

Verwaltungsgericht Kassel
Goethestraße 41 + 43
34119 Kassel

beate bahner

fachanwältin für medizinrecht
mediatorin im gesundheitswesen
fachbuchautorin im springerverlag

vertretung | beratung | verträge

www.beatebahner.de

Fax: 0611 32761-8533

Beate Bahner / Stadt Kassel
wg. unbeschränkter Teilnahme an der
Demonstration in Kassel am 20.3.2021 u.a.
Unser Az.: 255/2021

18.03.2021

Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung nach § 123 VwGO

Beate Bahner, Voßstr. 3, 69115 Heidelberg

- Antragstellerin -

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

gegen

Stadt Kassel, Obere Königstraße 8, 34117 Kassel,
vertreten durch den Oberbürgermeister Christian Geselle

- Antragsgegner -

zeige ich die anwaltliche Vertretung der Antragstellerin an und stelle hiermit namens und im Auftrag der Antragstellerin die folgenden **Anträge**:

1. **Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass der Schwellenwert innerhalb von sieben Tagen in der Stadt Kassel weniger als 10 je 100.000 Einwohner beträgt.**
2. **Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass es der Antragstellerin daher gestattet ist, sich am Wochenende des 19. bis 21. März 2021 ohne jedwede Behinderung und Beeinträchtigung, insbesondere ohne Pflicht zur Einhaltung der AHA-Regelungen in Kassel aufzuhalten und an der Demonstration in Kassel teilzunehmen.**
3. **Der Antragsgegner trägt die Kosten des Verfahrens.**
4. **Der Streitwert wird auf 5.000,- € festgesetzt.**

Überblick des Eilantrags

1. Gegenstand des Verfahrens	5
1.1 Corona- Kontakt- und Betriebsbeschränkungsverordnung vom 8.3.2021	6
2. Zulässigkeit und Begründetheit des Antrags	8
2.1 Zulässigkeit des Antrags.....	8
2.1.1 Antragsbefugnis	8
2.1.2 Antragsgegner	9
2.2 Begründetheit des Antrags	10
3. Fehlende Begründung der Corona-KB-VO	11
4. Offensichtlich rechtswidrige Berechnung des Inzidenzwerts	12
4.1 Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz.....	12
4.2 Meldepflicht der Gesundheitsämter nach § 11 IfSG.....	12
4.2.1 Meldepflicht des SARS-CoV-2-Krankheitserregers	13
4.2.2 Infektion ist die Aufnahme eines Krankheitserregers, § 2 Nr. 2 IfSG	13
4.3 Der Begriff der „Neuinfektion“ nach § 28a Abs. 3 IfSG	14
5. Der PCR-Test kann keine Infektion nachweisen	14
5.1 Nobelpreis für den Erfinder des PCR-Tests	14
5.2 Die Vervielfältigung / Zyklenzahl.....	16
5.3 Der PCR-Test kann akute Infektionen nicht nachweisen	17
6. Das Robert-Koch-Institut zum PCR-Test	18
6.1 Die klare Aussage des Robert-Koch-Instituts im Bulletin 39/2020.....	18
6.2 Robert-Koch-Institut bestätigt die Notwendigkeit der Virusvermehrung.....	19
6.3 Voraussetzungen des Ansteckungsverdachts nach RKI.....	20
6.4 Wie gut ist ein SARS-CoV-2 Testresultat?	20
7. Die Weltgesundheitsorganisation zum PCR-Test.....	21
7.1 Bestätigung durch WHO am 14. Dezember 2020	21
7.2 Weitere Warnung der WHO vom 20. Januar 2021.....	21
8. Bestätigung der Ungeeignetheit durch Hersteller und Experten	22
8.1 Aussage des Olfert Landt, Geschäftsführer von TIB Molbiol	22
8.2 Aussage des Dr. Roger Hodkinson	23
8.3 Bestätigung des RKI durch weitere Experten.....	24
8.4 Falsche Behauptung der Leopoldina	26
8.5 Keine Reaktion der „Wissenschaftler“	27
9. Die Konsequenzen aus der Unbrauchbarkeit des PCR-Tests	28
9.1 Corona – Geschichte eines Test-Betrugs?.....	28
9.2 FDA entzieht 229 PCR-Tests die Zulassung.....	28
9.3 Antrag auf Rückzug der Corman-Drosten-PCR-Studie	29
9.4 Die Kritikpunkte an der Corman-Drosten-Studie	29
9.5 Der Beschluss des Amtsgerichts Heidelberg	31
9.6 Der Testskandal weitet sich weltweit aus	31
10. Die Notwendigkeit weiterer Diagnostik	32
10.1 PCR-Test unterscheidet nicht zwischen SARS-CoV-2- und Grippeviren	32

10.2	Ähnliche Symptome bei Grippe und Corona	33
10.3	Diagnostischer Ausschluss anderer Influenzaviren zwingend erforderlich	34
10.4	Grober Verstoß gegen den ausdrücklichen Gesetzeswortlaut.....	34
11.	Die massiven Gesetzesverletzungen der beteiligten Institutionen.....	35
11.1	Verletzung der Meldepflicht durch die Labore nach § 7 Abs. 1 IfSG	36
11.1.1	Verstoß der Labore gegen den Datenschutz	37
11.1.2	Verstoß der Labore gegen die ärztliche Schweigepflicht.....	37
11.2	Verstoß des Gesundheitsamts gegen seine gesetzlichen Pflichten	37
11.3	Verstoß des RKI gegen das Infektionsschutzgesetz.....	39
11.4	Strafbares Verhalten des Antragsgegners.....	39
11.4.1	Betrug und Falschbeurkundung im Amt.....	39
11.4.2	Verbrechen gegen die Menschlichkeit	40
11.5	Unzulässigkeit von CoronaMaßnahmen bei Inzidenzwert unter 35/100.000.....	40
12.	Inzidenz in Kassel liegt angeblich bei 83/100.000.....	41
12.1	Die Zahlen des Intensivregisters für Hessen.....	42
12.2	Offensichtliche Zweifel selbst bei Intensivpatienten	43
12.3	COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit	44
12.3.1	Die Bedeutung des Begriffs „SARS“	44
12.3.2	Nur 1,4 % aller an COVID-19 Erkrankten hatten eine Pneumonie	44
12.3.3	Pneumonien werden nur selten durch Viren ausgelöst.....	45
12.3.4	Sterblichkeitsrisiko für Corona beträgt nach WHO nur 0,2 %	45
13.	Covid19 ist nach der Definition der EU eine „sehr seltene Erkrankung“.....	46
13.1	Es gibt keine epidemische Lage von nationaler Tragweite	47
13.2	Jährlich sterben ca. 950.000 Menschen in Deutschland.....	48
14.	Epidemische Lage ist Voraussetzung für alle Maßnahme nach § 28a IfSG.....	48
15.	Corona-Tote in Deutschland.....	49
15.1	Todeszahlen nach Angaben des Intensivregisters.....	49
15.2	Todeszahlen nach Angaben des RKI	49
15.3	Widersprüchliche Angaben des RKI	50
15.4	Nur 1,9 Prozent aller 950.000 Toten sind an Corona verstorben.....	50
15.5	COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit	51
15.6	Corona ist nach Aussage des BVerfG allgemeines Lebensrisiko	51
16.	Pflicht des Antragsgegners zur korrekten Angabe des Inzidenzwerts.....	52
16.1	Verbot der Aufnahme von Mehrfachtestungen in die Inzidenzberechnung	53
16.2	Verbot der Aufnahme von Geimpften als „Neuinfektion“	53
16.3	Verbot der Aufnahme von nach Impfung Verstorbener als „Neuinfektion“	54
16.4	Pflicht zur eidesstattlichen Versicherung des Antragsgegners	55
17.	Rechtswidrigkeit aller Maßnahmen in der Stadt Kassel.....	56
18.	Die Entschließung des Europäischen Parlaments vom 13.11.2020	56
19.	Zusammenfassung	59
20.	Mein dringender Appell an das Gericht	60

