



Bernard Korn & Partner, Hindenburgplatz 3, 55118 Mainz

Wetteraukreis
Der Kreisausschuss
Fachdienst Ordnungsrecht Allgemeine
Ordnungsangelegenheiten
Berliner Straße 21
63654 Büdingen

Nur per Email: [REDACTED]

DATUM	AKTENZEICHEN	DURCHWAHL	E-MAIL
15.07.2020	0548/2020-JH	(06131) 5547666	hamed@ckb-anwaelte.de
RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE			

In dem Ordnungswidrigkeitenverfahren
gegen [REDACTED]
- VN.: 1.3.6 Corona/157-

wird beantragt,

das Verfahren nach § 170 Abs. 2 StPO i.V.m. § 46 Abs. 1 OWiG,
hilfsweise nach § 47 OWiG einzustellen.

Begründung

Ein hinreichender Tatverdacht gegen Herrn [REDACTED] liegt nicht vor.

Der Bußgeldbescheid wird mit einem angeblichen Verstoß gegen § 1 Abs. 8a der Vierten Verordnung zur Bekämpfung des Corona-Virus (CoronaVV HE 4) in der am 8. Mai 2020 geltenden Fassung begründet.

Die unter Bezug genommene Bestimmung ist **rechtswidrig**, sodass in dem vorgeworfenen Verhalten keine Ordnungswidrigkeit zu erblicken ist.

Michael Bernard
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Strafrecht

Timo Korn
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Familienrecht
Fachanwalt für Strafrecht

Prof. Dr. Hanno M. Kämpf
Strafverteidiger

Anna Deus-Cörper
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Verkehrsrecht

Sven Hartmann
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Bank- und Kapitalmarktrecht
Bankkaufmann

Denis Skaric-Karstens, Mag. rer. publ.
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Sozialrecht

Jens van Boekel
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Arbeitsrecht
Fachanwalt für Miet- und
Wohnungseigentumsrecht

Daniela Hery, LL.M. (MedR)
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht

Jessica Hamed
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Strafrecht

Nadia Thibaut
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Arbeitsrecht

Timo Berneit
Rechtsanwalt

Hanna Wöllstein
Rechtsanwältin

Partnerschaftsgesellschaft
Amtsgericht Koblenz PR 155
UST-Ident-Nr. DE 219 123 576

www.ckb-anwaelte.de
info@ckb-anwaelte.de

Kanzleisitz Bad Kreuznach
Stromberger Straße 2
55545 Bad Kreuznach
Telefon +49 671 920 275 0
Telefax +49 671 920 275 9

Kanzleisitz Mainz
Hindenburgplatz 3
55118 Mainz
Telefon + 49 6131 55 47 666
Telefax + 49 6131 55 47 667

Kanzleisitz Wiesbaden
Klingholzstraße 7
65189 Wiesbaden
Telefon +49 611 341 487 5
Telefax +49 611 341 532 1

Commerzbank Bad Kreuznach
IBAN DE60 5504 0022 0112 9212 01
BIC COBADEFFXXX

Im Einzelnen:

I.

**Keine ausreichende Rechtsgrundlage - rechtswidrige
Inanspruchnahme von Nichtstörer*innen**

1. Die durch die beanstandete Bestimmung in Anspruch genommene Allgemeinheit kann auf der Grundlage des § 28 Abs. 1 IfSG nicht - auch nicht unter Verweis auf den sog. Nichtstörer - zur Gefahrenabwehr herangezogen werden.

Die angegriffenen Bestimmungen richten sich gegen jede Person, die sich auf dem Staatsgebiet Hessen aufhält, unabhängig davon ob es sich dabei um einen Kranken, Krankheitsverdächtigen, Ansteckungsverdächtigen oder Ausscheider i.S.d. § 28 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 2 IfSG handelt.

Wird ein Kranker, Krankheitsverdächtiger, Ansteckungsverdächtiger oder Ausscheider festgestellt, begrenzt § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG den Handlungsrahmen der Behörde zwar nicht dahin, dass allein Schutzmaßnahmen gegenüber der festgestellten Person in Betracht kommen. Die Vorschrift ermöglicht Regelungen gegenüber einzelnen wie mehreren Personen. Vorrangige Adressat*innen sind allerdings die in § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG benannten Personengruppen. Bei ihnen steht fest oder besteht der Verdacht, dass sie Träger von Krankheitserregern sind, die bei Menschen eine Infektion oder eine übertragbare Krankheit im Sinne von § 2 Nr. 1 bis Nr. 3 IfSG verursachen können. Wegen der von ihnen ausgehenden Gefahr, eine übertragbare Krankheit weiterzuerbreiten, sind sie nach den allgemeinen Grundsätzen des Gefahrenabwehr- und Polizeirechts als „Störer“ anzusehen.

Vgl. Gegenäußerung der Bundesregierung zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und

weiterer Gesetze, BTDrucks 17/5708 S. 19; BVerwG, Urteil vom 22. März 2012 – 3 C 16.11 –, juris.

Die übergroße Mehrheit der durch die maßgebliche Bestimmung betroffenen und als Normadressat*innen in Anspruch genommenen Personen sind nicht als Störer, insbesondere nicht als Ansteckungsverdächtige anzusehen. So verhält es sich auch hier. Herr [REDACTED] wird hier – zu Unrecht – als Nichtstörer in Anspruch genommen.



RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Nach § 2 Nr. 7 IfSG ist Ansteckungsverdächtiger eine Person, von der anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen hat, ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein.

Dass bei der übergroßen Mehrheit der in Anspruch genommenen Personen anzunehmen war, dass sie den Krankheitserreger SARS-CoV-2 aufgenommen hat, ist fernliegend und wird auch von Seiten des Verordnungsgebers nicht behauptet oder angenommen. Die Bestimmung richtet sich demnach – das wird später noch anhand konkreter Zahlen verdeutlicht – nahezu ausschließlich gegen Nichtstörer*innen.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Zwar können gemäß § 28 Abs. 1 IfSG nach höchstrichterliche Rechtsprechung grundsätzlich – auch wenn sie nicht explizit genannt sind – sog. Nichtstörer – wie Herr [REDACTED] einer ist – in Anspruch genommen werden, allerdings ist eine derartige Inanspruchnahme aller sich auf dem Staatsgebiet des Landes Hessen aufhaltigen Personen – und damit der Allgemeinheit – hiermit nicht möglich. Ein derart undifferenzierter, entgrenzter – und wie sich gezeigt hat monatelang anhaltender – Zugriff auf alle Personen, die sich im Hessen aufhalten, ist nicht gerechtfertigt.

Bereits aus der oben benannten Rechtsprechung zur Möglichkeit der Inanspruchnahme des Nichtstörers ergibt sich, dass zwar auch eine

Inanspruchnahme von einzelnen oder auch mehreren Personen, die nicht explizit als Personengruppen in § 28 Abs. 1 Satz 1 IfSG genannt sind, vom Anwendungsbereich der Norm gedeckt ist, daraus lässt sich aber auch schließen, dass eine Begrenzung vorzunehmen ist, und zwar auf den oder die Nichtstörer. Nicht in Anspruch genommen werden kann hierbei **die Allgemeinheit**, d.h. die Gesamtheit der unter die Hoheitsgewalt des Landesverordnungsgebers fallenden Personenkreises; dies gestattet die Norm nicht.

An der rechtlichen Bewertung ändert sich auch nichts, wenn man die Gesetzesbegründung berücksichtigt.

Dort heißt es u.a.:

„Die Maßnahmen können vor allem nicht nur gegen die in Satz 1 (neu) Genannten, also gegen Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige usw. in Betracht kommen, sondern auch gegenüber „Nichtstörern“. So etwa das Verbot an jemanden, der (noch) nicht ansteckungsverdächtig ist, einen Kranken aufzusuchen.“

Aus den Gesetzesmaterialien lässt sich ferner entnehmen:

„Vielmehr enthält der neue Absatz 1 Satz 1 als wichtigste Änderung ähnlich wie § 10 Abs. 1 für die Verhütung eine allgemeine Ermächtigung, die notwendigen Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu erlassen. Die Grundsätze der Notwendigkeit, des geringstmöglichen Eingriffs und der Verhältnismäßigkeit des Mittels schränken das Ermessen der zuständigen Behörde in dem gebotenen Maße ein. Die den Behörden bisher zur Verfügung stehenden abschließend aufgezählten Schutzmaßnahmen einschließlich der im bisherigen § 43 vorgesehenen „Maßnahmen gegenüber der Allgemeinheit“ erscheinen für eine sinnvolle und wirksame Bekämpfung

übertragbarer Krankheiten zu eng. So war z. B. im Gesetz bisher nicht vorgesehen, daß einem Kranken, Krankheitsverdächtigen usw. neben den ihm obliegenden Handlungs- und Duldungspflichten, wenn er unter Beobachtung gestellt war (§ 36 Abs. 2), auch sonstige Verhaltensmaßregeln auferlegt werden konnten, etwa das Gebot der persönlichen Desinfektion (Händedesinfektion), das nicht von § 39 bisheriger Fassung erfaßt wird oder das Verbot, bestimmte Örtlichkeiten (z. B. eine Gaststätte, Lebensmittelgeschäfte) aufzusuchen, um nicht zu dem härtesten Mittel der räumlichen Absonderung nach § 37 greifen zu müssen. Die Fülle der Schutzmaßnahmen, die bei Ausbruch einer übertragbaren Krankheit in Frage kommen können, läßt sich von vorneherein nicht übersehen. Man muß eine generelle Ermächtigung in das Gesetz aufnehmen, will man für alle Fälle gewappnet sein. Die Maßnahmen können vor allem nicht nur gegen die in Satz 1 (neu) Genannten, also gegen Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige usw. in Betracht kommen, sondern auch gegenüber „Nichtstörern“. So etwa das Verbot an jemanden, der (noch) nicht ansteckungsverdächtig ist, einen Kranken aufzusuchen.“

BTDrucks 8/2468 S. 27 f.
Rechtsanwältin Jessica Flamed

Es mag zwar dem subjektiven Willen des Gesetzgebers entsprechen, dass er alle nur denkbaren Maßnahmen unter § 28 IfSG fassen wollte, indes ist der *objektivierte* Wille entscheidend. Also der Wille, der auch im Gesetz zum Ausdruck gekommen ist.

Vor dem Hintergrund, dass sogar schon der Nichtstörer nicht explizit im Gesetz genannt ist und eine Inanspruchnahme nur entgegen dem Gesetzeswortlaut und der Gesetzssystematik unter Bezugnahme auf die Grundsätze des allgemeinen Polizei- und Ordnungsrechts begründet werden kann, ist evident, dass die Grenze jedenfalls dann überschritten

ist, wenn – wie hier – eine unterscheidungslose Inanspruchnahme aller Menschen und damit der Allgemeinheit im Land vorgenommen wird.

