aussage von Drosten wird sehr anschaulich dadurch bestätigt, dass die meisten positiv getesteten Personen weder krank sind noch irgendwelche Symptome haben, also asymptomatisch sind. Aber asymptomatische Personen sind nicht infektiös! Denn wer nicht hustet oder niest, ist schlichtweg keine Virenschleuder! Und selbst wenn er hustet oder niest, verbreitet er keinen Killervirus!

Wenn also der **PCR-Test** schon **keinen Krankheitserreger** nachweisen kann, dann kann er freilich auch nicht „die **Aufnahme** des Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung und Vermehrung im menschlichen Körper“, also eine **Infektion** im Sinne der Legaldefinition des § 2 Nr. 2 IfSG nachweisen.

Erst recht kann der PCR-Test **keine „akute“ Infektion** im Sinne des § 7 Abs. 1 S. 1 IfSG nachweisen. Eine solche „akute Infektion“ liegt in den allermeisten Fällen schon deshalb nicht vor, weil fast ausschließlich **gesunde Menschen getestet** werden.

13. Die massiven Gesetzesverletzungen der beteiligten Institutionen

Vielen der beteiligten Institutionen sind im Hinblick auf die Testungen massive Gesetzesverstöße vorzuwerfen.

13.1 Verletzung der Meldepflicht durch die Labore nach § 7 Abs. 1 IfSG

Die Labore begehen mit der namentlichen Übermittlung von positiven PCR-Testergebnissen an das Gesundheitsamt eine **Ordnungswidrigkeit** nach § 73 Abs. 1a Nr. 2 IfSG:

Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

*entgegen § 7 ... eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig,
nicht in der vorgeschriebenen Weise macht.*

Die Ordnungswidrigkeit kann mit einer **Geldbuße bis zu 25.000,- €** geahndet werden. Eine entsprechende **Anzeige gegen das jeweilige Labor** kann bei der zuständigen Behörde, im Zweifel beim Regierungspräsidium von allen betroffenen Personen gestellt werden. Dies wird von nun an konsequent geschehen müssen, um dem millionenfachen Verstoß gegen die Meldepflicht ab sofort ein Ende zu setzen.

Die Labore sind zwar zur namentlichen **Meldung des Krankheitserregers SARS-CoV-2 verpflichtet**, § 7 Abs. 1 Nr. 44a IfSG. Eine namentliche Meldung an das Gesundheitsamt darf **aber nur dann** erfolgen, wenn das Laborergebnis auf eine „**akute Infektion**“ hinweist.

§ 7 Abs. 1 IfSG lautet:

*Namentlich ist bei folgenden Krankheitserregern, soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, soweit die Nachweise auf eine **akute Infektion** hinweisen:*

Die Unterzeichnerin hat in ihrem Antrag hinreichend dargelegt – insbesondere unter **Hinweis auf das RKI** selbst,

1. dass der PCR-Test nicht imstande ist, ein vermehrungsfähiges SARS-CoV-2-Virus im Sinne des § 2 Nr. 1 IfSG nachzuweisen.

2. dass eine **Näherung der Einschätzung der Ansteckungsfähigkeit** nach Aussage des RKI nur durch die Anzüchtbarkeit, also durch die Vermehrung des SARS-CoV-2-Virus möglich ist.
3. dass schließlich zwingend durch **weitere Ausschlussdiagnostik** auszuschließen ist, dass ein Patient mit Symptomen nicht an anderen Influenzaviren, etwa Grippevirus oder Rhinovirus erkrankt ist.

Erst wenn diese gesamte Diagnostik bei einem Patienten mit Symptomen durchgeführt und tatsächlich ein **vermehrungsfähiges SARS-CoV-2-Virus** entdeckt wurde, ist ein Labor nach § 7 Abs. 1 IfSG berechtigt und verpflichtet, dem Gesundheitsamt eine namentliche Meldung zu machen. Andernfalls verstößt es gegen § 7 IfSG. Die Weitergabe eines positiven PCR-Tests, der nur eine SARS-CoV-2 **RNA** nachweist, entspricht diesen Kriterien unter keinen Umständen.

13.2 Verstoß der Labore gegen den Datenschutz

Die **Labore** verstoßen damit zugleich gegen den Datenschutz und machen sich **haftbar** nach den **Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung**. Die betroffenen Personen können gegen das Labor entsprechende **Schadenersatzansprüche** nach § 82 DSGVO geltend machen.

*„Jede Person, der wegen eines Verstoßes gegen diese Verordnung ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden ist, hat Anspruch auf **Schadenersatz** gegen den Verantwortlichen oder gegen den Auftragsverarbeiter.*

13.3 Verstoß der Labore gegen die ärztliche Schweigepflicht

Mit der unbefugten Weitergabe von Daten an das Gesundheitsamt verstoßen die Labore ferner gegen die **ärztliche Schweigepflicht nach § 203 StGB**:

Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis offenbart, das ihm als Arzt anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

Auch ein Verstoß gegen die Schweigepflicht berechtigt zu **Schadenersatzansprüchen** nach § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 203 StGB.

13.4 Verstoß der Gesundheitsämter gegen ihre gesetzlichen Pflichten

Auch die Leiter der Gesundheitsämter verstoßen massiv gegen ihre Pflichten aus dem Infektionsschutzgesetz. Denn die Gesundheitsämter sind gerade bei übertragbaren Krankheiten gesetzlich dazu verpflichtet, die nach § 25 IfSG notwendigen Ermittlungen durchzuführen.

§ 25 IfSG lautet:

*(1) Ergibt sich oder ist anzunehmen, dass jemand krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig oder Ausscheider ist oder dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so stellt das **Gesundheitsamt** die **erforderlichen Ermittlungen** an, insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit.*

*(2) Für die Durchführung der Ermittlungen nach Absatz 1 gilt § 16 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2, 3, 5 und 8 entsprechend. Das Gesundheitsamt kann eine im Rahmen der Ermittlungen im Hinblick auf eine bedrohliche übertragbare Krankheit erforderliche Befragung in Bezug auf die Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit unmittelbar an eine dritte Person, **insbesondere an den behandelnden Arzt**, richten, wenn eine Mitwirkung der betroffenen Person oder der nach § 16 Absatz 5 verpflichteten Person nicht oder nicht rechtzeitig möglich ist; die dritte Person ist in entsprechender Anwendung von § 16 Absatz 2 Satz 3 und 4 zur Auskunft verpflichtet.*

(3) Die in Absatz 1 genannten Personen können durch das Gesundheitsamt vorgeladen werden. Sie können durch das Gesundheitsamt verpflichtet werden,

*1. **Untersuchungen** und Entnahmen von Untersuchungsmaterial an sich vornehmen zu lassen, insbesondere die erforderlichen äußerlichen Untersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Tuberkulintestungen, **Blutentnahmen** und Abstriche von Haut und Schleimhäuten durch die Beauftragten des Gesundheitsamtes zu dulden, sowie*

2. das erforderliche Untersuchungsmaterial auf Verlangen bereitzustellen. Darüber hinausgehende invasive Eingriffe sowie Eingriffe, die eine Betäubung erfordern, dürfen nur mit Einwilligung des Betroffenen vorgenommen werden; § 16 Absatz 5 gilt nur entsprechend, wenn der Betroffene einwilligungsunfähig ist. Die bei den Untersuchungen erhobenen personenbezogenen Daten dürfen nur für Zwecke dieses Gesetzes verarbeitet werden.

Eine solche Ermittlung ist den Gesundheitsämtern auch zumutbar. Denn bei korrekter Meldung von nachgewiesenen Krankheitserregern durch die Labore im Sinne der §§ 7 Abs. 1 und 2 Nr. 1 IfSG wird es nur noch sehr wenige echte „Infizierte“ geben. Diese werden zumeist auch **nur leichte Symptome** der Corona-Erkrankung haben (wie etwa Jens Spahn). Wer wirklich krank ist, wird dann ohnehin in den Kliniken behandelt.

Die Gesundheitsämter haben jedoch **in keinem einzigen Fall jemals eine Ermittlung** nach § 25 IfSG durchgeführt! Auch dies ist beispiellos in der Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland.

13.5 Verstoß des RKI gegen das Infektionsschutzgesetz

Auch das RKI weiß sehr genau, dass die Testergebnisse keine Infektionen nachweisen. Das RKI spricht jedoch seit Monaten davon, die positiv getesteten Personen seien „Infizierte“. Dies ist ein **eindeutiger Verstoß** gegen die gesetzlichen Pflichten des RKI, wie sie in § 4 IfSG verankert sind:

Das Robert Koch-Institut ist die nationale Behörde zur Vorbeugung übertragbarer Krankheiten sowie zur frühzeitigen Erkennung und Verhinderung der Weiterverbreitung von Infektionen (§ 4 Abs. 1 S. 1 IfSG).

*Das Robert Koch-Institut wertet die Daten zu meldepflichtigen Krankheiten und **meldepflichtigen Nachweisen von Krankheitserregern**, die ihm nach diesem Gesetz und nach § 11 Absatz 5, § 16 Absatz 4 des IGV-Durchführungsgesetzes übermittelt worden sind, infektionsepidemiologisch aus (§ 4 Abs. 2 Nr. 2 IfSG).*

Das RKI ist nicht befugt, PCR-Tests auszuwerten, die nach § 7 Abs. 1 IfSG gar nicht meldepflichtig sind. Dieses Verhalten stellt sich als missbräuchlich und sittenwidrig dar und berechtigt nach §§ 826, 839 BGB zu Schadensersatzansprüchen:

Wer in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise einem anderen vorsätzlich Schaden zufügt, ist dem anderen zum Ersatz des Schadens verpflichtet.