1. Gegenstand des Verfahrens

Die Antragstellerin lebt und arbeitet in 69115 Heidelberg, Voßstraße 3.

Sie möchte am Samstag, den 20. März 2021 an der Demonstration in Kassel teilnehmen, die zunächst – trotz ordnungsgemäßer Anzeige – verboten und sodann durch Beschluss des VG Kassel vom 17.3.2021 AZ 6 L 562/21.KS wieder genehmigt wurde. Das VG Kassel stellt hierbei zutreffend fest, dass von einer akuten Gefahr für die Überforderung des Gesundheitssystems nicht ausgegangen werden könne (S. 6 des Beschlusses). Das VG verweist jedoch zugleich auf „mildere“ Maßnahmen, die dem Veranstalter von der Stadt Kassel im Zusammenhang mit der Demonstration auferlegt werden könnten, etwa Maskenpflicht und Abstandsregelung.

Die Antragstellerin leidet unter leichtem Asthma und im Winter unter regelmäßig verstopfter Nase, weshalb ihr das Tragen einer Maske unzumutbar ist. Sie hat jedoch kein Maskenattest erhalten, da bekanntermaßen auf jeden Arzt, der es heute nach wagt, ein Attest auszustellen, eine unerhörte Hexenjagd verübt wird. Die Antragstellerin ist Fachanwältin für Medizinrecht und vertritt eine Vielzahl von Ärzten, die durch rabiate Praxisdurchsuchungen und durch berufsrechtliche Verfolgung wegen der Ausstellung von Maskenattesten massiv beeinträchtigt und verunsichert werden. Dies führt dazu, dass selbst Menschen mit offensichtlichen Atemproblemen heutzutage keinen Arzt mehr finden, der ihnen die Luft zum Atmen „verordnet“.

Unabhängig davon ist die Pflicht zum Tragen einer Maske sowie zum Einhalten eines Mindestabstands von 1,5 Metern jedoch auch rechtswidrig. Denn all diese Regelungen beruhen auf der Corona-Kontakt- und Betriebsbeschränkungsverordnung Hessen (im Folgenden nur Corona-KB-VO), die ihrerseits ihre (verfassungsrechtlich höchst bedenkliche) Stütze in § 28a IfSG findet. Voraussetzung für alle Corona-Maßnahmen ist neben dem Vorliegen einer „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ insbesondere das Überschreiten des sogenannten „Schwellenwerts“ (Inzidenzwerts) von 50/100.000 bzw. von 35/100.000.

Nicht nur sind diese Schwellenwerte willkürlich und entsprechen einer sogenannten „seltenen Erkrankung“ nach der Definition der EU, wie später dargelegt wird. Die Schwellenwerte werden insbesondere deshalb **falsch berechnet**, weil sie auf positiven PCR-Testergebnissen beruhen, die – teilweise mehrfach – als sogenannte Neuinfektion erfasst und zur Meldung an das Sozialministerium und von dort an das RKI weitergeleitet werden. Die Behauptung einer Neuinfektion auf Basis eines positiven PCR-Tests ist **grob rechtswidrig**. Zum einen kann ein PCR-Test eine akute Infektion nicht nachweisen. Hierfür sind weitere diagnostische Maßnahmen erforderlich. Zum anderen werden die Ergebnisse oft auch mehrfach (etwa bei wöchentlicher Mehrfach-

testung), sowie bei Geimpften und Toten in die Berechnung aufgenommen, was den Inzidenzwert künstlich und falsch in die Höhe treibt. Tatsächlich ist der Inzidenzwert – auch in der Stadt Kassel – so gering, dass **sämtliche Maßnahmen unzulässig** sind und die Antragstellerin daher einen Anspruch darauf hat, sich ohne Beschränkungen, Behinderungen und Bedrohungen in der Stadt Kassel aufzuhalten.

Dies ist ihr jedoch aufgrund der Beschränkungen der Corona-KB-CO und der drohenden Auflagen im Zusammenhang mit der Demonstration am 20.3.2021 nicht möglich.

Grund ist die Behauptung der Stadt Kassel, dass **der Inzidenzwert in der Stadt Kassel** aktuell bei **83,3/100.000** liege. Dies ist unzutreffend, wie die Antragstellerin darlegen wird. Wird eine korrekte und den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes entsprechende Labordiagnostik durchgeführt, so zeigt sich, dass die **Inzidenz** nicht etwa bei 83/100.000 und mehr liegt, sondern – wie aktuell **in Hessen** bei etwa **4/100.000**. Denn zur Beurteilung der Pandemie, zur Beurteilung einer gesundheitlichen Notlage und zur Beurteilung eines Infektionsgeschehens ist auf die **Kranken** zu schauen – und nicht auf die Gesunden mit einem (aus noch darzulegenden Gründen) völlig untauglichen positiven PCR-Test-Ergebnis.

Die Antragstellerin begehrt daher die Feststellung, dass der Inzidenzwert in der Stadt Kassel unter 10/100.000 liegt und damit die **einschneidenden Corona-Maßnahmen in der Stadt Kassel**, von denen auch die Antragstellerin unmittelbar und persönlich betroffen ist – hier vorliegend durch das Verbot, sich ohne jedwede Beschränkungen mit einer unbeschränkten Zahl von Menschen zu treffen - **rechtswidrig sind**.

1.1 Corona- Kontakt- und Betriebsbeschränkungsverordnung vom 8.3.2021

Die Landesregierung Hessen hat am 8.3.2021 die „Corona-Kontakt- und Betriebsbeschränkungsverordnung“ (im Folgenden nur Corona-KB-VO) vom 26. November 2020 mit einigen Änderungen, die hier nicht relevant sind, verlängert. Sie stützt sich hierbei auf die Rechtsgrundlagen der § 32 i.V.m. § 28a IfSG.