Eine derartige Inanspruchnahme könnte allenfalls der Parlamentsgesetzgeber mittels einer hinreichend bestimmten expliziten Rechtsvorschrift erst *de lege ferenda* ermöglichen. Eine derartige Rechtsgrundlage besteht jedoch im IfSG nicht. Die Inanspruchnahme einer entgrenzten Personengesamtheit, mithin der Allgemeinheit, auf der Grundlage des § 28 Abs. 1 IfSG verletzt den bundesrechtlichen Grundsatz des Gesetzesvorbehalts in der besonderen Ausprägung des Parlamentsvorbehalts nach der Wesentlichkeitstheorie. Die Inanspruchnahme aller der Hoheitsgewalt unterworfenen Personen und mithin der Allgemeinheit stellt einen derart gravierenden Eingriff in grundrechtliche Gewährleistungsgehalte einer unabsehbaren Vielzahl von Grundrechtsträger*innen dar, dass lediglich der unmittelbar demokratisch legitimierte Parlamentsgesetzgeber hierzu berufen ist.

Kritisch zur unterschiedslosen Inanspruchnahme Allgemeinheit, mithin der Nichtstörer*innen äußerte sich auch bereits am 6. April 2020 der Staatsrechtler *Oliver Lepsius*:

„Das heißt aber auch, dass Maßnahmen, die alle betreffen, selbst wenn es keinen Anhaltspunkt gibt, dass gerade sie das Gesundheitssystem entlasten [sic] könnten, unzulässig sind. Sonst werden wir alle wie Nichtstörer behandelt und das ist grundrechtlich unzulässig, weil es die Freiheit dementiert. Aus grundrechtlicher Perspektive ist es unverzichtbar, zielgenauere Adressatengruppen auszudifferenzieren (wer?, wie?, wo?). Das wird den Entscheidenden schwer fallen, weil sie sich dem Vorwurf ausgesetzt sehen werden, ungleich zu handeln, weil sie Prioritäten begründen müssen und in der ex-post Perspektive entweder für zu weitgehende oder zu geringe Eingriffe Kritik erfahren werden. Und leider ergibt sich daraus eine schädliche Logik, denn es ist politisch vermeintlich rational, mehr

anzuordnen als nötig. Wir kennen diesen Gang der Dinge von den Anti-Terrorgesetzen, bei denen sich die Politik stets am Machbaren orientierte und im Drang, zum Schutz aller auch die Rechte aller einzuschränken, erst vom Bundesverfassungsgericht, weniger von der Öffentlichkeit, gebremst wurde. An die Öffentlichkeit kann daher nur appelliert werden, nicht ein Ziel über alle anderen Rechtsgüter stellen und Entscheidungen nur daran messen zu wollen. Insofern wäre es für eine grundrechtliche Debatte schon sehr hilfreich, wenn das Ziel genauer genannt würde, nicht diffus „Kampf gegen das Virus“, sondern „kapazitätsgerechte Steuerung des Pandemieverlaufs“. Schon diese terminologische Konkretisierung eröffnet nämlich politische Entscheidungs- und Differenzierungsspielräume.“

<https://verfassungsblog.de/vom-niedergang-grundrechtlicher-denkkategorien-in-der-corona-pandemie/>

2. Die Bestimmung greift in folgende Grundrechte ein:

Ohne den Nachweis einer medizinischen Evidenz im Hinblick auf die Frage der gesundheitlichen Sinnhaftigkeit des Tragens einer „Mund-Nasen-Bedeckung“ werden die Normadressat*innen zum Experimentierobjekt staatlicher Behörden und somit de facto zum Objekt staatlichen Handelns gemacht, so dass das (bußgeldbewehrte) Gebot zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung eine Betroffenheit der **Menschenwürdegarantie** in Art. 1 Abs. 1 GG zu Folge hat.

Der rechtswidrige Eingriff in das **Allgemeinen Persönlichkeitsrecht** gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG ergibt sich durch den durch die angegriffenen Vorschriften angeordneten Zwang, insbesondere zur Erledigung von Einkäufen, bei Arztbesuchen oder auch bei Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen. Dies greift in das Allgemeine Persönlichkeitsrecht, insbesondere in Ausprägung des Rechts auf Selbstdarstellung ein.

Des Weiteren liegt eine Beschwerde im Hinblick auf das **Recht auf körperliche Unversehrtheit** Art. 2 Abs. 2 S. 1 Var. 2 GG vor, da sich die Normadressat*innen im Falle einer Befolgung der Maskentragpflicht sich u.a. einem erhöhten Infektionsrisiko mit diversen Keimen aussetzt und durch das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung Probleme mit der Sauerstoffversorgung entstehen.

Eingegriffen wird ferner in die **Glaubens- Versammlungs- und Berufsfreiheit**.

Jedenfalls hilfsweise, im Sinne des durch **Art. 2 Abs. 1 GG** vermittelten subsidiären Grundrechtsschutzes, liegt durch die Verpflichtung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung in vielfältigen Situationen (auch) im Hinblick auf das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ein Grundrechtseingriff vor, da die Normadressat*innen durch die Vorschrift daran gehindert wurden (und immer noch werden), die in § 1 Abs. 7 Satz 1 und Satz Nr. 1, 2 und 4 CoronaVV HE 4 aufgeführten Einrichtungen zu besuchen, ohne eine sogenannte Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen.

3. Der **Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg** sowie der **Bayerische Verwaltungsgerichtshof** erachteten die Frage, ob § 28 Abs. 1, § 32 Satz 1 IfSG im Hinblick auf den Vorbehalt des Gesetzes in seiner Ausprägung als **Parlamentsvorbehalts** eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die durch die Landesregierungen verordneten Maßnahmen darstellen, schon früh als zumindest als **offen** und im Hauptsacheverfahren für klärungsbedürftig.

Der **Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg** führte in seinem Beschluss vom 9. April 2020 – 1 S 925/20 im Hinblick auf die Schließung von Fitnessstudios u.a. aus:

- 38 (1) Rechtsstaatsprinzip und Demokratiegebot verpflichten den Gesetzgeber, die für die Grundrechtsverwirklichung maßgeblichen Regelungen im Wesentlichen selbst zu treffen und diese nicht dem Handeln und der Entscheidungsmacht der Exekutive zu überlassen. Wann es aufgrund der Wesentlichkeit einer Entscheidung einer Regelung durch den parlamentarischen Gesetzgeber bedarf, hängt vom jeweiligen Sachbereich und der Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes ab. Die verfassungsrechtlichen Wertungskriterien sind dabei den tragenden Prinzipien des Grundgesetzes, insbesondere den darin verbürgten Grundrechten zu entnehmen. Danach bedeutet wesentlich im grundrechtsrelevanten Bereich in der Regel „wesentlich für die Verwirklichung der Grundrechte“. Eine Pflicht zum Tätigwerden des Gesetzgebers besteht insbesondere in mehrdimensionalen, komplexen Grundrechtskonstellationen, in denen miteinander konkurrierende Freiheitsrechte aufeinander treffen und deren jeweilige Grenzen fließend und nur schwer auszumachen sind. Eine solche Pflicht ist regelmäßig auch dann anzunehmen, wenn die betroffenen Grundrechte nach dem Wortlaut der Verfassung ohne Gesetzesvorbehalt gewährleistet sind und eine Regelung, welche diesen Lebensbereich ordnen will, damit notwendigerweise ihre verfassungsimmanenten Schranken bestimmen und konkretisieren muss. Grundsätzlich können zwar auch Gesetze, die gemäß Art. 90 Abs. 1 GG zu Rechtsverordnungen ermächtigen, den Voraussetzungen des Gesetzesvorbehalts genügen, die wesentlichen Entscheidungen müssen aber durch den parlamentarischen Gesetzgeber selbst erfolgen. Die Wesentlichkeitsdoktrin beantwortet daher nicht nur die Frage, ob überhaupt ein bestimmter Gegenstand gesetzlich zu regeln ist. Sie ist vielmehr auch dafür maßgeblich, wie genau diese Regelungen im Einzelnen sein müssen (st. Rspr., vgl. BVerfG, Beschl. v. 14.03.1989 - 1 BvR 1033/82 v.a. - BVerfGE 80, 1, 20; Beschl. v. 21.04.2015 - 2 BvR 1329/12 v.a. - BVerfGE 139, 19, m.w.N.).
- 39 Der Schutz der Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG erlaubt Eingriffe nur auf der Grundlage einer gesetzlichen Regelung, die Umfang und Grenzen des Eingriffs deutlich erkennen lässt. Insoweit muss der Gesetzgeber selbst alle wesentlichen Entscheidungen treffen, soweit sie gesetzlicher Regelung zugänglich sind. Zwar gebietet Art. 12 Abs. 1 GG nicht, dass jede Einschränkung der Berufsfreiheit stets unmittelbar durch den parlamentarischen Gesetzgeber selbst angeordnet werden muss. Jedoch sind die Anforderungen an die Bestimmtheit der Ermächtigung umso höher, je empfindlicher die freie berufliche Betätigung beeinträchtigt wird und je stärker die Interessen der Allgemeinheit von der Art und Weise der Tätigkeit berührt werden (BVerfG, Beschl. v. 12.06.1990 - 1 BvR 355/86 - BVerfGE 82, 209, 224; BVerfG, Beschl. v. 07.09.1992 - 7 NB 2/92 - BVerfGE 90, 359, 362; UrL v. 16.10.2013 - BvGH 1/12 - BVerfGE 148, 133).
- 40 Die Wesentlichkeitsdoktrin bedeutet nicht, dass sich die erforderlichen Vorgaben ohne weiteres aus dem Wortlaut des Gesetzes ergeben müssten. Es kann genügen, dass sie sich mit Hilfe allgemeiner Auslegungsgrundsätze erschließen lassen, insbesondere aus dem Zweck, dem Sinnzusammenhang und der Vorgeschichte der Regelung. Das aus dem Rechtsstaatsprinzip (vgl. Art. 20 Abs. 3 GG) abgeleitete Gebot der Bestimmtheit von Normen verlangt dabei, dass Rechtsvorschriften so gefasst sein müssen, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage so konkret erkennen kann, dass er sein Verhalten danach ausrichten vermag (vgl. BVerfG, UrL v. 05.03.1986 - 1 BvF 1/61 - BVerfGE 20, 150; Beschl. v. 12.01.1967 - 1 BvR 169/63 - BVerfGE 21, 73; Beschl. v. 07.07.1971 - 1 BvR 775/66 - BVerfGE 31, 255; Beschl. v. 09.04.2003 - 1 BvL 1/01, 1 BvR 1749/01 - BVerfGE 108, 52; Beschl. v. 03.03.2004 - 1 BvF 3/92 - BVerfGE 110, 33; jeweils m. w. N.). Dieses Gebot zwingt den Normgeber indes nicht, jeden Tatbestand mit genau erfassbaren Maßstäben bis ins Einzelne zu umschreiben. Generalklauseln und unbestimmte, der Ausfüllung bedürftige Begriffe sind schon deshalb grundsätzlich zulässig, weil sich die Vielfalt der Verwaltungsaufgaben nicht immer in klar umrissene Begriffe einfangen lässt. Der Normgeber ist aber gehalten, seine Regelungen so bestimmt zu fassen, wie dies nach der Eigenart der zu ordnenden Lebenssachverhalte und mit Rücksicht auf den Normzweck möglich ist (BVerfG, Beschl. v. 21.06.1977 - 2 BvR 309/77 - BVerfGE 45, 363; Beschl. v. 03.06.1992 - 2 BvL 1041/89, 78/89 - BVerfGE 85, 288; Beschl. v. 11.07.2013 - 2 BvR 2302/11 - BVerfGE 134, 33).
- 41 (2) Nach diesem Maßstab ist offen, ob die Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung in § 12 Satz 1 i.V.m. § 28 Abs. 1 Satz 1, 2 IFSG im Hinblick auf die landesweite Schließung von Verkaufsstellen und privaten Dienstleistungsbetrieben, die sich auf die Berufsfreiheit nach Art. 12 Abs. 1 GG berufen können, dem Vorbehalt des Gesetzes in seiner Ausprägung als Parlamentsvorbehalt genügt.