13.6 Strafbares Verhalten des Antragsgegners

13.6.1 Betrug und Falschbeurkundung im Amt

Spätestens jetzt – vermutlich schon immer - weiß auch **der Antragsgegner** sehr genau, dass ein PCR-Test keine Neuinfektionen im Sinne des § 28a IfSG nachweisen kann. Werden dessen ungeachtet vom Antragsgegner weiterhin positiv getestete Personen in die Fallberechnung mit aufgenommen – mit der Folge einer nahezu **totalitären Beschränkung der Grundrechte aller Menschen in Brandenburg** - dann stellt dies nach Auffassung der Unterzeichnerin in strafrechtlicher Hinsicht nicht nur einen **Betrug nach § 263 StGB** im besonders schweren Fall dar, sondern auch eine **Falschbeurkundung im Amt** nach § 348 StGB in millionenfacher Zahl.

Auch dies berechtigt nach §§ 826, 839 BGB zu Schadensersatzansprüchen nicht nur des Antragstellers, sondern aller Bürgerinnen und Bürger in Brandenburg gegen den Antragsgegner persönlich:

Wer in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise einem anderen vorsätzlich Schaden zufügt, ist dem anderen zum Ersatz des Schadens verpflichtet.

13.6.2 Verbrechen gegen die Menschlichkeit

Eine Infektion oder Neuinfektion ist **nicht gleichzusetzen** mit einem **positiven PCR-Testergebnis**. Allein auf Basis eines positiven PCR-Ergebnisses dürfen daher keine Fallzahlen berechnet und Inzidenzwerte ermittelt werden. Dies stellt einen Missbrauch des Begriffs der Neuinfektion und damit eine rechtswidrige Ermittlung des Inzidenzwertes dar. Dies ist zugleich ein massiver Betrug an den Menschen in Brandenburg und ein massiver Betrug an den Menschen in ganz Deutschland. Sieht man die Folgen, die der Antragsgegner auf Basis von PCR-Testergebnissen seinen Bürgern im Land seit Monaten zumutet, so muss man feststellen, dass hier § 7 VStGB verwirklicht ist: „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“.

§ 7 Völkerstrafgesetzbuch bestimmt:

Wer im Rahmen eines ausgedehnten oder systematischen Angriffs gegen eine Zivilbevölkerung

2. in der Absicht, eine Bevölkerung ganz oder teilweise zu zerstören, diese oder Teile hiervon unter Lebensbedingungen stellt, die geeignet sind, deren Zerstörung ganz oder teilweise herbeizuführen,

... wird in den Fällen der Nummern 1 und 2 mit lebenslanger Freiheitsstrafe, in den Fällen der Nummern 3 bis 7 mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren und in den Fällen der Nummern 8 bis 10 mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft.

13.7 Die eklatanten Widersprüche verletzen die Menschenwürde

Schließlich ist die Begründung der angegriffenen 6. Verordnung des Antragsgegners offensichtlich widersprüchlich.

13.7.1 Offensichtliches Abflauen der Corona-Erkrankung

Denn ausweislich der vom Antragsgegner vorgetragenen Zahlen gibt es eine massive Reduktion der „Fallzahlen“ und der Patienten:

- Die Zahl der aktuell an COVID-19 Erkrankten hat sich in dem vorgenannten Zeitraum von 15 951 Erkrankten **auf 6 082 Erkrankte reduziert**,
- die Zahl der **stationär behandelten** COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 1 0231 Patientinnen und Patienten auf 684 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der davon **intensivstationär** behandelten COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 159 Patientinnen und Patienten auf 140 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau,
- die Zahl der intensivstationär **beatmeten** COVID-19-Patientinnen und -Patienten hat sich **von 159 Patientinnen und Patienten auf 110 Patientinnen und Patienten reduziert**, bleibt aber auf einem hohen Niveau.

In dem Zeitraum vom 20. Januar bis zum 10. Februar 2021 hat sich die **landesweite 7-Tage-Inzidenz von 229,0 auf 79,5 reduziert**. Dabei ist weiterhin in einzelnen Landkreisen (Stand: 10. Februar 2021) eine hohe 7-Tage-Inzidenz von 160,0, 148,4 und 121,4 festzustellen.

Die **Anzahl** der noch verfügbaren COVID-19-geeigneten **intensivmedizinischen Beatmungsbetten** betrug am:

- 28. Januar 2021: **315**
- 4. Februar 2021: **364**
- 10. Februar 2021: **367**

Es gibt also eine höchst erstaunliche **Reduktion der „Erkrankten“**, eine deutliche Reduktion der intensivmedizinisch behandelten Patienten und eine damit verbundene **weitere deutliche Erhöhung der freien Intensivbetten**. Zugleich ist der Inzidenzwert im Vergleich zur 5. Verordnung nur noch ein Drittel so hoch!

Dennoch wird der Lockdown einfach mal so verlängert.

Bezogen auf welche Zahlen behauptet der Antragsgegner, die „Zahlen bleiben auf einem hohen Niveau“? Sind **140 intensivmedizinisch behandelte Patienten** in ganz Brandenburg – bei 2,5 Millionen Einwohnern - allen Ernstes ein „hohes Niveau“?

13.7.2 Der Antragsgegner verkauft sein Volk für dumm

Für wie blöde hält der Antragsgegner sein Volk in Brandenburg eigentlich?

Es verstößt fundamental **gegen die Menschenwürde nach Art. 1 Abs. 1 GG**, wenn ein Staatsorgan, hier die Landesregierung, seine gesamte Bevölkerung wie Idioten behandelt, die offensichtlich noch nicht einmal imstande sind, Zahlen zu beurteilen und die denklödischen Konsequenzen beurteilen zu können.

Will der Antragsgegner den Antragsteller und die Bürger des Landes Brandenburg beleidigen? Unterstellt er ihnen wirklich soviel Dummheit, dass diese den eklatanten und nahezu boshafte Widerspruch zwischen Maßnahmen und Begründung nicht sehen?

Es verstößt gegen das Prinzip der Menschenwürde, gegen das Prinzip der Rechtsstaatlichkeit, sowie gegen das Prinzip der Verantwortlichkeit und Redlichkeit eines Ministerpräsidenten, auf Basis sinkender Zahlen, die schon vorher nicht beunruhigend waren, eine weitere Verlängerung unmenschlicher Maßnahmen vorzunehmen.

13.7.3 Grundrechtsverletzungen basieren auf Lügen und Betrug

Das Gericht darf massive Grundrechtsverletzungen auf Basis offensichtlich widersprüchlicher Zahlen und auf Basis völlig ungeeigneter PCR-Tests und auf Basis eines perfiden Betrugs nicht länger dulden und akzeptieren. Es macht sich sonst mitschuldig an schwersten Verbrechen gegen die Menschlichkeit, welche im weiteren Verlaufe unvorstellbare Ausmaße annehmen können. Empfohlen sei insoweit die (erneute oder erstmalige) Lektüre des Buches „1984“ von **George Orwell**. Diese Dystopie wird schneller zur Realität, als man es für möglich halten könnte, wenn die Gerichte diesem bösen Treiben nicht sofort entschieden entgegen treten!

13.7.4 Die Lüge von der 7-Tage-Inzidenz

Der Antragsgegner stützt die weiteren Verschärfungen und die Aufrechterhaltung des Gaststättenverbotes auf den angeblich noch immer hohen 7-Tage-Inzidenz-Wert und auf die Zahl der wöchentlichen Neuinfektionen, die weiterhin „auf einem hohen Niveau“ sei:

*In dem Zeitraum vom 20. Januar bis zum 10. Februar 2021 hat sich die **landesweite 7-Tage-Inzidenz von 229,0 auf 79,5 reduziert**. Dabei ist weiterhin in einzelnen Landkreisen (Stand: 10. Februar 2021) eine **hohe 7-Tage-Inzidenz** von 160,0, 148,4 und 121,4 festzustellen.*

Wie nun in diesem Antrag hinreichend dargelegt und nachgewiesen wurde, beruht die Berechnung der Fallzahl und damit die Berechnung des Inzidenzwerts ausschließlich auf den millionenfachen PCR-Testungen, die eine Infektion nicht nachweisen können – und deren Fallzahl auch diametral entgegengesetzt ist zur tatsächlichen Behandlungszahl in den **Intensivstation von ca. 140 Menschen** in ganz Brandenburg.

Darüber hinaus werden nachweislich alle positiven PCR-Tests in die Berechnung aufgenommen, selbst wenn dieselbe Person **dreimal wöchentlich getestet** wird und dreimal in dieser Woche positiv ist.

Obwohl also die Testungen massiv hochgefahren werden, wirkt sich dies im Moment gegenläufig auf den Inzidenzwert aus. Dass dieser noch immer im deutlichen Kontrast zu den **tatsächlichen Patientenzahlen** in den Kliniken steht, ist offensichtlich. Auch dies zeigt den schändlichen Missbrauch des IfSG, der nur darauf abzielt, **99,98 Prozent der gesunden Menschen** willkürlich zu schikanieren und ihrer Freiheit und Existenz zu berauben.

Der Antragsgegner maßt sich durch das vorsätzliche Missachten aller gesetzlichen Voraussetzungen des Infektionsschutzgesetzes in **rechtswidriger und rechtsbeugender** Weise Befugnisse an, die nicht am Infektionsschutz orientiert sind, sondern auf die willkürliche und unbegründete Unterwerfung gesunder Menschen ausgerichtet sind. Dies verkehrt das Infektionsschutzgesetz in sein völliges Gegenteil. Denn niemand ist auf Basis eines positiven PCR-Tests ansteckungs- oder krankheitsverdächtig.