Diese Regelung stützt sich auf § 28a Abs. 1 Nr. 12 IfSG. Nach § 28a Abs. 3 Satz 1 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.

Nach § 1 VO sind Aufenthalte im öffentlichen Raum mit mehr als fünf Personen nur unter Einhaltung eines Mindestabstands von 1,5 Metern erlaubt. Ferner ist eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

§ 1 Zusammenkünfte und Veranstaltungen

(1) Aufenthalte im öffentlichen Raum sind nur im Kreis der Angehörigen des eigenen und eines weiteren Hausstandes bis zu einer Gruppengröße von höchstens fünf Personen gestattet; dazugehörige Kinder bis zum Alter von einschließlich 14 Jahren bleiben unberücksichtigt. Bei Begegnungen mit anderen Personen ist ein Mindestabstand von 1,5 Metern einzuhalten. Öffentliche Verhaltensweisen, die geeignet sind, das Abstandsgebot des Satz 2 zu gefährden, wie etwa Tanzveranstaltungen oder gemeinsames Feiern im öffentlichen Raum sind unabhängig von der Personenzahl untersagt. Der Konsum von Alkohol auf publikumsträchtigen öffentlichen Plätzen und in entsprechenden Einrichtungen ist verboten. Die von Satz 4 erfassten Plätze und Einrichtungen sind durch die zuständigen Behörden zu bestimmen.

§ 1a Mund-Nasen-Bedeckung

(1) Eine Mund-Nasen-Bedeckung ist zu tragen während des Aufenthaltes 1. in den Publikumsbereichen aller öffentlich zugänglichen Gebäude,

Die Verordnung trat am 1. Dezember 2020 in Kraft. Sie tritt angeblich mit Ablauf des 28. März 2021 außer Kraft, § 10 Corona-KB-VO.

2. Zulässigkeit und Begründetheit des Antrags

2.1 Zulässigkeit des Antrags

Der Antrag der Antragstellerin ist auf die vorläufige **Feststellung** gerichtet,

1. dass der Schwellenwert innerhalb von sieben Tagen in der Stadt Kassel weniger als 10 je 100.000 Einwohner beträgt.
2. dass es der Antragstellerin daher gestattet ist, sich am Wochenende des 19. bis 21. März 2021 ohne jedwede Behinderungen und Beeinträchtigungen, insbesondere ohne Einhaltung der AHA-Regelungen in Kassel aufzuhalten und ohne die zuvor genannten Beschränkungen an der Demonstration in Kassel teilzunehmen.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist nach § 123 Abs. 1 VwGO statthaft und auch zulässig.

2.1.1 Antragsbefugnis

Die Antragstellerin ist **antragsbefugt**. Sie will am Wochenende zu der Demonstration nach Kassel fahren und ist – wegen der angeblichen Überschreitung des Inzidenzwerts von 50/100.000 mit einer Vielzahl von Verboten aus der Corona-KB-VO konfrontiert. Insbesondere ist es ihr untersagt, sich im öffentlichen Raum in einer Gruppe von Personen, die nicht nur dem eigenen oder einem weiteren Haushalt angehören, oder mit mehr als fünf Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, aufzuhalten, ohne einen Mindestabstand von 1,5 Metern einzuhalten oder ein Bußgeld zu riskieren. Sie muss ferner eine Maske tragen, obwohl ihr dies schon nach 1 Minute nicht mehr zuzumuten ist, weil sie erhebliche Atemprobleme bekommt.

Die Antragstellerin ist zur Sicherung und Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit und Lebensfreude auf die Begegnung mit guten, redlichen und wachen Menschen angewiesen. Auch wenn es hiervon – nach bedauerlicher Erfahrung der Antragstellerin - deutlich weniger Menschen gibt, als die Antragstellerin bislang dachte, so sind es doch deutlich mehr als die fünf zulässigen Personen aus eigenem und anderem Haushalt, mit denen sich die Antragstellerin – gerade in Kassel - ungehindert treffen möchte. Sie möchte diese Menschen ohne jedwede Beschränkung – wie zu Zeiten vor dem Corona-Regime treffen und sich mit ihnen unterhalten

können. Sollte sie hierbei eine Zigarette rauchen und ihr jemand Feuer geben wollen, so riskieren beide schon deshalb ein Bußgeld wegen Verstoßes gegen die Abstandsregelung. Diese Situation stellt einen erheblichen Stressfaktor, der eventuell durch einen Glühwein oder ein Radler gemildert werden könnte – doch auch dies könnte als Auflage im öffentlichen Raum untersagt werden.

Die Pflicht zum Tragen einer Maske führt entweder zu erheblichen Atemschwierigkeiten, oder zum Fernbleiben von der Demo oder zu erheblichem Ärger mit dem zu erwartenden Großpolizeiaufgebot am Samstag.

Die Antragstellerin ist damit nicht in nur in ihrer Handlungsfreiheit nach Art. 2 Abs. 1 GG, sondern auch in ihrer körperlichen Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG unmittelbar betroffen und damit in ihren eigenen subjektiven Rechten schwer verletzt.

2.1.2 Antragsgegner

Der Antrag ist gegen die Stadt Kassel gerichtet.

Dem Antragsgegner ist es nach § 28a IfSG ausdrücklich gestattet, bei Unterschreiten des Schwellenwertes die Maßnahmen auszusetzen oder zu mildern. Grundlage hierfür ist der Schwellenwert von 50/100.000 bzw. 35/100.000. Er ist damit auch **unmittelbar dafür verantwortlich**, wie in seiner Stadt die für die Corona-Maßnahmen der Corona-Verordnung maßgeblichen **Inzidenzwerte berechnet** werden. Werden Neuinfektionen berechnet, die nach den Vorgaben des Infektionsschutzgesetzes tatsächlich gar keine Infektionen sind, sondern lediglich positive – und damit vollkommen aussagelose – PCR-Testergebnisse, dann führt dies unmittelbar zu einer **falschen und überhöhten Berechnung des Inzidenzwerts**. Dies führt dazu, dass die Corona-Maßnahmen aufrechterhalten bleiben, obwohl tatsächlich die Voraussetzungen hierfür nach §§ 28 ff. IfSG, insbesondere nach § 28a IfSG gar nicht vorliegen. Dann darf die Landesregierung bzw. darf das Sozialministerium **keine Corona-Maßnahmen verhängen** und entsprechende Corona-Verordnungen erlassen. Damit **entfällt** konsequenterweise auch die **Pflicht zum Tragen einer Maske und es entfallen sämtliche Kontaktbeschränkungen** nach der Corona-KB-VO. Eine solche **Aufhebung ist nur möglich**, wenn auch der Antragsgegner die eindeutigen rechtlichen Voraussetzungen des § 28a IfSG i.V.m. § 2 Nr. 1 und Nr. 5 IfSG beachtet.