[...]

- 43 Die Schließung einer Vielzahl von Verkaufsstellen und Dienstleistungsbetrieben durch eine Rechtsverordnung ist jedoch von einer sehr beträchtlichen Eingriffstiefe. Die Intensität des damit verbundenen Eingriffs in die Berufsfreiheit ist für jeden einzelnen betroffenen Betrieb, der sich auf Art. 12 Abs. 1 GG berufen kann, ausgesprochen hoch. Denn der Eingriff führt für sie für einen längeren Zeitraum zu einem weitgehenden oder vollständigen Wegfall jeglichen Umsatzes. Den Betroffenen ist es zudem praktisch unmöglich, den Wirkungen dieses Eingriffs auszuweichen. Die Schließung hat daher für zahlreiche Verkaufsstellen und Dienstleistungsbetriebe außerordentliche, die wirtschaftliche Existenz mindestens infrage stellende Wirkung. So haben nach der Mitteilung des Leiters der Regionaldirektion der Bundesagentur für Arbeit vom 31.03.2020 mehr als 70.000 Firmen in Baden-Württemberg seit dem Beginn der Coronavirus-Krise Kurzarbeit angemeldet, wobei etwa ein Drittel davon aus dem Gastgewerbe und dem Handel komme (vgl. <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/coronavirus-liveblog-bw-100.html>). Diese sehr gravierenden Auswirkungen können dafür sprechen, dass die Vorschriften in § 32 Satz 1 i.V.m. § 28 Abs. 1 Satz 1, 2 IFSG die Voraussetzungen, den Umfang und insbesondere die Grenzen dieses Eingriffs nicht ausreichend erkennen lassen und daher wegen Verstoßes gegen den Parlamentsvorbehalt nicht verfassungsgemäß sind. Denn die in § 28 Abs. 1 Satz 1 IFSG enthaltene Befugnis zum Erlass der „notwendigen Schutzmaßnahmen“ ist nur begrenzt durch das Tatbestandsmerkmal der Notwendigkeit und durch den Halbsatz „soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist“. Und § 28 Abs. 1 Satz 2 IFSG beschränkt sich nach seinen ausdrücklich geregelten Befugnissen darauf, die Zulässigkeit der Beschränkung oder des Verbots von Veranstaltungen und Ansammlungen, der Schließung von Badeanstalten und Gemeinschaftseinrichtungen i.S.v. § 33 IFSG und der Verpflanzung, bestimmte Orte nicht zu verlassen oder nicht zu betreten, zu regeln. Allein aus dem Umstand, dass der Bundesgesetzgeber mit dem Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 27.03.2020 das Infektionsschutzgesetz in Kenntnis der zuvor praktisch bundesweit erfolgten Schließung von Verkaufsstellen und Dienstleistungsbetrieben geändert hat, folgt voraussichtlich keine Einhaltung der Anforderungen des Parlamentsvorbehalts (so aber wohl BayVerfG, Beschl. v. 30.03.2020 - 20 CS 20.611 - juris Rn. 17). Denn der Gesetzgeber hat in § 28 Abs. 1 IFSG - wie bereits dargestellt - kleine Änderungen vorgenommen, aus denen nicht erkennbar ist, dass die umfassende Schließung von Verkaufsstellen und Dienstleistungsbetrieben zulässig sein soll.


Rechtsanwältin Jessica Hamed
Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Beschluss vom 09.
April 2020 - 1 S 925/20 -, juris

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof hat mit Beschluss vom 14. April 2020 - 20 NE 20.751 - ebenfalls entschieden, dass er die Erfolgsaussichten in der Hauptsache im Hinblick auf die Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit der Maßnahmen und der Ermächtigungsgrundlage als offen ansieht. Er hat insoweit ausgeführt:


„Weil jedoch die BayIfSMV in erheblichen Maß in zahlreiche Grundrechte der Bürger eingreift und die Überprüfung ihrer Verfassungsmäßigkeit (vgl. nur BVerfG, B.v. 10.4.2020 - 1 BvR

755/20 – juris) und die ihrer Ermächtigungsgrundlage (vgl. hierzu kritisch VGH Baden-Württemberg: B.v. 9.4.2020 – 1 S 925/20 – bisher unveröffentlicht) nur nach eingehender Prüfung in einem Hauptsacheverfahren erfolgen kann, sind die Erfolgsaussichten in der Hauptsache offen.“

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 14. April 2020 – 20 NE 20.751 –, nicht veröffentlicht.

 Auch das Bundesverfassungsgericht erachtet die Erfolgsaussichten einer auch die hier aufgeworfenen verfassungsrechtlichen Fragen thematisierenden Verfassungsbeschwerde als offen.

Vgl. BVerfG, Beschluss vom 10. April 2020 – 1 BvQ 31/20 –, juris, Rn. 8; Beschluss vom 9. April 2020 – 1 BvQ 29/20 –, juris, Rn. 5.

 Weiterhin ist hier insbesondere ergänzend auf die Dauer der bisherigen Maßnahmen und deren ständige Verlängerung hinzuweisen. Die Geltungsdauer ist dabei nicht nur im Rahmen der Verhältnismäßigkeit zu berücksichtigen, sondern auch für die Frage einer hinreichend bestimmten parlamentarischen Rechtsgrundlage von Bedeutung.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

In diesem Sinne auch der Bayerische Verwaltungsgerichtshof mit Beschluss vom 27. April 2020 – 20 NE 20.793:

„Der Senat ist im Rahmen seiner bisherigen Eilentscheidungen vorläufig davon ausgegangen, dass die bislang auf die §§ 32, 28 IfSG gestützten Maßnahmen mit dem Vorbehalt des Gesetzes vereinbar sind. Sollte sich aufgrund der Fortentwicklung der Pandemielage jedoch zeigen, dass die grundrechtsbeeinträchtigenden Maßnahmen nicht mehr nur kurzfristiger Natur sind, sondern längere Zeit fortauern, erscheint zweifelhaft, ob der Vorbehalt des Gesetzes als wesentlicher Grundsatz einer parlamentarischen Staatsform ohne

den Erlass eines Maßnahmegesetzes durch den parlamentarischen Bundesgesetzgeber als Rechtsgrundlage für mittelfristig und langfristig wirkende Maßnahmen gewahrt werden kann.“

<https://openjur.de/u/2199213.html>

II.

Verstoß gegen den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Die hier beanstandete Regelung war zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt weder geeignet, noch erforderlich und auch nicht verhältnismäßig im engeren Sinne. Damit griff der Verordnungsgeber in verfassungswidriger Weise in die oben dargelegten Grundrechte einer unabsehbaren Vielzahl von Grundrechtsträger*innen ein.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf den Geltungszeitraum der verfahrensgegenständlichen Bestimmung (27. April 2020 bis zum 8. Mai 2020):

Vorliegend wird nicht verkannt, dass dem Verordnungsgeber für die Beurteilung der Geeignetheit und Erforderlichkeit der angeordneten Maßnahmen grundsätzlich ein weiter Einschätzungsspielraum zuzubilligen ist.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 22. März 2012 – 3 C 16.11 –, juris, Rn. 24 = BVerwGE 142, 205-219 zu behördlichen Maßnahmen nach § 28 Abs. 1 IfSG, m.w.N.

Vor dem Hintergrund, dass § 28 Abs. 1 IfSG als Generalklausel ausgestaltet ist, sind die Anforderungen an die Verhältnismäßigkeitserwägungen entsprechend hoch, da der Norm auf der Tatbestandsseite kaum Grenzen gesetzt sind. Das behördliche

Ermessen wird letztlich auf der Seite des Tatbestands nur dadurch beschränkt, dass es sich um „notwendige Schutzmaßnahmen“, also solche Maßnahmen, die zur Verhinderung der (Weiter-)Verbreitung der Krankheit geboten sind, handeln muss.

Vgl. BVerwG, Urteil vom 22. März 2012 – 3 C 16.11 –, juris, Rn. 24
= BVerwGE 142, 205-219 zu behördlichen Maßnahmen nach § 28
Abs. 1 IfSG, m.w.N..

Darüber hinaus sind dem Ermessen durch den
Verhältnismäßigkeitsgrundsatz Grenzen gesetzt.

Vgl. Entwurf eines Vierten Gesetzes zur Änderung des Bundes-
Seuchengesetzes, BTDrucks 8/2468 S. 27 (zur Vorgängerregelung
in § 34 BSeuchG).

Die Grenzen zwischen dem, was auf Seiten des Tatbestands (noch) unter
„notwendige Schutzmaßnahmen“ subsumiert werden kann und der
Frage, welche Maßnahmen verhältnismäßig, insbesondere erforderlich
sind, sind fließend, weshalb in der Folge auch auf eine künstliche
Auftrennung verzichtet wird. Diese Fragen werden im Rahmen der
Verhältnismäßigkeitsprüfung diskutiert.

Wie oben dargelegt, existiert bereits keine Rechtsgrundlage für die
erlassene Verordnung und die hier streitgegenständliche Bestimmung.
Jedenfalls ist jedoch nicht die unterscheidungslose Inanspruchnahme
aller Menschen im Land vom Anwendungsbereich des § 28 Abs. 1 IfSG
gedeckt. Selbst wenn man das anders sehen würde, ist jedenfalls zu
berücksichtigen, dass der Nichtstörer allenfalls unter strengen – und
gegenüber Störern strengeren – Voraussetzungen adressiert werden
darf. Unter welchen strengen Voraussetzungen das allenfalls geschehen
darf, wird zur besseren Übersichtlichkeit in die allgemeinen
Ausführungen zur Verhältnismäßigkeit eingebunden, zu der Folgendes
ausgeführt wird:

Zuvörderst wird berücksichtigt, dass der im allgemeinen Polizei- und Ordnungsrecht geltende Grundsatz heranzuziehen ist, wonach an die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts umso geringere Anforderungen zu stellen sind, je größer und folgenschwerer der möglicherweise eintretende Schaden ist.