Das Gericht hat diesem gesetzlosen und willkürlichen und verbrecherischem Treiben endlich ein Ende zu setzen!

14. Der Inzidenzwert in Brandenburg liegt aktuell bei 5/100.000

Der Antragsgegner behauptet in seiner Begründung einen Inzidenzwert, der die Maßnahmen nach § 28a Abs. 3 IfSG bzw. dessen Verlängerung rechtfertige.

*In dem Zeitraum vom 20. Januar bis zum 10. Februar 2021 hat sich die **landesweite 7-Tage-Inzidenz von 229,0 auf 79,5 reduziert**. Dabei ist weiterhin in einzelnen Landkreisen (Stand: 10. Februar 2021) eine hohe 7-Tage-Inzidenz von 160,0, 148,4 und 121,4 festzustellen.*

Diese Zahl ist falsch. Denn positive PCR-Testergebnisse entsprechen nicht der gesetzlichen Voraussetzung einer „Neuinfektion“ im Sinne des § 28a Abs. 3 IfSG, wie dies ausführlich dargestellt wurde. Maßgeblich ist allenfalls die Zahl derjenigen Patienten, die intensivmedizinisch **hospitalisiert** sind – den Nachweis hierfür führt lediglich das **Intensivregister** in Zusammenarbeit mit dem RKI. Danach waren zum Zeitpunkt des Erlasses der 6. SARS-CoV-2 EindV lediglich **140 Patienten intensivmedizinisch** versorgt.

Glaubhaftmachung: Begründung des Antragsgegners, S. 22, Vgl. Anlage 1.

Die Zahl von 140 Patienten entspricht einem **Prozentsatz von 0,005 bezogen auf die Gesamtbevölkerung von 2,5 Millionen Bewohnern in Brandenburg**.

Damit liegt die Inzidenz keinesfalls bei 79,5/100.000 – was bereits eine „Seltene Erkrankung“ darstellt. Die Inzidenz liegt in Brandenburg bei nur **5/100.000**. Dies ist eine sehr sehr seltene Erkrankung! Nur 5 von hunderttausend Menschen haben also eine schwere COVID-19 Erkrankung, jedenfalls eine Pneumonie, die ja eine mögliche schwere Folge des Corona-Virus sein kann – aber nicht sein muss.

14.1 Offensichtliche Zweifel selbst bei Intensivpatienten

Selbst bei diesen aktuell 140 Patienten liegt möglicherweise gar keine COVID19-Erkrankung, sondern allenfalls ein positiver PCR-Test vor. Denn auch bei diesen Patienten wurde mit allergrößter Wahrscheinlichkeit **keine sorgfältige Diagnostik** dahingehend vorgenommen, dass das Virus angezüchtet und vermehrt wurde. Es erfolgte mit größter Wahrscheinlichkeit auch keine Ausschlussdiagnostik dahingehend, ob die Pneumonie möglicherweise durch andere Viren oder typischerweise durch Bakterien verursacht wurde.

Noch nicht einmal diese Patienten sind somit nachgewiesene COVID-Patienten. Sie haben aber sicherlich eine sehr schwere Pneumonie, die behandlungsbedürftig ist. Den Grund hierfür hat der Antragsgegner zu beweisen – er hat seinen Bürgern in Brandenburg nachzuweisen, dass es sich bei diesen Patienten tatsächlich um COVID-Patienten handelt!

Tatsache ist: Der vom Antragsgegner behauptete Inzidenzwert ist **falsch**. Er beträgt – auf Basis der Zahlen des Intensivregisters und auf Basis der eigenen Angaben des Antragsgegners - lediglich 5/100.000. COVID 19 ist damit eine sehr seltene Erkrankung in Brandenburg.

Die Inzidenz der COVID-Infektionen liegt in Brandenburg bei **5/100.000**.

14.2 Pflicht zur korrekten Berechnung der Fallzahlen

Der Antragsgegner ist daher zwingend zu verpflichten, die Fallzahlen und damit den Inzidenzwert nur nach vollständiger Einhaltung der folgenden Vorgaben zu berechnen und dies durch die ihm unterstehenden Gesundheitsämter sicherzustellen:

1. Der PCR-Test darf grundsätzlich nur bei Personen durchgeführt werden, die **typische klinische Symptome** von COVID19 aufweisen.
2. Der PCR-Test wird mit **maximal 25 Zyklen** durchgeführt.
3. Im Falle eines positiven Testergebnisses mit 25 Zyklen erfolgt **zwingend** eine **Anzüchtung** des SARS-CoV2-Virus zum Nachweis eines vermehrungsfähigen SARS-CoV2-Virus.
4. Im Falle des Nachweises eines vermehrungsfähigen SARS-CoV2-Virus muss das Labor durch weitere Diagnostik **andere Viren** (z.B. Grippeviren oder Rhinoviren) als Grund für die Krankheitssymptome **ausschließen**.
5. Das Testergebnis darf nur bei wissenschaftlichem Nachweis eines angezüchteten und vermehrungsfähigen Virus im Sinne des § 2 Abs. 1 Nr. 1 IfSG und somit nur bei Nachweis einer akuten Infektion im Sinne des § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 44a IfSG **an das zuständige Gesundheitsamt weitergeleitet** werden.
6. Das Gesundheitsamt hat sicherzustellen, dass nur solche Fälle als „**Neuinfektion**“, „**Infektion**“ oder „**Fall**“ an das RKI bzw. an den Antragsgegner

zur Aufnahme in die Fallberechnung weitergeleitet werden, die den Voraussetzungen der Nummern 1 bis 5 kumulativ entsprechen.

14.3 Verbot der Aufnahme von Mehrfachtestungen in die Inzidenzberechnung

Schließlich ist der Antragsgegner zu verpflichten, diejenigen Menschen, die erneut positiv getestet werden, nur ein einziges Mal in die Statistik und damit in die Berechnung des Inzidenzwertes aufzunehmen. Denn § 28a IfSG spricht ausdrücklich von „**Neuinfektionen**“ und nicht von PCR-Testungen, schon gar nicht von mehrfachen PCR-Testungen. Eine erkrankte Person kann zwar mehrfach getestet werden, dies darf jedoch freilich nicht die Fallzahl erhöhen. Die Zahl der Krebspatienten verdreifacht sich schließlich auch nicht dadurch, dass ein Krebspatient unter Umständen mehrere Therapien erhält und hierfür zuvor mehrfach klinisch und diagnostisch untersucht wurde.

Allerdings werden bei der **Berechnung** der Zahlen tatsächlich **alle Mehrfachtestungen aufgenommen**, worauf das **Statistische Bundesamt** in seinem „Statistik Dossier: Daten zur COVID-19-Pandemie“, Ausgabe 18/2020 ausdrücklich hinweist.

Glaubhaftmachung: Statistik Dossier: Daten zur COVID-19-Pandemie“ Ausgabe 18/2020 als

Anlage 32.

15. Verpflichtung des Antragsgegners zum Nachweis seiner Behauptungen

15.1 Pflicht zur eidesstattlichen Versicherung des Antragsgegners

Sollte das Gericht – entgegen dieser Ausführungen – weiterhin der Ansicht sein, dass ein PCR-Test eine ausreichende Grundlage für die Berechnung der Fallzahlen ist, weil der PCR-Test nach Auffassung des Gerichts eine Infektion nach § 2 Nr. 1 und § 2 Nr. 5 IfSG nachweisen könne, wird schon jetzt

die Glaubhaftmachung durch den Antragsgegner beantragt.

Der Antragsgegner möge in diesem Fall **eine eidesstattliche Versicherung** abgeben oder durch einen **Experten, etwa Christian Drosten oder Lothar Wieler** wie folgt vorlegen lassen:

„Alle PCR-Tests sind sicher imstande, ein vermehrungsfähiges SARS-CoV-2-Virus und damit eine akute Infektion im Sinne des § 2 Nr. 1 i.v.m. § 7 Abs. 1 IfSG nachzuweisen.“

Die 28 Professorinnen und Professoren der Leopoldina haben dies zwar in einem Satz der 6. Ad-hoc-Stellungnahme behauptet, diese Behauptung aber interessanterweise weder nachgewiesen noch eidesstattlich versichert. Dies wirft erhebliche Fragen auf und zwingt dazu, alsbald die 28 Mitglieder der Leopoldina auf Unterlassung oder Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung zu verklagen.

15.2 Pflicht zur Vorlage von Studien durch den Antragsgegner

Der Antragsgegner möge ferner **durch Studien** – und nicht durch leere Behauptungen - **nachweisen**, dass all die angeblichen „**Fallzahlen**“, die lediglich auf positiven PCR-Tests und **unzähligen Doppel- und Dreifachtestungen** beruhen (je mehr Testungen, umso höher die Fallzahlen) tatsächlich zu **schweren oder gar tödlichen Erkrankungen geführt haben** und zu welchem Prozentsatz dies der Fall war. Der Unterzeichnerin ist hierzu **nicht eine einzige Studie bekannt**.

Der Antragsgegner möge ferner **durch Studien** – und nicht durch leere Behauptungen - nachweisen, wann, wie und wo ein „**Infektionsgeschehen**“ in **Gaststätten stattgefunden** haben soll. Nachdem der Antragsgegner seit Monaten im Wege sogenannter „**Notverordnungen**“ agitiert, hatte er wahrlich hinreichend Zeit, seine

Behauptungen nun endlich durch konkrete Zahlen und Studien zu belegen und zu untermauern – auch um die Compliance und das Vertrauen der Bürger zu erhalten. Der Unterzeichnerin ist hierzu **nicht eine einzige Studie bekannt**.