Er ist auch deshalb der richtige Antragsgegner, weil § 28a Abs. 3 IfSG ausdrücklich **eigene Corona-Maßnahmen für jeden Landkreis und Stadtkreis** vorsieht,

wenn und soweit nicht landesweit der Schwellenwert einheitlich die Zahl von 50/100.000 überschreitet. Hierbei hat der Antragsgegner auch dafür Sorge zu tragen, dass Labore nach § 7 Abs. 1 IfSG eine korrekte Meldung eines akuten Infektionsverdachts übermitteln – und nicht lediglich den Nachweis eines positiven PCR-Tests melden, der keinen Schluss auf eine Infektion zulässt.

Da der aktuell behauptete Schwellenwert in der Stadt Kassel gerade an der Grenze liegt – er beträgt Stand 18.3.2021 **83,3/100.000**, kann bereits eine geringfügige Verringerung der Zahl der Neuinfektionen zur **Aufhebung sämtlicher Maßnahmen in der Stadt Kassel** führen. Auch aus diesem Grund ist der Antragsgegner richtig gewählt.

2.2 Begründetheit des Antrags

Nach § 123 Abs. 1 Satz 2 VwGO kann das Verwaltungsgericht eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn diese Regelung, vor allem bei dauernden Rechtsverhältnissen, nötig erscheint, um wesentliche Nachteile abzuwenden. Das normale Leben, der Kontakt zu Freunden und Bekannten der Antragstellerin ist diesen seit nunmehr Monaten untersagt und es ist nicht absehbar, ob und unter welchen Voraussetzungen ihr ein normales Leben und Feiern nach den Vorgaben der Corona-KB-VO wieder gestattet wird. Die Antragstellerin unterliegt somit dauerhaft seit Monaten diesem Corona-Regime, welches sich unmittelbar aus den Verboten der Corona-KB-VO ergibt.

Zum Erlass einer solchen Regelungsanordnung ist nach § 123 Abs. 3 VwGO i.V.m. § 920 Abs. 2 ZPO glaubhaft zu machen, dass ein Anordnungsgrund besteht, das heißt, eine vorläufige gerichtliche Entscheidung erforderlich ist, und ein Anordnungsanspruch gegeben ist, das heißt, die tatsächlichen Voraussetzungen für den geltend gemachten Anspruch erfüllt sind.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass das einstweilige Rechtsschutzverfahren nach § 123 VwGO grundsätzlich nur der vorläufigen Regelung eines Rechtsverhältnisses dient; einem Antragstellerin soll grundsätzlich nicht bereits das gewährt werden, was er nur in einem Hauptsacheverfahren erreichen kann.

Für eine ausnahmsweise mögliche Durchbrechung des Verbots der Vorwegnahme der Hauptsache ist allerdings dann Raum, wenn dies zur Gewährung effektiven Rechtsschutzes nach Art. 19 Abs. 4 GG **schlechterdings unabweisbar** ist; dies setzt **hohe Erfolgsaussichten**, also eine **weit überwiegende Wahrschein-**

lichkeit eines Erfolgs in der Hauptsache oder – mit anderen Worten – einen offensichtlichen Anspruch auf Verpflichtung des Antragsgegners voraus (vgl. zum grundsätzlichen Verbot der Vorwegnahme der Hauptsache im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes: BVerfG, Beschl. v. 11.03.2005 - 1 BvR 2298/04 -, NVwZ-RR 2005, 442; VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 15.01.2014 - 10 S 1748/13 -, juris Rn. 4 f., m.w.N.; Funke-Kaiser in: Bader/Funke-Kaiser/Stuhlfauth/von Albedyll, VwGO, 7. Aufl. 2018, § 123, Rn. 59 ff.; Schoch, in: ders./Schneider/Bier, VwGO, 38. EGL 2020, § 123 Rn. 141 ff., m.w.N).

Da das Begehren auf eine Vorwegnahme der Hauptsache zielt, ist bei der Beurteilung der Erfolgsaussichten ein besonders strenger Maßstab zugrunde zu legen. Ein Erfolg in der Hauptsache ist mit der demnach erforderlichen hohen Wahrscheinlichkeit zu erwarten.

Die Antragstellerin wird - gemessen an den aufgezeigten Maßstäben - einen Anordnungsanspruch glaubhaft machen. Denn die Antragstellerin hat aller Voraussicht nach einen Anspruch auf antragsgemäße Feststellung der uneingeschränkten Bewegung am Wochenende in Kassel.

3. Fehlende Begründung der Corona-KB-VO

Eine Begründung enthält die neueste Ausgabe der Corona-KB-VO nicht. Sie **verstößt** daher schon aus diesem Grund **gegen die gesetzliche Begründungspflicht** des § 28a Abs. 5 IfSG.

(5) Rechtsverordnungen, die nach § 32 in Verbindung mit § 28 Absatz 1 und § 28a Absatz 1 erlassen werden, sind mit einer allgemeinen Begründung zu versehen und zeitlich zu befristen. Die Geltungsdauer beträgt grundsätzlich vier Wochen; sie kann verlängert werden.

Den Verstoß gegen die **gesetzliche Begründungspflicht** kann auch das Verwaltungsgericht feststellen, ohne dass hier ein Normenkontrollverfahren erfolgen muss.

4. Offensichtlich rechtswidrige Berechnung des Inzidenzwerts

4.1 Verstoß gegen das Infektionsschutzgesetz

§ 32 IfSG ermächtigt die Landesregierung, 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. Die sogenannten „notwendigen Schutzmaßnahmen“ – unter anderem die Schließung von Betrieben nach § 28a Abs. 1 Nr. 12 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.