Z.B. Urteil vom 26. Februar 1974 – BVerwG 1 C 31.72 –, BVerwGE 45, 51, 61; Beschluss vom 13. Mai 1983 – BVerwG 7 B 35.83 – Buchholz 451.22 AbfG Nr. 14 S. 32.

Das legt bereits das Ziel des Infektionsschutzgesetzes, eine effektive Gefahrenabwehr zu ermöglichen (§ 1 Abs. 1, § 28 Abs. 1 IfSG), sowie der Umstand, dass die betroffenen Krankheiten nach ihrem Ansteckungsrisiko und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen unterschiedlich gefährlich sind, nahe. Im Falle eines hochansteckenden Krankheitserregers, der bei einer Infektion mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer tödlich verlaufenden Erkrankung führen würde, drängt sich angesichts der schwerwiegenden Folgen auf, dass die vergleichsweise geringe Wahrscheinlichkeit eines infektionsrelevanten Kontakts genügt.

Rechtsanwältin Jessica Hamed
BVerwG, Urteil vom 22. März 2012 – 3 C 16.11 –.

Der Hessische Verwaltungsgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom 8. April 2020 festgehalten:

„Hinzu kommt, dass die angegriffenen Regelungen Teil eines aktuell sehr dynamischen Prozesses sind, bei dem die getroffenen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr nahezu täglich neu überdacht und angepasst werden.“

Hessischer Verwaltungsgerichtshof Beschluss v. 8. April 2020 – 8 B 910/20.N

Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof hat in seiner Entscheidung vom 30. März 2020 zu Recht festgestellt, dass den Verordnungsgeber eine Pflicht zur ständigen Überprüfung und Neubewertung der Situation trifft:

„Für die Verhältnismäßigkeit der angegriffenen Regelungen in zeitlicher Hinsicht spricht, dass der Verordnungsgeber den Geltungszeitraum der Verordnung bis zum Ablauf des 3. April 2020 von vornherein vergleichsweise kurz befristet hat. Unabhängig davon trifft ihn nach Auffassung des Senats im Hinblick auf das Gewicht der mit der Verordnung verbundenen Grundrechtseingriffe aber eine fortlaufende Evaluierungspflicht. Der Verordnungsgeber hat für die Dauer der Gültigkeit der angegriffenen Verordnung ständig zu überwachen, ob deren Aufrechterhaltung noch erforderlich und angemessen ist. Dabei dürften die Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit umso strenger werden, je länger die Regelungen schon in Kraft sind. Sollte sich die Unverhältnismäßigkeit einzelner Regelungen herausstellen, wären diese auch vor Ablauf des befristeten Geltungszeitraums unverzüglich aufzuheben.“

Rechtsanwältin Jessica Hamed
VGH München, Beschluss v. 30.03.2020 – 20 NE 20.632, Rn. 63.

Auch das Bundesverfassungsgericht hat deutlich zum Ausdruck gebracht, dass mit voranschreitender Zeit die Verhältnismäßigkeit der Grundrechtseingriffe einer immer strengeren Prüfung unterliegt:

„Der überaus schwerwiegende Eingriff in die Glaubensfreiheit zum Schutz von Gesundheit und Leben ist auch deshalb derzeit vertretbar, weil die Verordnung vom 17. März 2020 und damit auch das hier in Rede stehende Verbot von Zusammenkünften in Kirchen bis zum 19. April 2020 befristet ist. Damit ist sichergestellt, dass die Verordnung unter Berücksichtigung

neuer Entwicklungen der Corona-Pandemie fortgeschrieben werden muss. Hierbei ist - wie auch bei jeder weiteren Fortschreibung der Verordnung - hinsichtlich des im vorliegenden Verfahren relevanten Verbots von Zusammenkünften in Kirchen eine strenge Prüfung der Verhältnismäßigkeit vorzunehmen und zu untersuchen, ob es angesichts neuer Erkenntnisse etwa zu den Verbreitungswegen des Virus oder zur Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems verantwortet werden kann, das Verbot von Gottesdiensten unter - gegebenenfalls strengen - Auflagen und möglicherweise auch regional begrenzt zu lockern.“

BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats vom 10. April 2020 - 1 BvQ 28/20 -, Rn. 14.

So ist auch das Sondervotum von zwei Richter*innen des Berliner Verfassungsgerichtshofs zu verstehen:

„Zum Kernbereich aller Freiheitsgrundrechte gehört das grundgesetzlich vorgegebene Verhältnis von Freiheit und staatlicher Einschränkung. Der Einzelne muss die Ausübung oder Nichtausübung seiner Freiheitsrechte nicht begründen. Die Motive seines Handelns sind staatlicher Bewertung entzogen. Jede staatliche Einschränkung bedarf einer verfassungsrechtlich tragfähigen Begründung. Kann der Staat diese nicht (mehr) leisten, ist die Beschränkung verfassungswidrig. Die damit beschriebene grundsätzliche Vermutung der Freiheit ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein zentrales konstitutives Element einer freiheitlichen Demokratie. Der Beteiligte hat schon die Eignung und die Erforderlichkeit des Eingriffs nicht hinreichend dargelegt. Seinen Ausführungen nach ist weder ersichtlich, dass das Verlassen der eigenen Wohnung bei Wahrung des in § 14 Abs. 2 SARS-CoV-2-EindmaßnV vorgesehenen Abstandes stets oder auch nur regelhaft das Risiko

einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus nach sich zieht. Nimmt man dennoch ein solches Risiko an, hat der Beteiligte jedenfalls nicht dargelegt, dass die mit der Maßnahme verbundene Minderung des Infektionsrisikos hinreichend bedeutsam ist, um das Gewicht des Eingriffs zu rechtfertigen.“

VerfGH 50 A/20 vom 14. April 2020

Dazu müssen die Entscheidungsträger*innen klare Maßstäbe benennen, an denen sie ihr Handeln orientieren. Dieser Maßstab ist mit fortschreitender Dauer verändert worden. Der pauschale Hinweis, dass dem Robert Koch-Institut eine besondere Rolle im Infektionsschutzgesetz zukomme, kann nicht ausreichend sein, um jegliche Plausibilitätsprüfung in Gerichtsverfahren zu verweigern.

In diese Richtung gehend der Verfassungsgerichtshof des Saarlands in seiner Entscheidung vom 28. April 2020:

„Demgegenüber ist zu bedenken, dass bereits die Fülle der „triftigen Gründe“, die eigene Wohnung zu verlassen die Ausgangsbeschränkung gegenwärtig ihrerseits beschränkt und inzwischen eine Vielzahl von „Lockerungen“ besteht und bevorsteht, deren Risiko jedenfalls nicht geringer ist als das einer Aussetzung der Ausgangsbeschränkung unter erheblichen Maßgaben.

Der Verlust des Grundrechts der Freiheit der Person ist Tag für Tag der Freiheitsbeschränkung ein endgültiger Nachteil. Er kann für die verstreichende Zeit nicht wieder ausgeglichen werden.

Der damit erzielte Gewinn an Gesundheitsschutz ist nicht nachvollziehbar dargelegt. Absolute Zahlen einer Zunahme von Infektionen mit dem Sars-Cov2Virus belegen nichts außer der Zunahme selbst. Sie sind – so dramatisch und tragisch

Krankheitsverläufe im Einzelfall sind und so furchtbar der Tod eines jeden kranken Menschen ist und, vor allem, so wichtig der Schutz der behandelnden medizinischen und pflegerischen Kräfte ist – aussageleer. Steigt die Zahl der Infizierten, kann das auf vielerlei Gründen beruhen: Die Zahl der Infizierten und Kranken wird von den Gesundheitsbehörden derzeit in kein Verhältnis zur Zahl der Getesteten und Nichtgetesteten gesetzt.

Die Zahl der Verstorbenen lässt nicht erkennen, ob Menschen an der Virusinfektion oder gelegentlich der Virusinfektion verstorben sind.

Hinzu kommt ein Eingriff in das Grundrecht des Einzelnen auf Schutz und Förderung der Familie (Art. 22 SVerf). Auch wenn Eingriffe, die einen über die Kernfamilie und Erziehungsgemeinschaft hinausgehenden, verwandtschaftlich verbundenen Kreis von Personen betreffen, einer geringeren Rechtfertigungsschwelle unterliegen: Er ist als „Begegnungsgemeinschaft“ gleichermaßen verfassungsrechtlich vor unverhältnismäßigen Eingriffen geschützt. Dabei wird vor allem auch die Konsistenz der Regelungen bedeutsam: Es leuchtet nicht ein, dass eine solche Begegnung bei Vorliegen eines triftigen, außerfamiliären – Grundes, bei dem Besuch eines Ladengeschäfts, erlaubt wird, in der eigenen Wohnung indessen nicht.

Veranschaulichend gesagt: Es leuchtet nicht ein, dass sich Geschwister in gebührendem Abstand in einem Möbelmarkt oder Baumarkt treffen dürfen, nicht aber in der eigenen Wohnung – was der gegenwärtigen Rechtslage entspricht.

Auch ist der VO-CP selbst eine Gefahreinschätzung zu entnehmen: Aus Anlass einer Bestattung wird das Zusammentreffen der Familie erlaubt, zu Lebzeiten indessen nicht. Das überzeugt nicht.

§ 2 Abs. 3 VO-CP leidet daher - angesichts der außergewöhnlichen Eilbedürftigkeit von Regelungen zunächst durchaus verständlich - an Inkonsistenz. Eingriffe in grundrechtliche Freiheiten, die sich auf überwiegende Gründe des Gemeinwohls berufen, bedürfen aber jedenfalls mit ihrer Dauer einer kohärenten und konsistenten Rechtfertigung. Durch § 2 Abs. 3 VO-CP wird das Aufsuchen „sonstiger“ Ladengeschäfte, deren Öffnung die VO-CP gestattet, erlaubt. Damit werden Bürgerinnen und Bürger, die sich aus ihrer Wohnung entfernen, ohne das Ziel zu verfolgen, ein Ladengeschäft - aus welchen Gründen auch immer - aufzusuchen, sanktionsbewehrt ihrer Freiheit beraubt. Es ist nicht zu erklären, warum ein beliebiges, „freies“ Verlassen der eigenen Wohnung ohne Ziel (oder mit dem Ziel, Verwandte zu besuchen) verboten wird, während es mit dem Ziel, ein Ladengeschäft „aufzusuchen“ - ohne einen zur Deckung des Lebensbedarfs notwendigen Kauf anzustreben - erlaubt wird. Insoweit kann auch nicht darauf verwiesen werden, dass die das Verlassen der Wohnung rechtfertigenden Gründe nur als „Regelbeispiele“ („insbesondere“) zu verstehen sein soll. Damit wird letztlich den Ordnungsbehörden überlassen, in welchem Umgang Grundrechtseingriffe sanktionsbewehrt oder jedenfalls vollziehbar erfolgen dürfen. Das ist verfassungsrechtlich nicht statthaft.