15.3 Pflicht zur Vorlage der Auswertung der Sentinelpraxen in Brandenburg

Der Antragsgegner möge insbesondere die Auswertungen der **Sentinelpraxen** in Brandenburg vorlegen, aus welchen sich das Infektionsgeschehen bezogen auf SARS-CoV-2 ergibt. Hierzu ist das RKI bzw. für Brandenburg das Gesundheitsministerium gerade bei angeblichen Pandemien wie SARS-CoV-2 nach dem Gesetz ausdrücklich verpflichtet.

Nach § 2 Nr. 13 IfSG bedeutet „Sentinel-Erhebung“ eine

„epidemiologische Methode zur stichprobenartigen Erfassung der Verbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten und der Immunität gegen bestimmte übertragbare Krankheiten in ausgewählten Bevölkerungsgruppen“.

Etwa **750 Praxen in Deutschland** sind solche „Sentinel-Praxen“. Der Antragsgegner möge die Ergebnisse der Erfassung des „Infektionsgeschehens“ durch diese Sentinelpraxen bitte nachweisen und nicht nur ein dramatisches Infektionsgeschehen (jetzt durch eine angebliche Mutation) frei behaupten oder gar auf die aussagelosen PCR-Tests stützen!

Der Antragsgegner wird jedoch keine brauchbaren Ergebnisse der Sentinelpraxen liefern können, weil es nämlich schlichtweg kaum ein Infektionsgeschehen gibt. Es gab in den letzten Monaten zwar Rhinoviren, aber fast keine Coronaviren und nahezu keine Inflenzaviren.

15.4 Pflicht zur Vorlage von Totenscheinen und Obduktionsberichten

Sehr dubios ist ferner die deutliche Erhöhung der angeblich an Corona verstorbenen Patienten: Während sich sowohl die Zahl der stationär behandelten Patienten als auch die Zahl der intensivmedizinisch behandelten Patienten seit Anfang Januar **deutlich verringert** hat, ist die Zahl der an Corona verstorbenen Patienten diametral gestiegen.

Dies erstaunt! Wo sind denn nun diese Patienten gestorben, wenn schon ganz offensichtlich nicht in den Kliniken? Sind sie in den Altersheimen gestorben? Hat

man sie untersucht? Wurden sie obduziert? Hat man die Todesbescheinigungen eingesehen? Gab es in manchen Heimen Corona-Ausbrüche? Wieso wurden diese Patienten nicht in den Kliniken versorgt, die ja bereits im Januar noch eine sehr erhebliche Zahl an freien Intensivbetten hatten?

Oder wurde vielleicht bei jedem älteren Heimpatienten als Todesursache Corona angegeben, obwohl der PCR-Test negativ war und der alte Mensch bekannte schwere Vorerkrankungen hatte? Wie kommt es zu diesem weiteren höchst dubiosen Widerspruch?

15.4.1 Fälschung von Totenscheinen und Bestechung der Angehörigen

Höchst dubios ist beispielhaft eine Anweisung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern vom 4.12.2020 an die Ärzte des Landkreises Aichach-Friedberg im Zusammenhang mit der von Ärzten durchzuführenden **Leichenschau**. In diesem Schreiben heißt es:

Des Weiteren bittet das Gesundheitsamt darum, bei verstorbenen Heimpatienten, die bislang negativ auf Covid-19 getestet waren, im Rahmen der Leichenschau einen erneuten PCR-Abstrich durchzuführen. Diese Proben müssen dann dem Gesundheitsamt zugeführt werden, das die weitere Einsendung der Proben veranlasst.

Glaubhaftmachung: Schreiben Dr. Andreas Ullmann vom 4.12.2020 als

Anlage 33.

Es wird ferner ein Beitrag vorgelegt, der weitere dubiose Machenschaften bei der Ausstellung von Todesbescheinigungen belegt.

Glaubhaftmachung:

Beitrag Reitschuster „Nicht überall, wo auf dem Totenschein Corona drauf steht, ist auch Corona drin. Ein Bestatter packt aus“ als

Anlage 34.

Weiterer Beitrag von Reitschuster „Herr Doktor fälscht die Totenscheine“ als

Anlage 35.

Die Unterzeichnerin selbst klagt aktuell im Auftrage mehrerer Angehöriger gegen mehrere Kliniken, darunter Universitätskliniken, sowie gegen Ärzte, die nach überraschendem Versterben der Patienten weder eine Patientendokumentation noch die Todesbescheinigung herausgeben. Die Hinterbliebenen vermuten eine Diagnose „Corona“, obwohl die Verstorbenen negativ getestet und in der Klinik wegen anderer schwerer Erkrankungen behandelt worden waren.

15.4.2 Anstieg der Todeszahlen nach Impfung

Freilich könnte der auffällige Anstieg der Todeszahlen auch mit den Impfungen zusammenhängen, die seit Ende Dezember vor allem in Alten- und Pflegeheimen vorgenommen wurden.

Es gibt – in den freien Medien - eine besorgniserregende Zahl von Berichten, die nicht nur schwere Nebenwirkungen, sondern auch sehr **viele Todesfälle innerhalb von wenigen Tagen bis wenigen Wochen nach der Impfung belegen**. Während allerdings zuvor der schwerstkranke Mensch nicht etwa an seinen Vorerkrankungen verstarb, sondern an Corona auf Basis eines völlig aussagelosen PCR-Tests und auf Basis gefälschter Todesscheine ist es seit Beginn der Impfung genau umgekehrt: Ein Zusammenhang zwischen Impfung und unerwartetem Tod wird in den Massenmedien entschieden zurückgewiesen, freilich ist jetzt der alte Mensch plötzlich an seinen Vorerkrankungen verstorben.

All dies ist dubios. Sehr dubios.

15.5 Behauptungen „ins Blaue hinein“.

Der Antragsgegner behauptet somit **ins Blaue hinein**, es handle sich in Deutschland und in Europa um eine sehr dynamische und ernst zu nehmende Situation. Womit belegt er dies? Mit den Fallzahlen auf Basis von PCR-Tests bei gesunden Menschen? Ist das die neue medizinische Wissenschaft? Die Regierungen können einfach behaupten, was sie wollen, Hauptsache es wird seit Monaten (ohne jedweden wissenschaftlichen Beleg) in den Medien und von der Politik monoton täglich wiederholt, damit auch jeder endlich an das todbringende Virus und die hochgefährliche Ansteckungsgefahr glaubt?

Und jetzt kommt auch noch die neue Mutation? Noch viel schlimmer, noch viel gefährlicher? Noch viel schneller verbreitbar? Gibt es – außer weiterer Behauptung

tungen ins Blaue hinein – hierfür irgendwelche Belege? In Südafrika jedenfalls ist die neue Südafrika-Variante nicht bekannt.

Wie lange wird es wohl dauern, bis man den Menschen weismachen wird, die Erde sei eine Scheibe und zwei plus zwei sei fünf?

15.6 Pflicht zur wahrheitsgemäßen Begründung von Lockdownmassnahmen

Gerichte sind zu einer **auf Fakten basierenden, sachlichen und fundierten Entscheidung verpflichtet**. Diese Fakten wurden vom Antragsteller fundiert und durch unzählige Nachweise dargelegt. Er hat – im Gegensatz zum Antragsgegner – seinen Antrag mit einer Vielzahl wissenschaftlicher **medizinischer** Studien und vor allem mit Aussagen, **Zahlen und Studien des Robert-Koch-Instituts** und der **Weltgesundheitsorganisation WHO** untermauert.

Auch **dem Antragsgegner** ist dies zuzumuten und **zwingend abzuverlangen**.

Wieso tut das der Antragsgegner nicht und belegt seine Behauptungen nichtendlich in redlicher und rechtmäßiger Weise?

Wieso gibt er hunderte von Millionen Euro für untaugliche PCR-Tests aus, statt Menschen mit Symptomen ordentlich untersuchen zu lassen und mit der gebotenen medizinischen Untersuchung und Diagnostik **nachzuweisen**, dass eine Person **tatsächlich an Covid-19 erkrankt** ist? Warum fordert der Antragsgegner nicht eine ordentliche, wissenschaftliche Medizin, wie es in all den Jahrzehnten zuvor auch der Fall war?

Wieso erlaubt sich ein Verordnungsgeber, die gesetzlichen Voraussetzungen frech und dreist einfach eigenmächtig herunter zu schrauben, und (nur dadurch!) 2,5 Millionen gesunde Menschen massiv zu drangsalieren und in allen, wirklich in allen Grundrechten zu beschränken? Glaubt das Gericht wirklich noch immer – nach einem Jahr und unzähligen Eilverfahren - all den Behauptungen der Politik und der Massenmedien, dass dies „zum Schutz der Gesundheit und des Gesundheitssystems“ erfolge? Hat es sich nicht inzwischen selbst eine eigene Meinung durch kurzen Blick in die **Statistiken des RKI**, des **statistischen Bundesamtes** und des **Intensivregisters** verschafft? Hat das Gericht nicht inzwischen selbst die jeweiligen **Bezugs- und Vergleichszahlen** herangezogen, einen kleinen Dreisatz berechnet und dann mit Erstaunen festgestellt, dass bei den Behauptungen des Antragsgegners ganz fundamental etwas nicht stimmen kann?

Steckt dahinter vielleicht gar keine Pandemie? Denn wie kann es sein, dass man Millionen Unternehmer und ihre Familien in Not und Konkurs treibt, nur um einige Menschen angeblich zu retten, die – in jedem Fall einer Viruserkrankung - gefährdet sind, nämlich die hochbetagten und vorerkrankten Menschen? Um genau diese Menschen von ihren eigenen Angehörigen zu isolieren, weil diese gar nicht mehr in die Kliniken und die Heime dürfen, um ihren Angehörigen beizustehen! Versteht der Antragsgegner dies unter „Schutz von Leben und Gesundheit“? Er sollte sich schämen, der Antragsgegner.