4.2 Meldepflicht der Gesundheitsämter nach § 11 IfSG

Maßgeblich sind hierbei nach § 28a IfSG insbesondere die sogenannten „Schwellenwerte“ nach § 28 a Abs. 3 IfSG. Zur Berechnung dieser Schwellenwerte (Inzidenzwerte) ist die Landesregierung bzw. das Sozialministerium auf die Gesundheitsämter angewiesen. Nach **§ 11 Abs. 1 IfSG** ist das zuständige Gesundheitsamt verpflichtet, die meldepflichtigen Krankheiten und Nachweise von Krankheitserregern an die zuständige Landesbehörde (hier Sozialministerium) weiterzuleiten. Die Gesundheitsbehörde erhält eine entsprechende Meldung zuvor von den meldepflichtigen Institutionen, die in § 8 IfSG beschrieben sind:

§ 8 (1) IfSG: Zur Meldung sind verpflichtet:

- 1. im Falle des § 6 (meldepflichtige Krankheiten) der feststellende Arzt; in Einrichtungen nach § 23 Absatz 5 Satz 1 ist für die Einhaltung der Meldepflicht neben dem feststellenden Arzt auch der leitende Arzt, in Krankenhäusern mit mehreren selbständigen Abteilungen der leitende Abteilungsarzt, in Einrichtungen ohne leitenden Arzt der behandelnde Arzt verantwortlich,*
- 2. im Falle des § 7 die Leiter von Medizinaluntersuchungsämtern und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen einschließlich von Arztpraxen mit Infektionserregerdiagnostik und Krankenhauslaboratorien sowie Zahnärzte und Tierärzte, wenn sie aufgrund einer Rechtsverordnung nach § 24 Satz 3 Nummer 2 befugt sind, im Rahmen einer Labordiagnostik den direkten oder indirekten Nachweis eines Krankheitserregers zu führen,*

4.2.1 Meldepflicht des SARS-CoV-2-Krankheitserregers

Die Labore, Medizinaluntersuchungsämter und sonstigen privaten oder öffentlichen Untersuchungsstellen sind 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 (hier SARS-CoV-2), soweit nicht anders bestimmt, der direkte oder indirekte Nachweis zu melden, soweit die Nachweise auf eine **akute Infektion** hinweisen:*

Auch der Begriff der „Infektion“ ist im Infektionsschutzgesetz klar definiert.

4.2.2 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 weiter wie folgt definiert:
Danach ist eine übertragbare Krankheit

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

Dreh- und Angelpunkt jeder Infektion und einer dadurch (eventuell) ausgelösten Krankheit ist somit der **Krankheitserreger**, der ein vermehrungsfähiges (lebendes) Virus im Sinne des § 2 Nr. 1 IfSG ist.

Die Labore müssen daher im Falle des Nachweises eines Krankheitserregers eine entsprechende Meldung machen. Umgekehrt dürfen sie allerdings auch nur im Falle des Nachweises eines Krankheitserregers, also nur bei Nachweis eines lebenden / vermehrungsfähigen Virus eine Meldung an das Gesundheitsamt machen.

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

Sowohl in § 28a IfSG als auch in der Corona-KB-VO 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. Corona-KB-VO .

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.

Die Meldung der Labore und Einrichtungen beruht einzig und allein auf dem sogenannten „positiven PCR-Testergebnis“ – ohne jedwede weitere Labordiagnostik oder Untersuchung der getesteten Person. Ein positives PCR-Testergebnis erfüllt jedoch unter keinem rechtlichen und medizinischen Aspekt die zuvor genannten gesetzlichen Definitionen und Voraussetzungen zum Nachweis eines Krankheitserregers und somit einer **Infektion**. Denn ein PCR-Test kann schlichtweg keine Krankheitserreger – und damit auch nicht den SARS-CoV-2-Krankheitserreger nachweisen.

5. Der PCR-Test kann keine Infektion nachweisen

5.1 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, Kopeln 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 mondbeschiedenen 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 Anwesenheit 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.

5.2 Die Vervielfältigung / Zyklenzahl

Die PCR-Testmethode erfolgt so: Nach dem Abstrich mittels Gaumen- oder Nasenabstrich wird die DNA (desoxyribonucleic acid, das gesamte Erbgut) in der Probe 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 = ca. 1 Tausend

20 Zyklen = $1.048.576$ = ca. 1 Million

30 Zyklen = $1.073.741.824$ = ca. 1 Milliarde

35 Zyklen = 34.359.738.368 = ca. 35 Milliarden

40 Zyklen = $1.099.511.627.776$ = ca. 1 Billion

45 Zyklen = $35.184.372.088.832$ = ca. 35 Billionen

50 Zyklen = $1.125.899.906.842.624$ = ca. 1 Billiarde

Je höher also die Zyklusanzahl (der CT-Wert = circle threshold), umso winzigere Gennachweise sind möglich. Die meisten PCR-Tests werden mit 35 Zyklen und mehr durchgeführt, so dass noch aller kleinste DNA/RNA-Nachweise möglich sind – die aber so winzig und minimal sind, dass sie überhaupt keinerlei Viruslast bedeuten und somit auch keine Infektion auslösen.

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**.

5.3 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 1.

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

6.1 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 2.

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.

6.2 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.

6.3 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**.

6.4 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 3.

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

7. Die Weltgesundheitsorganisation zum PCR-Test

7.1 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 4.

7.2 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 5.

8. Bestätigung der Ungeeignetheit durch Hersteller und Experten

8.1 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 getesteten 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 6.

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 Corona-Zeiten 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 bestätigten Infektionen betragen.

8.2 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 7.

8.3 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 Corona-KB-VO „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 Corona-KB-VO „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!

8.4 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 8.

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 9.

8.5 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.

9. Die Konsequenzen aus der Unbrauchbarkeit des PCR-Tests

9.1 Corona – Geschichte eines Test-Betrugs?

Es wurde hinreichend dargelegt, dass der PCR-Test zwar ein hervorragendes molekularbiologisches Diagnosetool ist – er kann jedoch schlichtweg 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 10.

9.2 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 11.

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>

9.3 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 12.

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.)

9.4 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 13.

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

9.5 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 keine Pflicht zur Duldung eines Tests bestehe. Sie hat daraufhin ein Bußgeld bekommen und hiergegen Einspruch eingelegt. Auf Antrag der Unterzeichnerin hat nun das Amtsgericht Kassel Prof. Christian Drosten zur Erstattung eines Sachverständigengutachtens aufgefordert – zu der von der Unterzeichnerin (als Verteidigerin) 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 14.

Es ist erfreulich, dass erste Gerichte endlich erkennen, **welch 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.**

9.6 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 Mittel 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 15.

10. Die Notwendigkeit weiterer Diagnostik

10.1 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 16.

10.2 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 17.

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

10.3 Diagnostischer Ausschluss anderer Influenzaviren 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 die Antragstellerin wegen des Verbots ihres Betriebs unmittelbar betroffen sind.

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.

10.4 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 einer Meldung der Labore und weiteren Einrichtungen nach § 7 IfSG nicht vor: **Denn eine Meldung darf nur erfolgen bei Hinweis auf eine akute Infektion. Eine Infektion liegt nur vor bei „Aufnahme eines Krankheitserregers und seine nachfolgende Entwicklung und Vermehrung im menschlichen Körper“.**

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 Virus-schnipsel** 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.

11. Die massiven Gesetzesverletzungen der beteiligten Institutionen

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

11.1 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.

11.1.1 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 **Schadensersatzansprüche** 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.*

11.1.2 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 **Schadensersatzansprüchen** nach § 823 Abs. 2 BGB i.V.m. § 203 StGB.