Schließlich ist unklar, warum ein triftiger Grund zum Verlassen der Wohnung zum Sport oder „zur Bewegung im Freien“ angenommen wird, Menschen, die sich im Freien jedoch nicht bewegen, sondern in gebührendem Abstand von jedweden Anderen - als Einzelner auf einer Bank in der Sonne - verharren wollen, ordnungswidrig oder gar strafbar handeln.

Die Regelung erweist sich im Hinblick auf das Gebot der Glaubhaftmachung des triftigen Grundes als unzumutbar. Nachvollziehbar verweist der Beschwerdeführer darauf, dass er sich mit dem Verlassen der eigenen Wohnung unmittelbar einem „Generalverdacht“ aussetzt und jederzeit einen triftigen Grund glaubhaft machen können muss. Ungeachtet der von der Verordnung nicht näher geregelten Frage, welche Mittel der Glaubhaftmachung zulässig, aber auch ausreichend sind, muss der Bürger die Wahrnehmung elementarer Grundrechte jederzeit – vergleichbar einer Umkehr der Beweislast – gegenüber dem Staat

rechtfertigen. Eine derartige Regelung ist nicht ohne weiteres zumutbar, denn sie könnte – vergleichbar mit den Regelungen anderer Länder – durch eine solche Regelung ersetzt werden, die die aus Gründen des Infektionsschutzes notwendigen Verbote und Beschränkungen positiv normiert und im Übrigen die verfassungsmäßig geschützte Bewegungsfreiheit unangetastet lässt.

Zudem beschränkt die Notwendigkeit der Glaubhaftmachung bestimmter triftiger Gründe den Adressaten voraussichtlich unangemessen in seiner von Art. 3 Satz 1 SVerf geschützten Bewegungsfreiheit. Die Inanspruchnahme medizinischer oder vergleichbarer Versorgungsleistungen nach § 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 2 VO-CP oder die Wahrnehmung erforderlicher Termine bei Behörden, Gerichten, Rechtsanwälten und Notaren nach § 2 Abs. 3 Satz 2 Nr. 8 VO-CP ist etwa nur unter den Voraussetzungen der Dringlichkeit gestattet. Dabei liegt es auf der Hand, dass die Dringlichkeit von medizinischen Behandlungen oder Rechtsdienstleistungen in vielen Fällen erst nach Wahrnehmung des Termins beurteilt werden kann. Dementsprechend bleibt ungeklärt, auf welchem Weg die Dringlichkeit im Falle einer Kontrolle gegebenenfalls glaubhaft gemacht werden kann. Soweit damit nach Vorstellung des Verordnungsgebers eine

inhaltliche Darlegung von Gründen verbunden sein sollte, würde der Grundrechtsträger gegebenenfalls vor die Wahl zwischen der grundrechtlich geschützten Bewegungsfreiheit und der vom Grundrecht auf Datenschutz aus Art. 2 Satz 2 SVerf gleichermaßen geschützten Bewahrung seiner personenbezogenen Daten gestellt.“



(Verfassungsgerichtshof des Saarlandes, Beschluss vom 28. April

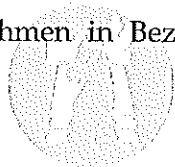
2020 - Lv 7/20 -, juris)

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

a.

Gefährlichkeit der Erkrankung

Voranzustellen ist, dass die Einstufung der Krankheit als Pandemie durch die Weltgesundheitsorganisation nichts über die Schwere oder die erforderlichen Maßnahmen in Bezug auf die Krankheit aussagt. Hierzu führt das RKI aus:



„Die Schwere war nie ein Kriterium für die Definition des Pandemiebeginns (Ausrufung der Phase 6). Das wäre auch problematisch. Über die Schwere der Erkrankung in der Bevölkerung gibt es zu Beginn einer Pandemie keine ausreichenden und aussagekräftigen Daten. Zudem kann die Schwere zwischen einzelnen Regionen oder Staaten unterschiedlich sein, und sie kann sich im Laufe der Zeit ändern. Aber natürlich spielt die Schwere eine wichtige Rolle für die Entscheidung über situationsangemessene Maßnahmen.“

<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Pandemie/FAQ20.html>

Das bedeutet, dass der Pandemiefall letztlich nur die Aufmerksamkeit auf einen Krankheitserreger oder eine Erkrankung legt, die in mehreren Regionen festgestellt worden ist, ob und ggf. in welchem Umfang

Maßnahmen erforderlich sind, lässt sich aus dieser Einschätzung nicht ableiten.

Nach Angaben des Robert Koch-Instituts (im Folgenden RKI) verlaufen indes 81 % der Erkrankungen mild. Bei etwa 5% sei der klinische Verlauf kritisch.



https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText4

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Nach den Informationen des RKI gab es am 3. Mai 2020 in Deutschland 162.496 bestätigte Infektionsfälle, davon galten 130.600 Menschen nach den Schätzungen des RKI als genesen und 6.649 sind verstorben. D.h. zu dem Zeitpunkt waren lediglich 25.247 Menschen in Deutschland infiziert und ggf. krank – bei 83,02 Millionen Einwohner*innen.

<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4> (abgerufen am 3. Mai 2020).

In Hessen waren nach den Zahlen des RKI am 27. April 2020 lediglich 8.524 Menschen infiziert, von denen 6.700 als genesen gelten und 370 verstorben sind. Damit waren in Hessen zum Zeitpunkt der Geltung der verfahrensgegenständlichen Verordnung lediglich 1.454 Menschen infiziert.

<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4> (abgerufen am 27. April 2020)

Wie hoch die Dunkelziffer ist, ist unbekannt. Der RKI-Präsident *Wieler* glaubt zwar, dass die Dunkelziffer in Deutschland nicht besonders hoch sei, sagt aber auch, dass die Hälfte der Infizierten gar nicht an COVID-19 erkrankte und man diese somit „nicht sehe“.

https://www.deutschlandfunk.de/covid-19-wie-hoch-die-dunkelziffer-bei-den-coronavirus.1939.de.html?drn:news_id=1114974

Bei der Influenza geht das RKI von 0,1 bis 0,2 % aus, wohingegen die Virologin *Ulrike Protzer* von einer Sterblichkeit von 0,5 bis 8 % ausgeht. Hintergrund der unterschiedlichen Zahlen ist der, dass bei der Grippe die sog. Übersterblichkeit – das heißt, es wird nur geschaut, wie viele Menschen mehr während der Grippesaison sterben als in den restlichen Monaten des Jahres – gemessen wird, wohingegen im aktuellen Fall des SARS-CoV-2 Virus der Blick auf die Sterblichkeit bei gesicherten Infektionsfällen gerichtet wird.

<https://www.br.de/nachrichten/wissen/faktenfuchs-was-ist-gefaehrlicher-corona-oder-grippe,RtUiWta>

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/Influenza/FAQ_Liste.html; <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2018.pdf>

In Bezug auf die Frage der Sterblichkeit ging der Wissenschaftler für Künstliche Intelligenz *Prof. Dr. Ralf Otte* schon am 7. April 2020 davon aus, dass mit einer Infektionssterblichkeit von deutlich unter 0,1 % zu rechnen sei (**Anlage 1**).

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Seine Einschätzung zum Ende der Epidemie, die in Essay-Form am 15. Juni 2020 veröffentlicht wurde, wird ebenfalls zur Akte gereicht (**Anlage 2**). In dem vorgenannten Interview am 7. April legte er bereits dar, dass es seinen Berechnungen nach keinen „Sturm“ auf die Krankenhäuser geben werde. Er erläutert, dass der fallzahlenabhängige R-Wert kein valider Wert ist und durch einen robusten – fallzahlenunabhängigen R-Wert ersetzt werden müsste. Ferner erklärte er, dass in der öffentlichen Diskussion die **Fallsterblichkeit** mit der **Infektionssterblichkeit** verwechselt wurde. Unter anderem führt er in dem vorgenannten Essay, in dem bewusst auf wissenschaftliche Sprache verzichtet wurde, um es für die Allgemeinheit verständlich zu machen, aus:

2 - Der Supergau der Krise, die Verwechslung von Fallsterblichkeit und Infektionssterblichkeit

Unsere Politiker und Virologen sprachen im Februar und noch März davon, dass es alleine in Deutschland bis zu 250.000 Tote geben könnte, oder gar Millionen! Doch auf Basis welcher Zahlen? Verwechselten Virologen und Mediziner oder nur die Medien etwa Fallsterblichkeit mit Infektionssterblichkeit? Wie auch immer, es war medial gesehen der Supergau der Krise. Wie war dieser schlimmste aller Fehler passiert? Auch das nur kurz erzählt: Man sah nach China, fand dort 3.226 Tote und 80.881 Infizierte (lt. worldometers.info vom 17.3.) und dividierte beides miteinander (3.226/80.881). Der Quotient lag bei 0,04, also hatte man eine Fallsterblichkeit von ca. 4 Prozent berechnet. Und man dachte, in Deutschland könnten sich - wenn die Maßnahmen nicht so rigoros wie in China wären - zig Millionen Menschen infizieren, was bei einer Sterblichkeit von 4 Prozent zu horrenden Todeszahlen führen würde. Überall wurde im März über solche Szenarien gesprochen. Doch diese Schätzungen waren grundfalsch! Niemals hätten diese Zahlen in die Medien gelangen dürfen, denn wer sollte das überblicken? Es war ziemlich unglücklich gelaufen. Ich schrieb am 13. April an Herrn Wieler, den Präsidenten des RKI, und beschwerte



Um der Angst der Menschen entgegen zu wirken, gab ich im o.g. Interview in den Diesbach-Medien bereits eine eigene Prognose zur Sterblichkeit ab. Egal, ob die Fallsterblichkeit von einem auf drei Prozent steigen würde, die Infektionssterblichkeit wird am Ende der Epidemie auf unter 0,1 Prozent fallen, führte ich aus. Wir schätzten damals, dass weniger als einer von tausend Infizierten an Covid-19 versterben würde. Die Verwechslung von Fallsterblichkeit mit Infektionssterblichkeit hatte das politische Geschehen jedoch bereits überrollt. Eine Abwärtsspirale riesigen Ausmaßes begann. Wurde hier mit verwechselten Zahlen ein ganzes Land verunsichert? Wieler antwortete in einem Brief vom 26. Mai, dass man die Fallsterblichkeit (aktuell 4,7 Prozent) mindestens um den Faktor 11 bis 20 dividieren muss, um sich der Infektionssterblichkeit anzunähern, wir sagen dazu, ja, mindestens. Besser wäre jedoch, es wäre früher und vor allem lauter gesagt worden. Aus meiner Sicht die größte Zahlenpanne der Krise.

mich nachdrücklich darüber, dass er diesen falschen Prognosen der Virologen und Politiker nicht kraft seines Amtes widersprach.