Erschreckend ist hier keinesfalls das „Infektionsgeschehen“, welches offensichtlich nie ernsthaft untersucht und analysiert wurde. Denn die Zahlen des Intensivregisters zeigen alles andere als eine „besorgniserregende Entwicklung“, wie ausführlich dargelegt wurde.

Erschreckend ist nur das Handeln des Antragsgegners. Sehr erschreckend.

Das Gericht hat daher zwingend die oben beantragten Nachweise anfordern oder dem Vortrag des Antragstellers zu folgen.

Es liegt andernfalls ein massiver Rechtsverstoß gegen das Infektionsschutzgesetz sowie gegen das Rechtsstaatsprinzip, insbesondere das Verhältnismäßigkeitsprinzip vor.

Würde – angesichts der damit verbundenen gravierenden Grundrechtsbeschränkungen - ein Gericht diesen **Missbrauch des Infektionsschutzgesetzes** weiterhin billigen, so müsste dies als **Rechtsbeugung** im Sinne des § 339 Strafgesetzbuch angesehen werden.

15.7 Der Antragsgegner muss die Rechtsstaatlichkeit seiner Maßnahmen nachweisen

Das Gericht hat den allgemeinen Grundsatz zu beachten, dass derjenige, der Rechte anderer einschränkt, auch die **tatsächlichen Gründe hierfür** darlegen und beweisen muss und folglich auch **belegen** muss, dass die **Maßnahmen** geeignet, **erforderlich** und **verhältnismäßig** sind. Nicht der Rechtsunterworfenen und der in seinen Grundrechten Eingeschränkte muss darlegen und beweisen, dass das Verbot des **Betriebs einer Gaststätte** zur Vermietung für private Feiern dem Schutz von Gesundheit und Leben und dem Schutz des Gesundheitssystems dient. Der **Verordnungsgeber** hat dies **nachzuweisen!**

Ein solcher Nachweis liegt bis zum heutigen Tage – mehr als 10 Monate seit Beginn der Corona-Zwangmaßnahmen - nicht vor. Es wurde bis heute kein triftiges und

wissenschaftlich fundiertes Argument vorgebracht, weshalb vom Besuch einer Gaststätte eine spezifische Ansteckungsgefahr mit dem SARS-CoV-2-Virus ausgehen soll, während diese Gefahr in Zügen oder Flugzeugen sowie im privaten Raum nicht besteht. Insbesondere **fehlen** überhaupt zur Übertragbarkeit und zu den **tatsächlichen Übertragungswegen** bis heute **jedwede Studien** und wissenschaftlichen Nachweise.

16. Keine Kohärenz zwischen Schließung von Gaststätten und § 28a IfSG

Es besteht insbesondere – außer irgendwelcher Behauptungen ins Blaue hinein – keinerlei **Kohärenz** zwischen dem Verbot des Betriebs einer Gaststätte und dem Schutzzweck nach IfSG. Denn es ist durch nichts, aber auch gar nichts nachgewiesen, dass die Schließung von Betrieben als Schutzmaßnahme zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit notwendig ist. Genau dies verlangt aber § 28a Abs. 1 IfSG!

Welcher Kontext besteht zwischen der Schließung einer Gaststätte und der Verhinderung der Verbreitung der Krankheit? Es gibt keinen Kontext, weil die Menschen nämlich vor allem in **Altenheimen** und in **Kliniken sterben**.

Denn es ist allseits bekannt, dass es vor allem **hochbetagte** oder **schwer vorerkrankte Personen** sind, die besonders anfällig für schwere Erkrankungen sind. Es ist nicht anzunehmen, dass hochbetagte Menschen in Alten- und Pflegeheimen oder schwer vorerkrankte Menschen, die oft in Kliniken sind, sich gerade in Viruszeiten **in Gaststätten, Restaurants oder Bars begeben**.

Diese Patienten sterben nicht aufgrund ihres Besuchs von Gaststätten! Andernfalls möge der Antragsgegner die entsprechenden Beweise erbringen.

16.1 Die Schließung von Gaststätten dient nicht dem Schutz des Gesundheitssystems

Die Schließung von Gaststätten ist als Schutzmaßnahme auch nicht ausgerichtet am Schutz der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems, wie § 28a Abs. 3 IfSG dies ausdrücklich fordert. Es gibt auch hier keinerlei Zusammenhang zwischen der Schließung von Gaststätten und der **Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems**. Das Gesundheitssystem funktioniert genauso gut oder genauso schlecht, völlig unabhängig, ob eine Gaststätte oder ein Einzelhandelsgeschäft geöffnet hat oder nicht.

Angesichts der **Schließung von 20 Kliniken** bundesweit im letzten Jahr 2020 und dem damit verbundenen **Abbau von vielen tausend Klinikbetten** scheint es mit der angeblichen Belastung des Gesundheitssystems nicht so weit her zu sein.

Im Übrigen schützt es keinen einzigen Kranken, wenn irgendwo in Brandenburg jemand ein Bier trinkt oder ein Schnitzel in einer Gaststätte verzehrt. Ob er dies tut oder nicht hat mit dem Leben und der Gesundheit eines Covid-Erkrankten nichts, aber auch gar nichts zu tun. Damit liegen auch die Voraussetzungen des § 28a Abs. 3 IfSG nicht vor, der ausdrücklich verlangt, dass die Schutzmaßnahmen an dem Schutz von Leben und Gesundheit und an der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auszurichten sind. Umgekehrt wird ja ein Gaststättenbetreiber auch nicht die Schließung oder die Verbesserung einer Klinik fordern, bloß weil seine Gaststätte schlecht läuft. Wenn dies so ist, dann weil der Gastwirt etwas falsch macht und nicht, weil die Kliniken schlecht ausgestattet sind oder weil es Viren gibt.

16.2 Missachtung der Auswirkungen des Schließung von Betrieben

Ferner sind bei der Entscheidung über Maßnahmen nach § 28a IfSG, wie etwa die Schließung von Gaststätten - **soziale, gesellschaftliche und wirtschaftliche Auswirkungen auf den Einzelnen und die Allgemeinheit** einzubeziehen und zu berücksichtigen, § 28a Abs. 6 S. 1 IfSG.

Dies hat der Antragsgegner erst recht nicht berücksichtigt. Es ist ihm offensichtlich vollkommen egal, ob er durch seine Maßnahmen **hunderttausende** selbständige gewerbetreibende Bürger in den Ruin, in den Selbstmord oder in die Depression treibt. Hauptsache, die enorm beängstigende Zahl von **140 intensivmedizinisch behandelten Covid-Patienten** wird reduziert!

Auch der Antragsteller hat die versprochenen Hilfen zuletzt nicht mehr erhalten und steht daher kurz vor der Insolvenz.

Wer spätestens hier nicht merkt, dass etwas ganz Fundamentales nicht stimmt in diesem Land und wer diesen frechen Lügenmärchen weiterhin glaubt, macht sich – spätestens jetzt - mitschuldig an der Errichtung eines Systems, welches an Totalitarismus alles Dagewesene deutlich übertreffen könnte.

16.3 Das Verbot der Verfolgung scheinheiliger Ziele

Das **Bundesverwaltungsgericht** hat im Übrigen - ebenso wie der **Europäische Gerichtshof** – in mehreren Entscheidungen klargestellt, dass ein Gesetzgeber oder Ordnungsgeber nicht **scheinheilig legitime Ziele vorgeben** darf, in Wahrheit aber andere - beispielsweise fiskalische - Ziele anstrebt, die die Beschränkung nicht legitimieren können.

(Vgl. BVerwG, Urt. v. 20.6.2013 - 8 C 17.12; EuGH, Urteile vom 21. Oktober 1999 - Rs. C-67/98, Zenatti - Slg. 1999, I-7289 Rn. 35 ff., vom 6. November 2003 a.a.O. Rn. 67 ff. und vom 8. September 2010 - Markus Stoß - a.a.O. Rn. 88 ff. sowie - Carmen Media - a.a.O. Rn. 55, 64 ff.; BVerwG, Urteil vom 1. Juni 2011 a.a.O. Rn. 45).

Dies ist vorliegend eindeutig der Fall: Der Ordnungsgeber behauptet scheinheilig Ziele des Gesundheitsschutzes und des Schutzes der Funktionsfähigkeit des Gesundheitswesens. Er behauptet eine starke Belastung der Kliniken und er beschwört zugleich eine neue Gefahr durch eine angeblich noch ansteckendere Virusmutante.

All dies ist scheinheilig und gelogen: Die Mutation wurde noch nicht nachgewiesen, sondern lediglich anhand weniger Fälle behauptet. Tatsächlich mutieren Viren jedoch unaufhörlich – dies ist also nichts Neues und erst recht nichts Beängstigendes. Wäre die Mutation so gefährlich, so würde sich dies in der Zahl der hospitalisierten Patienten zeigen – und nur dort, wo auch sonst? Die Patientenzahlen gehen aber extrem nach unten!

Das Gesundheitssystem ist keinesfalls an der Belastungsgrenze, sonst hätte man 20 neue Kliniken aufgebaut – und nicht etwa 20 Kliniken abgebaut. Insbesondere aber dient die Schließung von Gaststätten weder dem Gesundheitsschutz noch der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems, wie ausführlich dargestellt.

Nach alledem behauptet der Antragsgegner scheinheilig legitime Zwecke, die tatsächlich nicht vorliegen. Das Bundesverwaltungsgericht und der Europäische Gerichtshof haben auf Basis scheinheiliger Behauptungen in den letzten 20 Jahren immer wieder entsprechende Verbote gekippt und aufgehoben.