11.2 Verstoß des Gesundheitsamts gegen seine gesetzlichen Pflichten

Das Gesundheitsamt verstößt massiv gegen seine Pflichten aus dem Infektionsschutzgesetz. Denn es ist nicht berechtigt, ein untaugliches PCR-Testergebnis an die zuständige Landesbehörde weiterzuleiten. Vielmehr ist gerade das Gesund-

heitsamt bei übertragbaren Krankheiten gesetzlich dazu verpflichtet, zuvor 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.

11.3 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.

11.4 Strafbares Verhalten des Antragsgegners

11.4.1 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 Hessen** - 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 tausendfacher Zahl.

Auch dies berechtigt nach §§ 826, 839 BGB zu Schadensersatzansprüchen nicht nur der Antragstellerin, sondern aller Bürgerinnen und Bürger in Hessen 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.

11.4.2 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 Hessen 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.

11.5 Unzulässigkeit von CoronaMaßnahmen bei Inzidenzwert unter 35/100.000

Die in § 28a IfSG vorgesehenen beispiellosen grundrechtsbeschränkenden Maßnahmen sind – unter anderem – nur unter den folgenden Voraussetzungen überhaupt zulässig

(3) Entscheidungen über Schutzmaßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19) nach Absatz 1 in Verbindung mit § 28 Absatz 1, nach § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 und den §§ 29 bis 32 sind insbesondere **an dem Schutz von Leben und Gesundheit und der Funktionsfähigkeit des Gesundheitssystems auszurichten**. Die Schutzmaßnahmen sollen unter Berücksichtigung des jeweiligen Infektionsgeschehens regional bezogen auf die **Ebene der Landkreise, Bezirke oder kreisfreien Städte** an den Schwellenwerten nach Maßgabe der Sätze 4 bis 12 ausgerichtet werden, soweit Infektionsgeschehen innerhalb eines Landes nicht regional übergreifend oder gleichgelagert sind.

Maßstab für die zu ergreifenden Schutzmaßnahmen ist insbesondere die **Anzahl der Neuinfektionen mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 je 100 000 Einwohnern innerhalb von sieben Tagen**. Bei Überschreitung eines Schwellenwertes von **über 50 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen** sind umfassende Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine effektive Eindämmung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Bei **Überschreitung eines Schwellenwertes von über 35 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen** sind breit angelegte Schutzmaßnahmen zu ergreifen, die eine schnelle Abschwächung des Infektionsgeschehens erwarten lassen. Unterhalb eines Schwellenwertes von 35 Neuinfektionen je 100 000 Einwohner innerhalb von sieben Tagen kommen insbesondere Schutzmaßnahmen in Betracht, die die Kontrolle des Infektionsgeschehens unterstützen.

Nur wenn also der **Inzidenzwert durch das Gesundheitsamt korrekt** berechnet wird, hat die Antragstellerin nach den (ohnehin verfassungswidrigen) Regelungen der Corona-KB-VO ein Recht auf unbeschwertes und maskenfreies Wochenende in Kassel.

12. Inzidenz in Kassel liegt angeblich bei 83/100.000

Auf der Homepage der Stadt Kassel hieß es Stand 18.3.2021, dass die Inzidenz angeblich bei 83,3/100.000 liege.

Glaubhaftmachung: Ausdruck Homepage der Stadt Kassel 18.3.2021 als

Anlage 18.

Dies wird zunächst nicht bestritten, denn es zeigt, dass es trotz aussageloser PCR-Tests auch in der Stadt Kassel offensichtlich **kaum ein Infektionsgeschehen** gibt. Denn wie ausführlich dargelegt, handelt es sich bei der Inzidenz von 50/100.000 nicht nur um eine sogenannte „seltene Erkrankung“. Sämtliche positi-

ven Testergebnisse sind darüber hinaus aussagekräftig, da fast alle getesteten Personen gesund sind. Die Inzidenz von 83/100.000 liegt nur geringfügig über diesem Seltenheitswert.

Auf der Homepage der Stadt Kassel findet sich die Information, dass Stand 18.3.2021 28 Personen stationär wegen Corona behandelt werden, davon 9 intensivmedizinisch. Die Zahlen beziehen sich auf die Stadt und den Landkreis Kassel, mithin auf ca. 437.000 Bewohner insgesamt. Der Anteil der stationär zu behandelnden Personen beträgt somit 0,006 %. Dies entspricht einer Inzidenz von 6/100.000.

In Kassel liegt die Inzidenz aktuell bei 6/100.000.

12.1 Die Zahlen des Intensivregisters für Hessen

Ergänzend und bestätigend ist zurückzugreifen auf das **Intensivregister**, was jedoch nicht die Aufgabe eines Bürgers – hier der Antragstellerin ist. Denn nicht der Bürger muss nachweisen, dass die fundamentalen Grundrechtseingriffe durch den Krankheitserreger SARS-CoV-2 berechtigt sind, sondern der Antragsgegner hat dies zu beweisen!

Das **Intensivregister** wurde eigens für die **Erfassung von COVID-19-Patienten** errichtet, die auf den **Intensivstationen** in deutschen Kliniken behandelt werden. **Alle Kliniken** mit Intensivbetten **sind zur Meldung von Erkrankten** an das Intensivregister **verpflichtet**.

Dennoch macht sich die Unterzeichnerin die Mühe, auf Basis der Zahlen des Intensivregisters darzulegen, wie niedrig die Inzidenz – jedenfalls in **Hessen** – tatsächlich ist:

Derzeit – **Stand 18. März 2021** – sind laut Angabe des Intensivregisters genau **280 Patienten** wegen einer COVID-19 Erkrankung in **intensivmedizinischer Behandlung**. Bezogen auf eine Einwohnerzahl von **6,3 Millionen Menschen** in Hessen entspricht dies einem Prozentsatz von 0,0044, mithin einer Inzidenz von **4/100.000**.

Glaubhaftmachung: Ausdruck Intensivregister Stand 18.3.2021 als

Anlage 19.

In Hessen liegt die Inzidenz aktuell bei 4/100.000.

Damit liegt definitiv alles andere als ein sogenanntes „Infektionsgeschehen“, und vor allem **nahezu kein Krankheitsgeschehen** vor! Dies erstaunt, nachdem angeblich schon vor Wochen (!) verschiedene neue Virusmutationen aus Großbritannien und Südafrika eingewandert sein sollen. Irgendwo müssten sich diese schlimmen Mutationen auswirken? Wo verstecken sich diese Patienten? Wo versterben sie? Was ist mit ihnen los? Oder gibt es sie vielleicht nicht?

Selbst wenn es sie gäbe, darf man in Hessen vollkommen **beruhigt** sein: Denn von **21963 verfügbaren Intensivbetten** sind in Hessen **aktuell noch 84 verfügbar**, weitere **801 (!)** Betten können binnen 7 Tagen bereitgestellt werden. Es sind also derzeit **noch 885 freie Intensivbetten** verfügbar.