Um der Angst der Menschen entgegen zu wirken, gab ich im o.g. Interview in den Diesbach-Medien bereits eine eigene Prognose zur Sterblichkeit ab. Egal, ob die Fallsterblichkeit von einem auf drei Prozent steigen würde, die Infektionssterblichkeit wird am Ende der Epidemie auf unter 0,1 Prozent fallen, führte ich aus. Wir schätzten damals, dass weniger als einer von tausend Infizierten an Covid-19 versterben würde. Die Verwechslung von Fallsterblichkeit mit Infektionssterblichkeit hatte das politische Geschehen jedoch bereits überrollt. Eine Abwärtsspirale riesigen Ausmaßes begann. Wurde hier mit verwechselten Zahlen ein ganzes Land verunsichert? Wieler antwortete in einem Brief vom 26. Mai, dass man die Fallsterblichkeit (aktuell 4,7 Prozent) mindestens um den Faktor 11 bis 20 dividieren muss, um sich der Infektionssterblichkeit anzunähern, wir sagen dazu, ja, mindestens. Besser wäre jedoch, es wäre früher und vor allem lauter gesagt worden. Aus meiner Sicht die größte Zahlenpanne der Krise.

Wieso hat unser Land eigentlich keinen Thinktank, wo Wissenschaftler oder Ingenieure ungefragt ihre Ideen einreichen dürfen, auch wenn sie noch so befremdlich klingen? Wir schätzten beispielsweise, dass die SARS-Cov-2 Infektion spätestens ab einer Durchseuchung von 20 Prozent der Bevölkerung zum Stillstand kommt, unter anderem, weil nicht alle Infizierten gleich aktiv sind. In Deutschland käme die Epidemie also spätestens ab 16 Millionen Infizierten zum Stillstand und wir rechneten ja bereits im März mit Millionen Infizierten. Von diesen 16 Millionen Infizierten könnten 0,1 Prozent oder maximal 0,2 Prozent ursächlich an SARS-Cov-2 versterben, nahmen wir weiter an. In Deutschland lag das Risiko also aus unserer Sicht bei maximal 32.000 Covid-19-Toten, wenn das Gesundheitssystem dem Ansturm der Kranken standhält. Natürlich kommen andere bei anderen Annahmen völlig berechtigt zu anderen Zahlen, aber wieso hört die Politik bei Maßnahmen mit Folgen unvorstellbaren Ausmaßes auf eine Handvoll Wissenschaftler, wo jeder, wirklich jeder weiß, dass Fachleute sich niemals einig sind. Wir scheitern in die größte Krise seit dem 2. Weltkrieg und niemand nutzt die geballte Intelligenz unseres Landes. Wozu lehren wir die Auswertung von Daten, wenn in einer Krise, wo dieses Wissen so dringend gebraucht wird, federführend nur Menschen gehört werden, deren Beruf es eben gerade nicht ist, Prognosen professionell durchzuführen. Dies kann ich bis heute nicht verstehen.

<https://www.wnoz.de/Prof-Otte-Warum-die-Epidemie-in-Deutschland-vorbei-ist-16bab69-31ed-46fc-bb00-f590eb64bb24-ds>

Ferner wird auch sein Gastbeitrag vom 15. Juni 2020 in der Thüringer Landeszeitung zur Akte (Anlage 3) gereicht.

Das vorausgeschickt folgen nun Ausführungen zur Verhältnismäßigkeit, in deren Rahmen auch zur besondere Rolle des RKI und zur Datenlage vorgetragen wird. Hieraus wird ersichtlich, dass die beanstandete Maßnahme einer Überprüfung des von Verfassungswegen gebotenen Übermaßverbots nicht standhalten kann. Der Grundrechtseingriff kann mithin nicht gerechtfertigt werden, sodass die hier verfahrensgegenständliche Bestimmung nicht angewendet werden kann.

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

a.

Überblick über die Datenlage

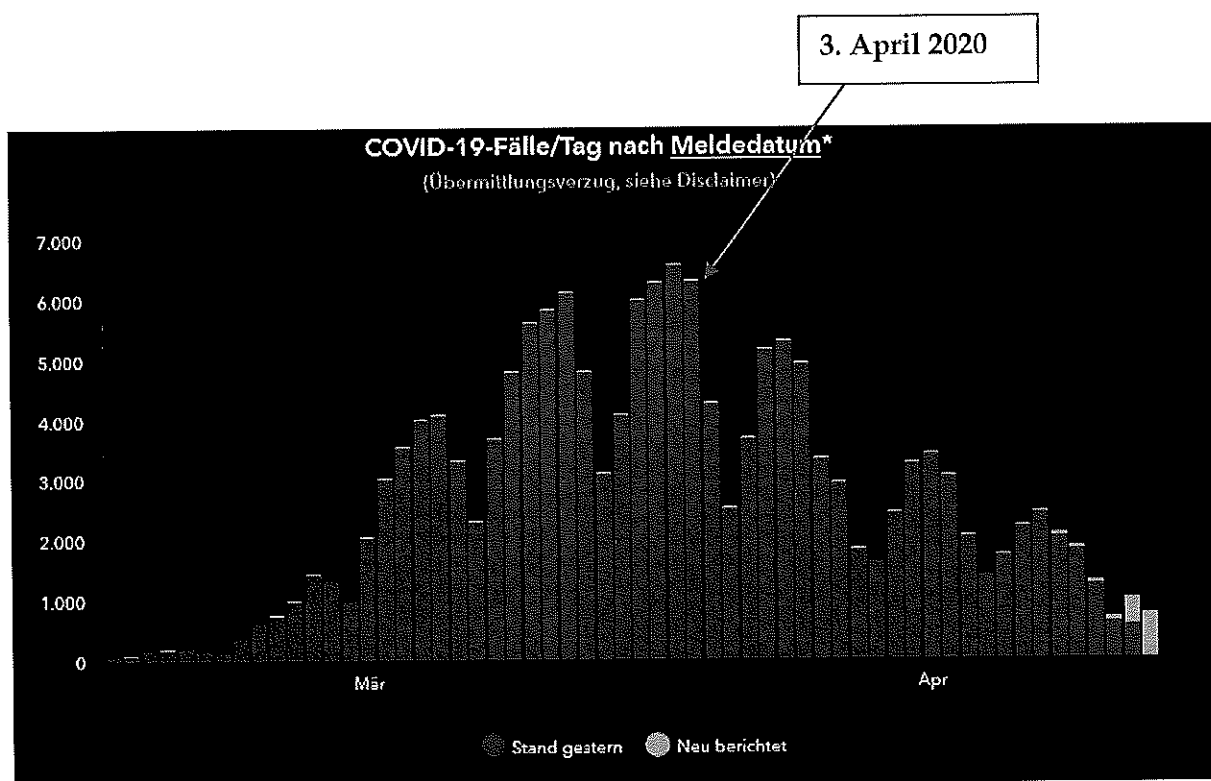
Die vom Robert Koch-Institut vermutete Gefahrenlage hat sich erfreulicherweise zu keinem Zeitpunkt realisiert.

Professor Christof Kuhbandner, Lehrstuhlinhaber an der Universität Regensburg für Pädagogische Psychologie, hat hierzu - nur in Auszügen und mit diesseits aktualisierten Graphiken und Ergänzungen - sinngemäß, zum Teil wörtlich folgende Angaben gemacht:

Zu keinem Zeitpunkt sind die Zahlen der Personen, bei denen eine Infektion mit dem Sars-CoV-2-Virus festgestellt worden sind, exponentiell gestiegen; zu keinem Zeitpunkt sind die Zahlen der verstorbenen Personen exponentiell gestiegen; zu keinem Zeitpunkt ist die medizinische Versorgung auch nur im Ansatz am Rande einer Belastungsgrenze gewesen.

Soweit der Ordnungsgeber beabsichtigen sollte, vorzutragen, dass dies auf die getroffenen Maßnahmen zurückzuführen sein sollte, wird im Folgenden nachgewiesen, dass der Rückgang bereits vor den getroffenen Maßnahmen zu verzeichnen war.

Betrachtet man zunächst die typische Graphik zum Anstieg in den Neuinfektionen an, wie sie zum Beispiel seit langem im Dashboard des RKI dargestellt wird, erkennt man, dass die Zahlen offenbar seit mindestens dem 3. April sinken (Stand: 29. April 2020):



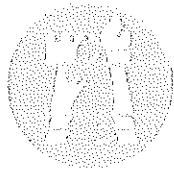
Bei der hier dargestellten Graphik im Dashboard des RKI entspricht das Datum dem sogenannten Meldedatum, also dem Zeitpunkt, wann der Fall dem Gesundheitsamt bekannt geworden ist.

Entscheidend ist indes die Zahl der Neuinfektionen pro Tag. Wichtig ist der Zeitpunkt, zu dem sich eine Person mit dem SARS-Cov-2-Virus infiziert hat. Zu dem Zeitpunkt, zu dem ein Fall dem Gesundheitsamt bekannt wird, hat sich die Person nicht neu infiziert. Laut RKI vergehen zwischen dem Zeitpunkt der Ansteckung – also dem eigentlichen Zeitpunkt der Neuinfektion – und der Ausprägung von ersten Symptomen im Schnitt 5-6 Tage. Da Menschen nicht sofort schon bei den ersten Symptomen zur Ärztin gehen, vergehen dann nochmals oft mehrere Tage bis eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht wird, der dann gegebenenfalls einen Test macht, dessen Ergebnis dann oft erst ein oder