Dies muss auch vorliegend passieren.

16.4 Das Grund- und Menschenrecht, zu arbeiten und seinem Beruf nachzugehen

Bei alledem ist abschließend insbesondere zu beachten, dass in einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung, wie sie in unserem Grundgesetz verankert ist, nicht etwa gilt: Alles ist verboten, was nicht ausdrücklich erlaubt ist. Es ist vielmehr umgekehrt so, dass **alles erlaubt** ist, was nicht ausnahmsweise – und auf Basis rechtsstaatlicher Grundsätze – verboten ist.

Das gilt auch für das Grund- und Menschenrecht aller Bürgerinnen und Bürger, zu arbeiten und einen Beruf auszuüben. Dieses Recht steht allen Menschen – und damit auch dem Antragsteller – nicht nur nach deutschem Recht, sondern auch nach der **Charta der Grundrechte der EU** sowie nach der **Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte** zu.

Alle Menschen haben das Recht, einen Betrieb zu führen, zu unterhalten, zu schließen und zu öffnen. Dies ergibt sich

- aus der **Gewerbeordnung**, § 1 GewO:

Der **Betrieb eines Gewerbes ist jedermann gestattet**, soweit nicht durch dieses Gesetz Ausnahmen oder Beschränkungen vorgeschrieben oder zugelassen sind.
- aus dem **Grundrecht der Berufsfreiheit**, Art. 12 GG:

Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.
- aus der **Charta der Grundrechte der Europäischen Union**, Art. 15:

Jede Person hat das **Recht, zu arbeiten** und einen frei gewählten oder angenommenen Beruf auszuüben. Alle Unionsbürgerinnen und Unionsbürger haben die Freiheit, in jedem Mitgliedstaat Arbeit zu suchen, zu arbeiten, sich niederzulassen oder Dienstleistungen zu erbringen.
- aus der **Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte**, Art. 23:

Jeder hat das Recht auf Arbeit, auf freie Berufswahl, auf gerechte und befriedigende Arbeitsbedingungen sowie auf **Schutz vor Arbeitslosigkeit**.
- aus dem **Unionsrecht** (Europarecht) nach Art. 21 AEUV Freizügigkeit, Art. 56 AEUV der freie Dienstleistungsverkehr, Art. 49 AEUV Niederlassungsfreiheit und Art. 28 AEUV der freie Warenverkehr.

Alle diese Rechte werden aus scheinheiligen, nicht belegten, nicht kohärenten, nicht rechtmäßigen, und insbesondere nicht dem IfSG entsprechenden Gründen verletzt.

Verletzt wird darüber hinaus in beispielloser Weise das Verhältnismäßigkeitsprinzip, welches sich aus dem Rechtsstaatsprinzip ableitet.

17. Der unethische Missbrauch des Infektionsschutzgesetzes

17.1 Die vielfachen vorsätzlichen Verstöße gegen das IfSG

Das RKI mit Herrn Wieler und der ihn beratende Virologe Drosten wissen freilich sehr genau um die Aussagelosigkeit der PCR-Tests. Dennoch wurden seit April 2020 etwa 30 Millionen PCR-Tests durchgeführt, von denen nur ein Bruchteil „positiv“ war.

Dass aber selbst ein positiver Test schlichtweg nichts über eine Infektion und erst recht nicht über eine Ansteckungsfähigkeit aussagt, wurde in diesem Schriftsatz hinreichend beschrieben und **nachgewiesen**.

Wenn die Testungen (inzwischen auf Grundlage der Corona-Testverordnung vom 30.11.2020) an gesunden Menschen dennoch unbeirrt weitergeführt werden, so nur deshalb, um die tägliche „Infektionszahl“ (die jedoch zu 95 % gesunde Menschen betrifft) in die Höhe zu treiben und die schlimmsten totalitärsten Grundrechtsbeschränkungen zu rechtfertigen, die es jemals in der (demokratischen) Welt und auch in Deutschland gegeben hat. (Die PCR-Testungen verfolgen freilich darüber hinaus einem noch viel beunruhigenderen Zweck als die scheinheilige Verfolgung eines Gesundheitsschutzes).

Die Medien und die Politik sowie das RKI sprechen vorsätzlich und irreführend seit Monaten von „Infektionszahlen“, die angeblich besorgniserregend steigen (ist ja klar bei einer Vervielfachung der Testung), um dadurch weiter Angst und Panik zu verbreiten und menschenunwürdige Maßnahmen durchzusetzen. Dass die täglichen Katastrophenmeldungen vollständig **konträr sind zu den offen vorliegenden Fakten**, insbesondere zur Belegung der Intensivbetten, zur Auslastung der Kliniken und zur Anzahl der Corona-Kranken in den Arztpraxen und insbesondere zur Anzahl der schwer Erkrankten und Toten, wurde zuvor ausführlich dargestellt und nachgewiesen.

Ein solches Verhalten entspricht weder einem Rechtsstaat noch einer Demokratie noch einer freiheitlich-demokratischen Grundordnung, wie sie im Grundgesetz verankert ist. Ein solches Verhalten ist menschenverachtend und teuflisch. Ein solches Verhalten ebnet den Weg zu einer unvorstellbaren Gesundheits- und Überwachungsdictatur.

17.2 Der Testskandal weitet sich weltweit aus

Die Zahl der Experten, die PCR-Massentests als leichtsinnig und unsinnig, wenn nicht gar kriminell anprangern, nimmt zu. Denn – wie dargestellt – können PCR-Tests nicht zwischen „lebenden“ Viren und inaktiven (nicht infektiösen) Viruspartikeln unterscheiden und können daher nicht als diagnostisches Hilfsmittel eingesetzt werden. Sie können auch nicht bestätigen, dass SARS-CoV-2 der Erreger der klinischen Symptome ist, da der Test Krankheiten, die durch andere bakterielle oder virale Erreger verursacht werden, nicht ausschließen kann.

Die Tests haben außergewöhnlich hohe Falschbefundraten. Je höher die Zykluschwelle (CT) – d. h. die Anzahl der Amplifikationszyklen, die zum Nachweis von RNA-Partikeln verwendet werden – desto größer ist die Chance eines falsch positiven Ergebnisses. **Ab 34 Zyklen** sinkt die Chance, dass ein positiver PCR-Test ein echtes Positiv ist, auf Null.

Florida war kürzlich der erste Staat, der von allen Laboren im Staat verlangte, die für ihre PCR-Tests verwendeten CTs anzugeben.

Der SARS-CoV-2 PCR-Test wurde auf der Grundlage einer von chinesischen Wissenschaftlern veröffentlichten genetischen Sequenz entwickelt, nicht des Virusisolats. Fehlender genetischer Code wurde einfach erfunden

Positive Reverse-Transkriptions-Polymerase-Kettenreaktion (RT-PCR)-Tests wurden als Rechtfertigung dafür verwendet, große Teile der Welt in den letzten neun Monaten abgeschottet zu halten. Nicht verlässliche Hospitalisierungs- oder Todesraten, sondern einfach nur positive PCR-Testzahlen – von denen ein großer Teil von Menschen stammt, die keine Symptome einer tatsächlichen Krankheit haben – sind die Auslöser für die Lockdowns.

Nun melden sich immer mehr Experten zu Wort, die die massenhaften PCR-Tests als töricht und unsinnig, wenn nicht gar kriminell anprangern. Und warum? Weil wir jetzt feststellen, dass PCR-Tests selten etwas wirklich Brauchbares aussagen, zumindest nicht, wenn sie so eingesetzt werden, wie sie bisher eingesetzt wurden.

Glaubhaftmachung: Artikel „COVID-Testskandal weitet sich weltweit aus“ v. 18.12.2020 als

Anlage 36.

17.3 Die unrühmliche Rolle des Robert-Koch-Instituts im Dritten Reich

Hinter Maskenpflicht, unbarmherziger Verfolgung von Ärzten, die hiervon befreien, hinter der millionenfachen unsinnigen PCR-Testung, hinter Ausgangssperren (!!), die sonst nur im Kriegsfall oder im echten Katastrophenfall ausgerufen werden, hinter Kilometerbegrenzung auf 15 km (!!) und hinter einer angeblich rettenden Impfung, die nicht erprobt ist, aber bei 7 Milliarden Menschen weltweit im Hauruckverfahren durchgeführt werden soll, stehen völlig andere Pläne und Ziele. Und diese Pläne sind so ungeheuerlich menschenverachtend wie die gesamten Maßnahmen seit April 2020 unter dem – durch nichts belegten – Vorwand einer Pandemie.

Hierbei spielt das RKI eine maßgebliche Rolle – ebenso wie interessanterweise schon im Dritten Reich:

Das RKI war mit dem NS-System eng verbunden. 1933 mussten sechs der acht planmäßigen Assistenten gehen, weil sie Juden waren; die Führungsriege wurde zwischen 1933 und 1937 fast vollständig ausgetauscht: Wer wegen Alters oder Krankheit ausschied, wurde durch Parteimitglieder ersetzt. In der Forschung, insbesondere der Entwicklung von Impfstoffen gegen Malaria und Fleckfieber, arbeiteten Wissenschaftler eng mit Konzentrationslagern und Heilanstalten zusammen, um „*genügend lebensunwertes Personenmaterial für diese Zwecke zu bekommen*“, wie es in einem Briefwechsel zwischen Eugen Haagen und Gerhard Rose, beide prominente RKI-Forscher, bezeichnend heißt.

Glaubhaftmachung: Artikel im Deutschen Ärzteblatt v. 17. Oktober 2008, A 2188, als

Anlage 37.