(Auch) in Hessen haben wir in naher und ferner Zukunft sicherlich einiges Schlimmes zu befürchten – **nicht jedoch eine gesundheitliche Notlage**, eine dritte Welle oder eine sonstige Katastrophe. Die Zahlen sprechen für sich – und sind daher für Menschen und Richter mit klarem Verstand nicht weiter zu kommentieren.

Damit liegen unter keinen Umständen die Voraussetzungen für Maßnahmen nach § 28a IfSG vor – weder ein Krankheitsgeschehen, noch ein Infektionsgeschehen und erst recht unter keinem Aspekt eine Notsituation in Kliniken, die - mangels entsprechender Belegung - eher Insolvenz anmelden müssen als umgekehrt. Der Antragstellerin ist bekannt geworden, dass eine Kasseler Klinik, die zuvor eine kardiologische Abteilung mit 35 Betten hatte, seit März 2020 diese Abteilung zur Corona-Isolations-Station umfunktioniert wurde mit 23 Betten. Hiervon sind seit einem Jahr durchschnittlich etwa zwei bis drei Betten belegt.

Mit großer Sorge fragt sich die Antragstellerin, wie und wo nun die Herzpatienten behandelt werden – Herzinfarkte sind und waren nämlich schon immer die Haupttodesursache in Deutschland ...

12.2 Offensichtliche Zweifel selbst bei Intensivpatienten

Nur ergänzend sei bemerkt, dass selbst bei diesen aktuell intensivmedizinisch behandelten Patienten zwar vermutlich eine gefährliche Lungenentzündung vorliegt. Eine Lungenentzündung wird jedoch nicht zwingend durch eine COVID19-Erkrankung hervorgerufen. Vermutlich liegt allenfalls ein positiver PCR-Test vor.

Denn auch bei diesen Patienten wurde mit allergrößter Wahrscheinlichkeit **keine sorgfältige Diagnostik** dahingehend vorgenommen, dass das Virus angezchtet 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 nachzuweisen, dass es sich bei diesen Patienten tatsächlich um COVID-Patienten handelt!

12.3 COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit

12.3.1 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:

12.3.2 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 infizierten Menschen** mit zugleich klinischen Symptomen.

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

Anlage 20.

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

12.3.3 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.

12.3.4 Sterblichkeitsrisiko für Corona beträgt nach 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 21.

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

13. Covid19 ist nach der Definition der EU eine „sehr seltene Erkrankung“

Damit ist Covid19 – sowohl in Hessen, als auch in ganz Deutschland – sogar eine **sehr seltene Erkrankung**, Denn 4/100.000 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 22.

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, es drohe eine dritte Welle, das Gesundheitssystem stehe vor dem Kollaps, nur ein Lockdown und die Schließung von Betriebsstätten sowie Kontaktverbote und weitere massive Beschränkungen gegenüber Millionen Menschen helfe, die „Pandemie“ zu bewältigen, **der lügt schlichtweg** – und das ist in vielerlei Hinsicht ganz außerordentlich 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?**

13.1 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 23.

**Zum Zeitpunkt des Lockdown am 16. März 2020
waren genau 12 Personen 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.

13.2 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?

Versteht hier 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?

14. Epidemische Lage ist Voraussetzung für alle Maßnahme nach § 28a IfSG

Ohne Vorliegen einer epidemischen Lage sind jedoch sämtliche Maßnahmen nach § 28a IfSG unzulässig und rechtswidrig. Zwar heißt es nach dem Gesetzeswortlaut des § 28a IfSG:

*Notwendige Schutzmaßnahmen im Sinne des § 28 Absatz 1 Satz 1 und 2 zur Verhinderung der Verbreitung der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) können **für die Dauer der Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite** nach § 5 Absatz 1 Satz 1 durch den Deutschen Bundestag insbesondere sein ...*

Wenn und soweit eine solche Feststellung jedoch offensichtlich falsch und möglicherweise sogar rechtsmissbräuchlich ist, darf dies nicht zur Grundlage schwerwiegendster und brutalster Grundrechtsbeeinträchtigungen gemacht werden, die nicht durch Gerichte überprüfbar sein sollen. Eine sehr sehr seltene Krankheit kann nicht zugleich eine „**epidemischen Lage von nationaler Tragweite**“ sein – dies ist ein so offensichtlicher, krasser Widerspruch in sich, dass das Festhalten an dieser Voraussetzung einem Willkürakt gleichkommt. Denn bis zum heutigen Tage besteht im Hinblick auf SARS-CoV-2 alles andere als eine epidemische Lage!

15. Corona-Tote in Deutschland

15.1 Todeszahlen nach Angaben des Intensivregisters

Bis zum 1.2.2021 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 24.

15.2 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 25.

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

15.3 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**.

15.4 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 26.

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, Krebs-erkrankungen und Atemwegserkrankungen!

15.5 COVID19 ist keine schwerwiegende Gefahr für die Allgemeinheit

Somit ist weiter 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**.

15.6 Corona ist nach Aussage des BVerfG allgemeines Lebensrisiko

Es kann nicht angehen, dass der Antragsgegner die Bewohner seiner Stadt aufgrund seines rechtswidrigen Handelns den beispiellosesten Grundrechtsbeschränkungen – und insbesondere der konkreten (und gewollten) Gefahr einer totalen Existenzvernichtung – aussetzt, ohne dass die Sorgfaltspflichten nach §§ 2, 7, 25 IfSG und ohne dass auch nur annähernd die rechtlichen Voraussetzungen des § 28 und § 28a IfSG erfüllt sind.

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.

16. Pflicht des Antragsgegners zur korrekten Angabe des Inzidenzwerts

Der Antragsgegner ist daher zwingend zu verpflichten, die Fallzahlen und damit den Inzidenzwert nur nach vollständiger Einhaltung der folgenden Vorgaben anzugeben:

1. Der PCR-Test darf grundsätzlich nur bei Personen durchgeführt werden, die **typische klinische Symptome** von COVID19 aufweisen.
2. Der PCR-Test sollte mit **maximal 25 Zyklen** durchgeführt werden, damit überhaupt ausreichend Viruslast zur Anzuchtung vorhanden ist.
3. Im Falle eines positiven Testergebnisses erfolgt **zwingend** eine **Anzuchtung** 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 die zuständige Landesbehörde 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.

16.1 Verbot der Aufnahme von Mehrfachtestungen in die Inzidenzberechnung

Schließlich ist der Antragsgegner dafür Sorge zu tragen, dass diejenigen Menschen, die erneut positiv getestet werden, nur ein einziges Mal in die Statistik und damit in die Berechnung des Inzidenzwertes aufgenommen werden. 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 27.