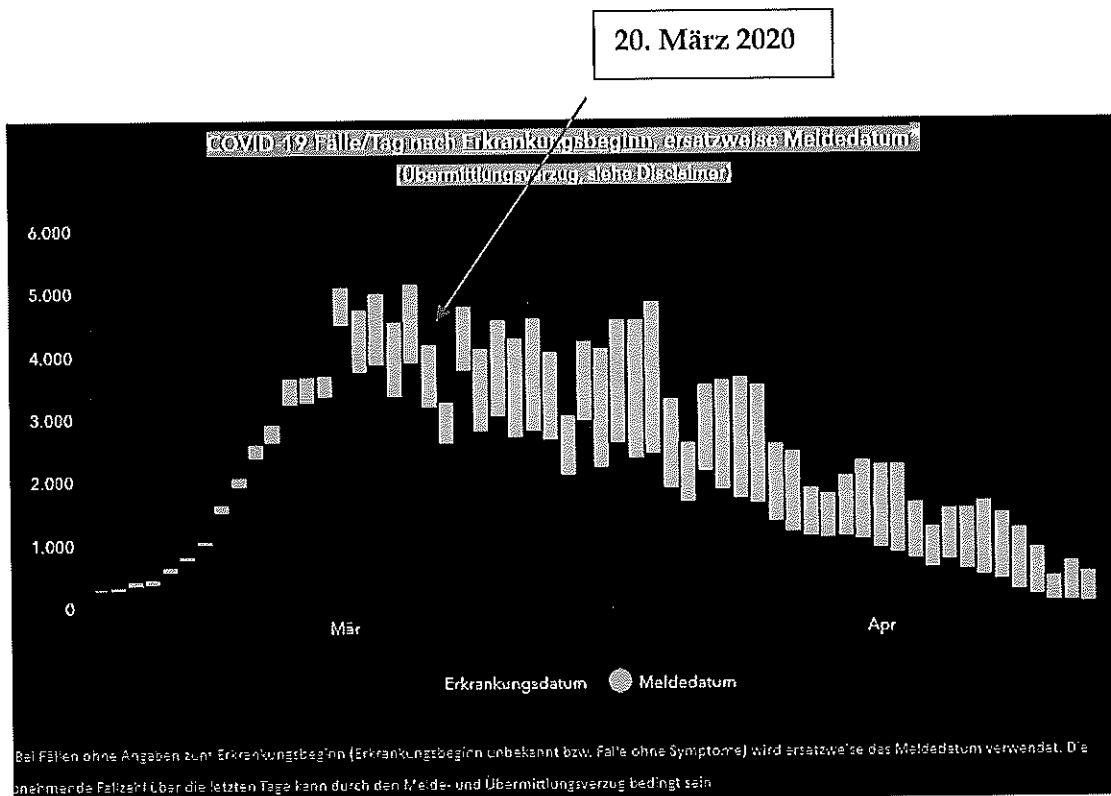
manchmal sogar zwei Tage später vorliegt. Die obige Graphik hinkt also dem wahren Zeitpunkt der Neuinfektion deutlich hinterher.

Deshalb findet sich im Dashboard des RKI inzwischen eine weitere Graphik. Dort wird die Anzahl an Neuinfektionen pro Tag nach dem Datum des Erkrankungsbeginns gezeigt – also dem Tag, an dem erste Krankheitssymptome ausgebildet wurden.

Der Erkrankungsbeginn ist inzwischen bei der Mehrheit der labordiagnostisch bestätigten Fälle bekannt (blauer Balken). Für den zeitlichen Verlauf der Neuinfektionen ergibt sich dann das folgende Bild (die blauen Balken zeigen den Verlauf der Neuinfektionen festgemacht am Erkrankungsbeginn):



Rechtsanwältin Jessica Hamed

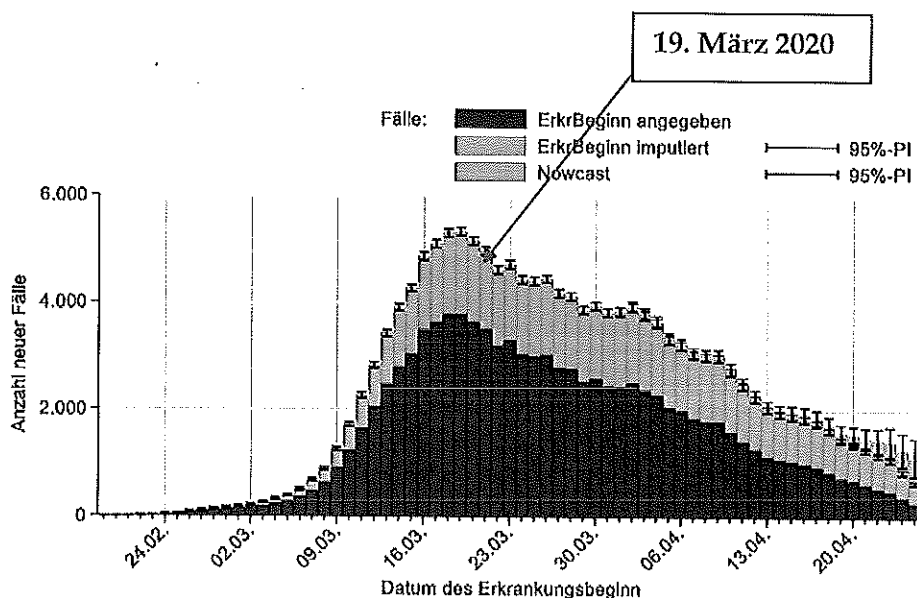


Ein Rückgang in den täglichen Neuinfektionen findet sich also in Wirklichkeit bereits weitaus früher. Um den genauen Zeitpunkt zu bestimmen, kann man noch die gelben Balken einbeziehen. Die gelben Balken entsprechen den Fällen, bei denen der Erkrankungsbeginn nicht bekannt ist. Diese sind deswegen nach wie vor am Meldedatum festgemacht.

Das bedeutet aber, dass bereits nach den Zahlen des RKI die Zahl der Erkrankungen seit dem 20. März nicht mehr steigt. Mithin haben die zum 23. März erstmalig getroffenen verschärften Maßnahmen keinen Einfluss auf das Abebben der Kurve.

Bereits an dieser Stelle dürfte aus verfassungsrechtlicher Sicht zweifelhaft sein, ob jegliche Maßnahmen überhaupt noch zulässig waren.

Um den Erkrankungsbeginn derer abschätzen zu können, von denen nur die Meldezahl bekannt ist, kann man – basierend auf den Fällen, bei denen man den Erkrankungsbeginn weiß – das wahrscheinlichste Erkrankungsdatum zuordnen (Fachbegriff: „Imputation“). In den täglichen Lageberichten vom RKI wird das in dieser Weise gemacht, um den wahren Verlauf der Neuinfektionen besser abschätzen zu können. Dann sieht die Graphik folgendermaßen aus (die Höhe der grauen Balken zeigt den mit Hilfe der Imputation geschätzten wahren Verlauf, festgemacht am Erkrankungsbeginn, Lagebericht vom 29. April):



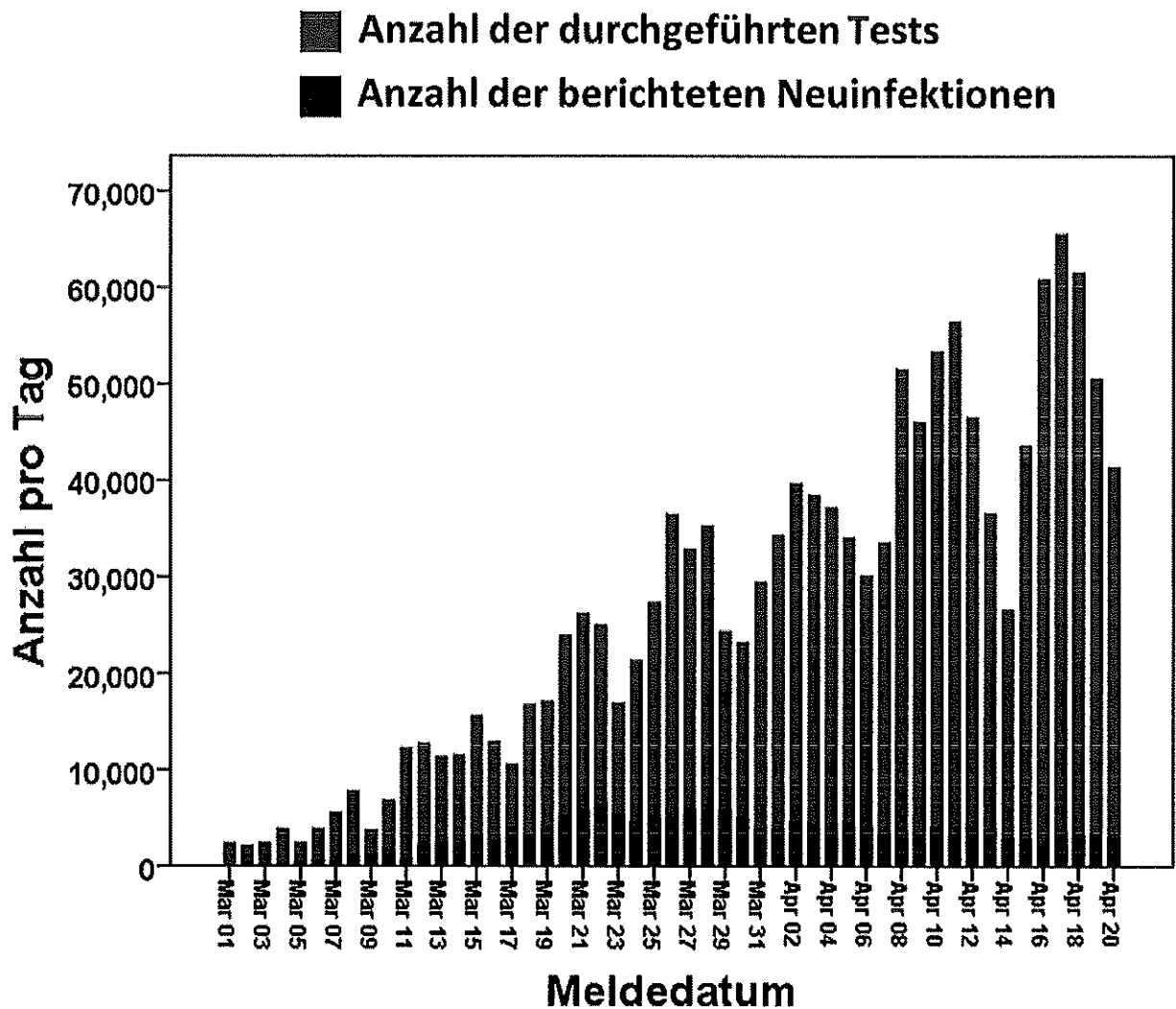
Demnach sinkt die Anzahl der täglichen Neuinfektionen in Wirklichkeit schon mindestens seit dem 19. März 2020. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das Datum in dieser Graphik dem Zeitpunkt der Ausbildung von ersten Krankheitssymptomen entspricht. Wie bereits beschrieben, liegen aber zwischen dem Zeitpunkt der Ansteckung – dem Zeitpunkt der wirklichen Neuinfektion – und dem Zeitpunkt der Symptombildung noch einmal 5-6 Tage. Die obige Verlaufskurve muss also noch einmal um 5-6 Tage zeitlich zurückgeschoben werden, und damit sinken die Neuinfektionen in Wirklichkeit bereits schon mindestens seit dem 13.-14. März.

Spätestens mit dieser Erkenntnis bestand keinerlei verfassungsrechtliche Rechtfertigung mehr für einen Eingriff.