17.4 Die Entschließung des Europäischen Parlaments vom 13.11.2020

Am 13. November 2020 hat das Europäische Parlament zu den Auswirkungen der COVID-19-Maßnahmen auf die Demokratie, die Grundrechte und die Rechtsstaatlichkeit folgende Entschließung veröffentlicht: (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin)

B: ... in der Erwägung, dass Notstandsbefugnisse einer zusätzlichen Prüfung bedürfen, um sicherzustellen, dass sie nicht als Vorwand für eine dauerhaftere Änderung des Kräftegleichgewichts dienen; in der Erwägung, dass die von den Regierungen getroffenen Maßnahmen notwendig, verhältnismäßig und zeitlich begrenzt sein sollten; in der Erwägung, **dass Notstandsbefugnisse das Risiko des Machtmissbrauchs durch die Exekutive** und von ihrer Aufrechterhaltung im nationalen Rechtsrahmen nach Beendigung des Notstands **bergen** und dass daher eine angemessene interne und externe parlamentarische und gerichtliche Kontrolle sowie Gegengewichte zur Begrenzung dieses Risikos sichergestellt werden müssen

D: in der Erwägung, **dass die Maßnahmen Auswirkungen auf die Demokratie, die Rechtsstaatlichkeit und die Grundrechte haben**, da sie sich auf die Ausübung der Rechte und Freiheiten des Einzelnen auswirken, etwa auf die Freizügigkeit, die Versammlungs- und Vereinigungsfreiheit, die Meinungs- und Informationsfreiheit, die Religionsfreiheit, das Recht auf Familienleben, das Recht auf Asyl, den Grundsatz der Gleichbehandlung und der Diskriminierungsfreiheit, das Recht auf Privatsphäre und Datenschutz, das Recht auf Bildung und das Recht auf Arbeit; in der Erwägung, dass sich diese Maßnahmen auch auf die Volkswirtschaften der Mitgliedstaaten auswirken

E. in der Erwägung, dass das Funktionieren von Demokratien und das System von Kontrollen und Gegenkontrollen, dem sie unterliegen, beeinträchtigt werden, wenn eine gesundheitliche Notsituation zu Verschiebungen bei der Verteilung von Befugnissen führt, etwa indem es der Exekutive ermöglicht wird, neue Befugnisse zu erlangen, um die Rechte des Einzelnen einzuschränken und Kompetenzen auszuüben, die in der Regel dem Gesetzgeber und den lokalen Behörden vorbehalten sind, und **dabei die Rolle von Parlamenten, der Justiz**, der Zivilgesellschaft und der Medien sowie die Aktivitäten und die Teilhabe der Bürger **eingeschränkt wird**; in der Erwägung, dass in den meisten Mitgliedstaaten keine spezifischen Einschränkungen für die Justiz bestehen, es den Gerichten durch die Ausgangsbeschränkungen jedoch nahezu unmöglich gemacht wurde, auf normale Weise zu arbeiten;

I. in der Erwägung, dass das Vertrauen in die Maßnahmen der Regierungen und Staaten von größter Bedeutung ist, um die Unterstützung und die Umsetzung der ergriffenen Notfallmaßnahmen sicherzustellen; in der Erwägung, dass **transparente, wissenschaftlich fundierte und demokratische Entscheidungen**, der Dialog mit der Opposition, der Zivilgesellschaft und den Interessengruppen sowie deren Einbeziehung von grundlegender Bedeutung sind, um dies in einer Demokratie zu erreichen;

J. in der Erwägung, dass Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen am 31. März 2020 erklärt hat, dass **jegliche Notmaßnahmen auf das Notwendige beschränkt und unbedingt verhältnismäßig sein müssen**, dass diese nicht unbegrenzt andauern dürfen...

M. in der Erwägung, dass Notmaßnahmen nicht diskriminierend sein dürfen und **dass die Regierungen Notstandsgesetze nicht nutzen dürfen, um die Grundrechte einzuschränken**;

Al.1. weist erneut darauf hin, dass selbst im Ausnahmezustand die Grundprinzipien der Rechtsstaatlichkeit, der Demokratie und der Achtung der Grundrechte Vorrang haben **müssen und dass alle Notmaßnahmen, Ausnahmeregelungen und Beschränkungen drei allgemeinen Voraussetzungen unterliegen, nämlich der Notwendigkeit, der Verhältnismäßigkeit im engeren Sinne und der zeitlichen Begrenzung** – Voraussetzungen, die in der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR), des Gerichtshofs der Europäischen Union (EuGH) und verschiedener Verfassungsgerichte (und anderer Gerichte) der Mitgliedstaaten regelmäßig angewendet und ausgelegt wurden;

Al.3. 3. fordert die Mitgliedstaaten auf, sicherzustellen, dass bei der Annahme, Bewertung oder Überprüfung von Maßnahmen, die das Funktionieren der demokratischen Institutionen, die Rechtsstaatlichkeit oder die Grundrechte einschränken könnten, die Empfehlungen internationaler Gremien wie der Vereinten Nationen und des Europarates, einschließlich der Venedig-Kommission, und des Berichts der Kommission über die Rechtsstaatlichkeit in der EU eingehalten werden;

bekräftigt seine Forderung an die Mitgliedstaaten, die Notstandsbefugnisse nicht zu missbrauchen, um mit dem Ziel, die parlamentarische Kontrolle zu umgehen, Gesetze zu verabschieden, die nicht mit den Zielen für gesundheitliche Notlagen in Verbindung mit COVID-19 im Zusammenhang stehen

Al.4. Das Europäische Parlament fordert die Mitgliedstaaten auf, in Erwägung zu ziehen, den Ausnahmezustand zu beenden

Glaubhaftmachung: Entschließung des Europäischen Parlaments vom 13. November 2020 zu den Auswirkungen der COVID-19-Maßnahmen auf die Demokratie, die Grundrechte und die Rechtsstaatlichkeit (2020/2790(RSP))

Abrufbar unter: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0307_DE.html

18. Mein dringender Appell an die Gerichte

Was hier seit März 2020 passiert, ist der schlimmste Missbrauch eines angeblichen Notstands (das Europäische Parlament spricht sogar von „Ausnahmestand“), der tatsächlich kein Notstand ist und nie einer war. Vielmehr wird – unter massivem und gezieltem Missbrauch von Wissenschaftlern und Massenmedien – mit einer angeblichen Epidemie eine Angst geschürt, die jedenfalls im Hinblick auf unser gesundheitliches Risiko alles andere als berechtigt ist, im Gegenteil. Zugleich wird mit massiver Polizeigewalt die Maskenpflicht durchgesetzt und sanktioniert, es wird in vielen Einrichtungen dreimal wöchentlich getestet (künftig sogar an Schulen und Kindergärten), es wird für eine hochgefährliche, schnell entwickelte Impfung geworben und schon jetzt werden – sogar von Politikern – massive Nachteile für Ungeimpfte gefordert.

Gäbe es tatsächlich eine schlimme Epidemie, dann wäre eine seriöse Regierung immer daran interessiert, dass in der Bevölkerung gerade keine Panik ausbricht, dass keine zusätzlichen Ängste geschürt werden – und dass das Leben der Bürger so gut wie möglich normal weitergeht. Sehr anschaulich beschreibt dies Albert Camus in seinem Buch „Die Pest“.

Was wir hier vorfinden ist alles andere als die Pest – es ist eine mittelschwere Grippe, die nackten Zahlen und Fakten zeigen dies. Aus diesem Grund hat sogar das Europäische Parlament im November seine Forderung an die Mitgliedstaaten bekräftigt, die Notstandsbefugnisse nicht zu missbrauchen, um mit dem Ziel, die parlamentarische Kontrolle zu umgehen, Gesetze zu verabschieden, die nicht mit den Zielen für gesundheitliche Notlagen in Verbindung mit COVID-19 im Zusammenhang stehen. Genau das passiert jedoch gerade! Aktuell soll sogar das Briefgeheimnis nach Art. 10 Abs. 1 GG fallen, in Kürze wird dann auch die Unverletzlichkeit der Wohnung fallen, Art. 13 GG, um die Bevölkerung schon frühzeitig vor angeblichen „Gefährdungen“ zu schützen. Dann werden sehr bald Menschen - wie etwa die Unterzeichnerin als bekannte Maßnahmenkritikerin - von einem Großaufgebot bewaffneter Polizisten zuhause in ihrer Wohnung überfallen, weil auch sie eine potentielle Gefahr für die Allgemeinheit (das Volk!) darstellen.

Was hier gerade passiert, ist George Orwells schlimmste Dystopie 1984 – und fast niemand merkt es.

Fast alle fürchten zu sterben, weil sie panisch sind - aus Angst vor einem Virus, das es zwar gibt (wie es schon immer unzählige Viren gab), das aber ganz offensichtlich trotz monatelanger Propaganda doch kein Killervirus ist. Aufgrund der Panikmache wird inzwischen jeder Mensch als ein potentieller Killer angesehen, wenn er keine Maske trägt. Fast alle hoffen auf den Impfstoff, der allerdings schon enorm viele Todesopfer gefordert hat und noch fordern wird. Erst dann seien wir wieder „frei“, sagt die Kanzlerin. Wer sich nicht impfen lassen will, so hören wir von Politikern, sei asozial und zu ächten und habe weder ein Recht auf Teilhabe am sozialen Leben, noch ein Recht auf gesundheitliche Versorgung.

All dies klingt wie ein klassischer Horror-Science-Fiction, doch leider sind wir mitten drin in diesem Science-Fiction, leider ist dies alles schon seit März 2020 bittere Realität.