16.2 Verbot der Aufnahme von Geimpften als „Neuinfektion“

Der Antragsgegner darf schließlich auch nicht solche Personen als Neuinfektion erfassen und weiterleiten, die unmittelbar und bis vier Wochen nach der Impfung gegen Corona getestet werden und ein positives PCR-Test-Ergebnis erhalten. Abgesehen von hunderten von Todesfällen, die in Deutschland seit Impfbeginn in unmittelbarem Zusammenhang mit der Impfung zu beklagen sind, gibt es als typische Impfreaktionen, dass genau diejenigen Symptome hervorrufen werden, gegen die eigentlich geimpft wurde. Typisch ist es daher auch, dass die Geimpften

nach ihrer Impfung einen positiven PCR-Test haben, wenn und soweit sie (trotz ihrer Impfung!) dennoch getestet werden.

Solche Ergebnisse dürfen erst recht nicht in die Berechnung aufgenommen werden, da es sich nicht um eine Neuinfektion, sondern lediglich um eine Impfreaktion handelt. Andernfalls würde der Inzidenzwert auch aus diesem Grund gefälscht.

16.3 Verbot der Aufnahme von nach Impfung Verstorbener als „Neuinfektion“

Dem Antragsgegner ist zuletzt insbesondere zu untersagen, diejenigen Menschen, die verstorben sind – und sodann sogar noch getestet wurden – als „Neuinfektion“ zu erfassen und zu melden. Die Unterzeichnerin kennt eine Vielzahl von Fällen, in denen hochbetagte Menschen in Altersheimen – mit vorherigen Negativtests – nach ihrem Ableben nochmals getestet werden sollten und das Ergebnis an das Gesundheitsamt zu schicken war.

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 28.

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 29.

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

Anlage 30.

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.

Dem Antragsgegner ist es daher zu untersagen, Verstorbene, die nicht obduziert wurden, als angebliche „Coronafälle“ in die Statistik als „Neuinfektionen“ aufzunehmen.

16.4 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 diese durch einen **Experten, etwa Christian Drost oder Lothar Wieler** wie folgt vorlegen lassen:

„Alle PCR-Tests – sowie alle weiteren angebotenen Testformen wie Schnelltest, PoC-Test u.a.- sind sicher imstande, ein vermehrungsfähiges SARS-CoV-2-Virus und damit eine akute Infektion im Sinne des § 2 Nr. 1, Nr. 5 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.

17. Rechtswidrigkeit aller Maßnahmen in der Stadt Kassel

Nach alledem sind die Corona-Maßnahmen in der Stadt Kassel mangels Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen und wegen Unterschreitung der sieben-Tage-Inzidenz auf deutlich weniger als 10/100.000 (tatsächlich nur 6/100.000) rechtswidrig. Die Voraussetzungen des § 28a IfSG sind nicht erfüllt, es gibt weder eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“, noch eine Pandemie, die abzuwehren ist – was das Verwaltungsgericht inzident auch selbst beurteilen kann und beurteilen muss, noch liegt irgendein nennenswertes Infektionsgeschehen vor, welches die ungeheuerlichen Grundrechtsbeschränkungen jedweder Art auch nur im Entferntesten rechtfertigen könnte. Insbesondere gibt es angesichts der wenigen Corona-Patienten und der vielen freien Intensivbetten alles andere als eine „gesundheitliche Notlage“. Die Begründung zu Verordnung greift nicht – die Ziele der Verordnung können also weder verfolgt noch erfüllt werden.

Der Antragstellerin ist damit das geplante Fest sowie die Unterbringung ihrer Gäste in Kassel zu gestatten.

18. 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;

AI.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

AI.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

19. Zusammenfassung

Nach alledem ist der **Rechtsverstoß bei der Berechnung des Inzidenzwerts so offensichtlich** und zugleich so gravierend, dass der **Eilantrag bereits aus diesem Grund begründet** ist und den Anträgen stattzugeben ist:

1. Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass der Schwellenwert innerhalb von sieben Tagen in der Stadt Kassel weniger als 10 je 100.000 Einwohner beträgt.
2. Es wird bis zur Entscheidung in der Hauptsache vorläufig festgestellt, dass es der Antragstellerin daher gestattet ist, sich am Wochenende des 19. bis 21. März 2021 ohne jedwede Behinderung und Beeinträchtigung, insbesondere ohne Pflicht zur Einhaltung der AHA-Regelungen in Kassel aufzuhalten und an der Demonstration in Kassel teilzunehmen.
3. . Der Antragsgegner trägt die Kosten des Verfahrens.
4. Der Streitwert wird auf 5.000,- € festgesetzt.

Nur ergänzend sei auch darauf hingewiesen, dass das monatelange gesundheitsgefährdende und psychisch belastende – und dabei völlig überflüssige – Diktat der Corona-Verordnungen – angesichts der falschen Inzidenzzahlen- keinen Tag länger mehr hingenommen und verkraftet werden kann. Weder der Antragstellerin noch alle anderen Menschen, die an der Demonstration teilnehmen wollen, sind wandelnde Killerviren, vor denen man sich mit Kontaktverboten, Abstand, Maske, Desinfektionsmitteln und PCR-Tests schützen muss! Jedem, der Angst hat, sich zu infizieren (mit welchem Virus auch immer) steht es frei, zuhause zu bleiben. Inakzeptabel sind jedoch Grundrechtsbeschränkungen, wie sie noch nicht einmal im Kriegsfall nach Art. 115s GG gestattet wären.

20. Mein dringender Appell an das Gericht

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 – und all dies auf Basis der ungeheuerlichen Lüge einer angeblich hohen „Infektionszahl“.

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“. Gäbe es eine schlimme Epidemie, dann würde auch niemand diese ungeheuerlichen Beschränkungen kritisieren, die wir seit einem Jahr erleben.

Was wir hier vorfinden ist jedoch 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 „Gefährdern“ (insbesondere vor bösen Demonstranten und „Coronaleugnern“ zu schützen. Dann werden sehr bald Menschen – wie etwa die Unterzeichnerin als bekannte Maßnahmenkritikerin – von einem Großaufgebot bewaffneter Polizisten zuhause in ihrer Wohnung oder bei einer Demonstration 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. Wir sind auf dem Weg in die medizinische Apartheid.

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."*

Ihr **Urteil vom 17.3.2021** ist insoweit in der aktuellen Gerichtslandschaft tatsächlich ein **Lichtblick**. Allerdings verweisen Sie auf „mildere“ Maßnahmen zur Ermöglichung der Demonstration am 20.3.2021, die jedoch – wie ausführlich dargestellt – ebenfalls unzulässig und verfassungswidrig sind und unverhältnismäßigen Polizeieinsatz bei Verstößen gerade zu provozieren!

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 die Selbständigen 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 rechtschaffene und rechtstreue Anwälte, dass 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 Hessen, indem Sie sämtlichen 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