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie als Richter sind verpflichtet, diesem unglaublichen Missbrauch des Infektionsschutzgesetzes, diesem Missbrauch der PCR-Tests und dieser schändlichen Missachtung unseres Grundgesetzes entschieden entgegen zu treten. Denn auch Sie haben, wie ich als Rechtsanwältin, einen Eid geleistet:

*"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."*

Ich fordere Sie daher eindringlich auf: Machen Sie sich nicht mitschuldig an dieser rasanten und unfassbaren Beseitigung unserer Demokratie und unserer Freiheiten! Lassen Sie nicht zu, dass unter dem scheinheiligen Vorwand des Schutzes vor SARS-CoV-2 Millionen gesunde Menschen einer Gesundheits- und Überwachungsdictatur unterworfen werden, wie sie noch vor kurzem unvorstellbar gewesen wäre.

- Lassen Sie nicht zu, dass Millionen Menschen tatsächlich krank werden – und zwar nicht aufgrund irgendeines Virus oder seiner Mutation, sondern aufgrund von Arbeitslosigkeit, Existenzvernichtung, Isolation und Einsamkeit.

- Lassen Sie nicht zu, dass mutwillig der Mittelstand und der Einzelhandel endgültig zerstört werden (es ist schon fast soweit!), um hierdurch den Großkonzernen der „big data“, „big pharma“, „big media“ und „big money“ das alleinige Monopol zu überlassen. (Sehr empfehlenswert ist hierzu die exzellente **ARTE-Dokumentation „Profiteure der Angst“** aus dem Jahr 2013 zur Schweinegrippe – auffindbar im Internet).
- Lassen Sie nicht zu, dass Familien und Freundschaften gespalten werden, dass friedliche Anwälte, redliche Ärzte und Lehrer, sowie die Maßnahmenkritiker sehr bald wirklich misshandelt und verhaftet werden. Lassen Sie nicht zu, dass unser Land in Zukunft eine Gesellschaft aus Masken, Angst, Armut, Denunziation und Polizeiterror wird!
- Lassen Sie diesen unglaublichen Missbrauch des PCR-Tests und des Infektionsschutzgesetzes unter der scheinheiligen Begründung des Gesundheitsschutzes – tatsächlich mit dem wahren Ziel der Etablierung eines totalitären Gesundheits- und Überwachungsstaates - ab sofort nicht weiter zu!

Verweigern Sie sich als Kontrollinstanz diesem bösesten und perfidesten Angriff auf die Menschenwürde, auf die Grundfreiheiten, auf die Demokratie und vor allem auf den Rechtsstaat, den Deutschland je gesehen hat. Schützen Sie die Bürgerinnen und Bürger in Brandenburg, indem Sie die SARS-CoV-2-Eindämmungsverordnung wegen des massiven und verfassungswidrigen Verstoßes gegen das Infektionsschutzgesetz außer Vollzug setzen, sämtlichen weiteren Anträgen stattgeben und hierdurch **im Namen des Volkes Recht sprechen!**

Beatmen Sie unseren **Rechtsstaat** mit allen Ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln. Denn er ist es, der gerade **sterbend auf der Intensivstation** liegt – und nicht die Allgemeinheit der Bevölkerung! Hierfür sind nicht nur die Verordnungsgeber verantwortlich, sondern ganz maßgeblich auch die Gerichte, die diesem Sterben mit ihren Entscheidungen bislang noch massiv Vorschub geleistet haben – vermutlich im Vertrauen in die Regierung.

Vertrauen ist vielleicht das größte und schönste Geschenk, das man anderen Menschen gegenüber erbringen kann.

Vertrauen ist die Grundlage allen guten Zusammenlebens.

Vertrauen ist die Basis einer funktionierenden Gesellschaft.

Dieses Vertrauen ist leider nicht (mehr) berechtigt.

Weder gegenüber dem Antragsgegner noch gegenüber der Regierung.¹

Mit freundlichen Grüßen



Beate Bahner

fachanwältin für medizinrecht
mediatorin im gesundheitswesen

¹ Auch die Unterzeichnerin hat bis März 2020 der Regierung ihr vollstes Vertrauen entgegen gebracht. Bis sie Anfang April 2020 mit einem alptraum-ähnlichen Schock, mit dem größten Entsetzen, das sie je erfahren hatte, erwachte. Sie erkannte plötzlich sehr klar, dass ein weltweiter Lockdown, dass die weltweite Schließung von Geschäften, dass die erstmalige weltweite Schließung aller Flughäfen in allen Ländern, dass die weltweite Schließung von Schulen, Museen, Schwimmbädern und vieles mehr, definitiv nicht einem Virus geschuldet sein kann. Sie spürte auch, dass der beispiellose Polizeieinsatz - einschließlich Helikopter und berittene Polizei - zur Überprüfung redlicher Spaziergänger auf Einhaltung des Kontaktverbotes, dass die Verfolgung friedlicher Demonstranten, die das Grundgesetz hoch halten, nichts mit dem Corona-Virus zu tun haben konnte.

Denn niemals, niemals ist ein Virus – und sei es die wirklich schlimme Pest – niemals ist ein Virus, niemals ist irgendeine ansteckende Krankheit zur gleichen Zeit am gleichen Ort gleich virulent. Das gab es noch nie in der Weltgeschichte – und das war auch im März 2020 nicht der Fall.

Abschließend eine kleine Geschichte außerhalb des Protokolls,

die wir alle schon einmal gehört oder vielleicht sogar selbst erlebt haben:

Stellen wir uns vor, wir leben viele Jahre oder gar Jahrzehnte mit einem Partner oder einer Partnerin zusammen. Wir haben ihn gewählt, uns für ihn entschieden, weil wir uns eine schöne gemeinsame Zukunft mit ihm vorstellen konnten. Nach einigen Jahren ist die leidenschaftliche oder romantische Liebe zwar vielleicht abgeflacht, nicht aber das Vertrauen und die Zuneigung, denn man hat sich füreinander entschieden und schöne Zeiten miteinander verbracht. Man hat etwas Gemeinsames aufgebaut und man schaut weiter gemeinsam in eine gute Zukunft.

Es mag im weiteren Verlauf zu ersten leichten Irritationen gekommen sein, weil die Partnerin oder der Partner Dinge tut, die anders sind als früher – oder die nicht mit der „gemeinsamen Übereinkunft“ zusammenpassen. Es gab sie dann immer wieder einmal, diese Irritationen, aber wir sehen großzügig und tolerant darüber hinweg, schließlich haben wir Vertrauen in unseren Partner. Denn unser Partner meint es gut mit uns, hin und wieder gibt es als Trost und Entschädigung für die kleinen Unstimmigkeiten auch ein Geschenk oder zumindest das feste Versprechen der Besserung in der Zukunft!

Bis wir irgendwann einmal erste Zweifel hegen. Bis erstmalig der Gedanke auftaucht, ob vielleicht nicht alles stimmt, was uns der Partner oder die Partnerin an Erklärungen bietet. Wir fühlen uns jedoch sofort schuldig und gestehen uns diesen nahezu ketzerischen Gedanken nicht zu, denn wäre das nicht „Verrat“ am eigenen Partner? Ist nicht allein der Gedanke, unser Partner könnte uns belügen oder gar betrügen, eine unwürdige, illoyale, unsolidarische Haltung unserem Partner gegenüber? Wir schämen uns für unsere Zweifel und schieben diese wieder für weitere Wochen und Monate weg.

Und wir drängen weitere Zweifel weg, auch wenn es weiterhin Merkwürdigkeiten und Irritationen gibt. Trotz der seltsamen Widersprüche, Ungereimtheiten, Unklarheiten, trotz nahezu denklogischer Unmöglichkeiten und nicht eingehaltener Versprechen. Aber wir glauben es nicht und wollen schlichtweg nicht wahrhaben, dass wir mit unserem Gefühl doch Recht haben könnten.

Schließlich lügen wir ja auch nicht. Und wir betrügen auch nicht. Wir sind Menschen mit Anstand, Werten, Würde und Moral, und wir haben uns zu Beginn unserer Partnerschaft ein Versprechen gegeben, welches wir aus Respekt vor dem anderen niemals brechen würden.

Deshalb würden wir selbst unseren Partner nicht belügen und betrügen. Denn Vertrauen ist für uns die Grundlage unserer Partnerschaft – und dieses Vertrauen ist und bleibt das wesentliche Fundament unserer Partnerschaft und Zukunft.

Irgendwann dämmert es uns aber doch, dass unsere Zweifel offensichtlich doch berechtigt sind. Wir erkennen mit großer Fassungslosigkeit, dass unser Partner uns tatsächlich schamlos belügt und betrügt. Dass die meisten Erklärungen und Begründungen der Widersprüche und Ungereimtheiten (vielleicht schon in den letzten Jahren, zumindest jedoch offensichtlich in den letzten Monaten) eine große Lüge waren, die wir nicht wahrhaben wollten. Denn es darf schließlich nicht sein, was nicht sein kann.

Wir müssen erkennen, dass unser Partner nicht der Mensch ist, den wir einmal geliebt haben, und dem wir vertraut und alles anvertraut haben.

Wir müssen erkennen, dass unser Partner uns angelogen und betrogen hat.

Eine Welt bricht für uns zusammen.

Und es dauert eine ganze Weile, diesen großen Schock und den damit verbundenen Schmerz zu verarbeiten.

Die Optionen für das weitere Leben sind offen und ungewiss.

Denn jetzt stehen wir vor der wichtigsten Entscheidung unseres Lebens.

Beate Bahner, Februar 2021

***Die Menschen glauben viel leichter eine Lüge,
die sie schon hundertmal gehört haben,
als eine Wahrheit, die ihnen völlig neu ist.***

Alfred Polgar,
Schriftsteller der Wiener Moderne, Jüdischer Exilant