Diesen Aspekt sollte vertieft betrachtet werden. Über die Zeit hinweg hat nämlich nicht nur die Anzahl der berichteten täglichen Neuinfektionen zugenommen, sondern auch die Anzahl der täglich durchgeführten Coronavirus-Tests. Wenn es aber eine hohe Dunkelziffer an zwar infizierten aber aufgrund der zu geringen Testanzahl nicht entdeckten Personen gibt – was beim Coronavirus laut mehreren Studien der Fall ist – hat das erhebliche Konsequenzen: Dann findet man mit der zunehmenden Anzahl an Tests auch zunehmend mehr Neuinfektionen – obwohl die Anzahl der Neuinfektionen womöglich gar nicht zugenommen hat oder in Wirklichkeit sogar zurückgegangen ist.



Rechtsanwältin Jessica Hamed



Zu alledem: <https://www.uni-regensburg.de/pressearchiv/pressemitteilung/1064701.html> ;
<https://www.heise.de/tp/features/Von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-Begrueundung-der-Corona-Massnahmen-4709563.html?seite=2>

Professor Kuhbandner erklärt seine Ausführung anhand eines einfachen Vergleichs weiter:

„Nehmen wir an, in einem Garten werden jeden Tag zehn Eier versteckt (die wahre Anzahl an Neuinfektionen). Am ersten Tag dürfen die Kinder nur eine Minute suchen und sie finden ein Ei, am zweiten Tag dann zwei Minuten und sie finden zwei Eier, und am dritten Tag dürfen sie vier Minuten suchen und sie finden vier Eier (die Erhöhung der

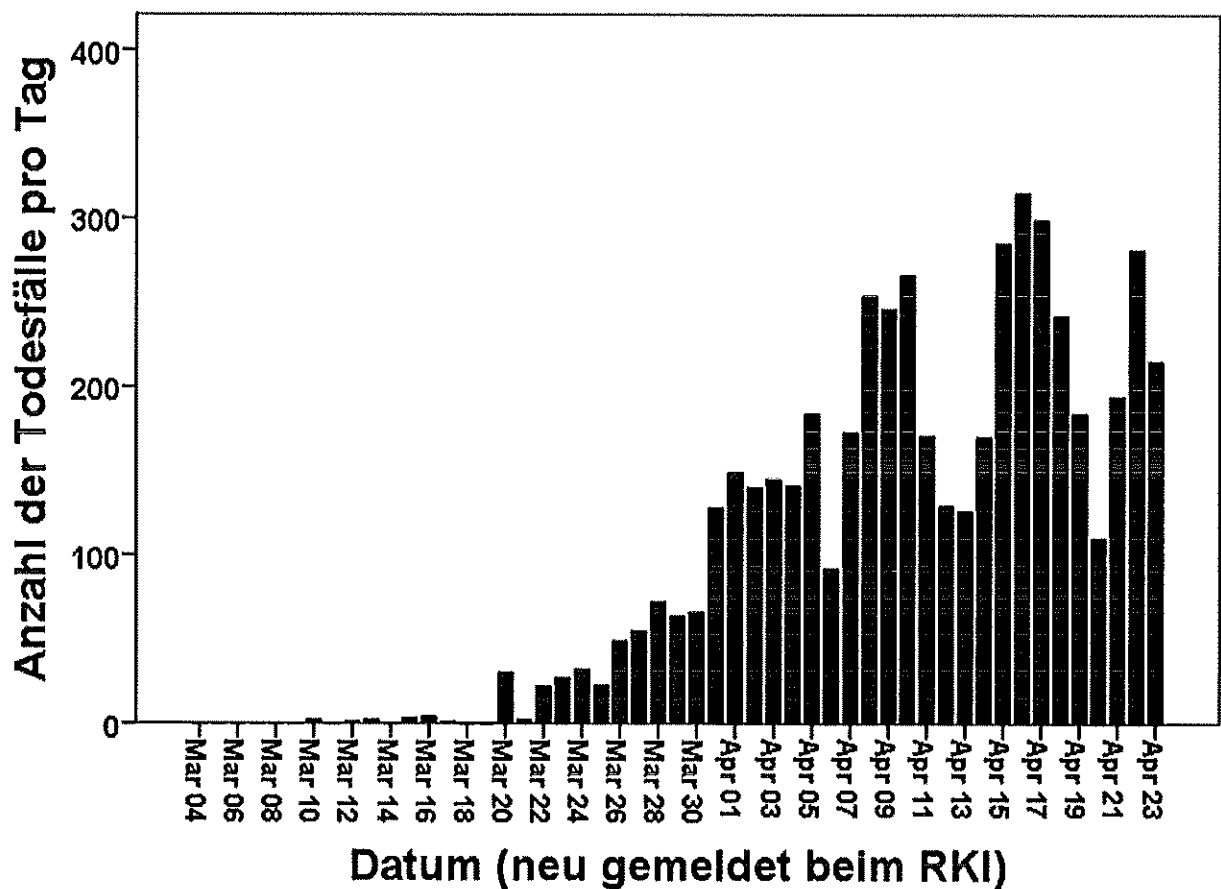
Anzahl der Tests über die Zeit). Die Kinder könnten nun den irreführenden Eindruck gewinnen, dass sie jeden Tag exponentiell mehr Eier (Neuinfektionen) im Garten versteckt sind, weil sie ja jeden Tag exponentiell mehr Eier finden. Aber das ist natürlich eine problematische Interpretation, denn in Wirklichkeit waren ja immer gleich viele Eier (Neuinfektionen) im Garten versteckt, und die erhöhte Anzahl an gefundenen Eiern (Neuinfektionen) geht nur auf die erhöhte Anzahl an Suchversuchen (Coronavirus-Tests) zurück.“



<https://www.heise.de/tp/features/Von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-Begrueundung-der-Corona-Massnahmen-4709563.html?seite=2>

Weiter ist, soweit es sich um das Schutzgut Leib und Leben handelt, zu prüfen, wie das zu den damaligen aktuelleren Berichten passt, dass die Anzahl der Todesfälle in der Woche vom 13.-17. April noch einmal so stark gestiegen sei. So sagte der RKI-Vizepräsident *Lars Schaade* auf einer Pressekonferenz am 21. April: “In der letzten Woche haben wir zudem den bisher größten Anstieg bei der Zahl der Todesfälle gesehen. Am 16.4.2020 waren es 315 neu übermittelte Todesfälle an einem Tag.”

Hier gibt es einen ersten sehr zu beachtenden Aspekt: Auch hier zeigt eine genauere Betrachtung, dass die Zahlen zum Verlauf der Todesfälle irreführend dargestellt und interpretiert werden. Um das dahintersteckende Problem sehen zu können, muss man sich zunächst die übliche Darstellung des Verlaufs der Todesfälle ansehen. In der folgenden Abbildung sieht man beispielsweise den Verlauf der Todesfälle in Deutschland entsprechend der Daten des European Center for Disease Prevention and Control (ECDC, Stand 23.04.2020):

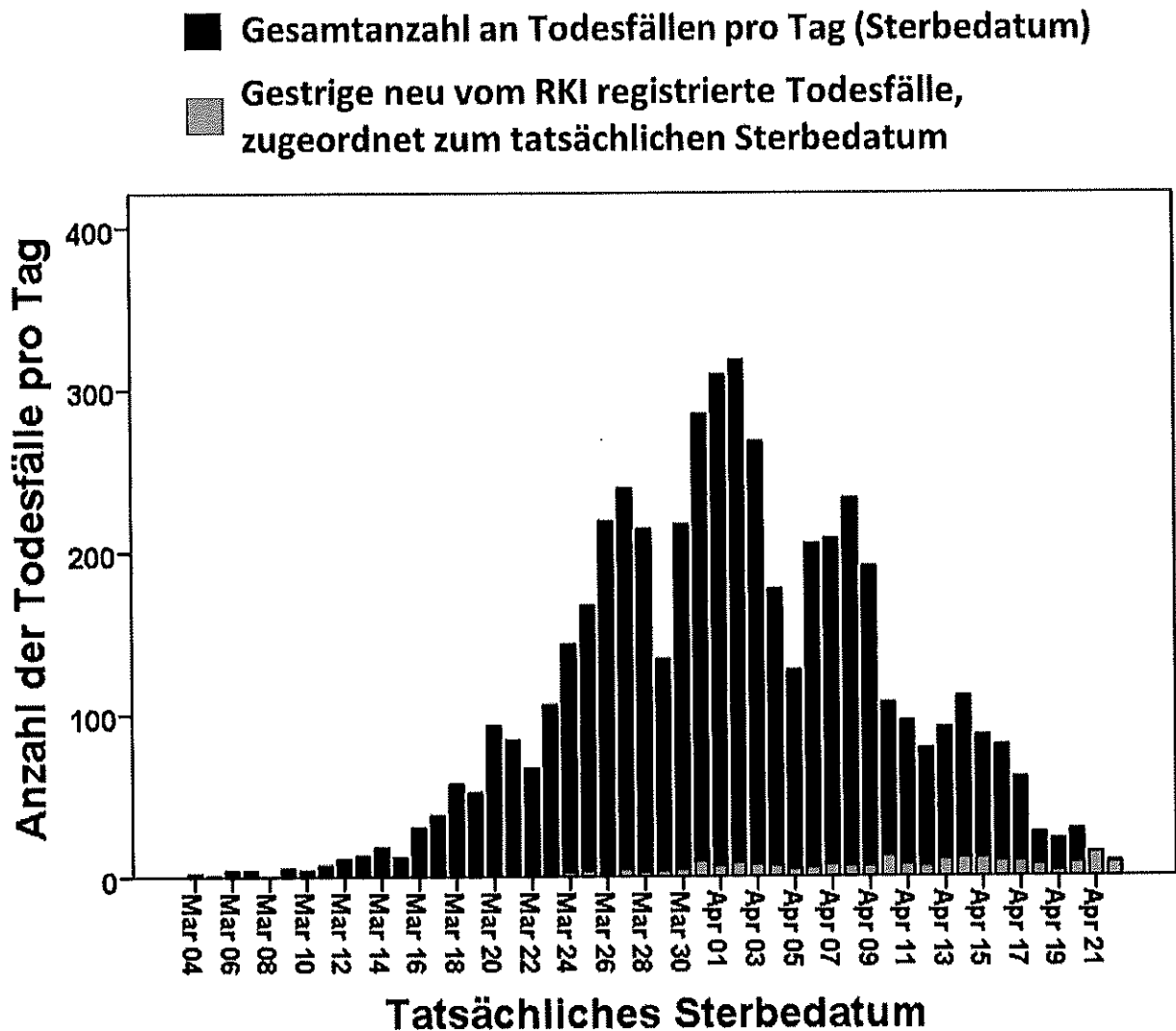


<https://www.heise.de/tp/features/Von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-Begrueundung-der-Corona-Massnahmen-4709563.html?seite=4>

Was die Graphik zeigt, ist die Anzahl der Todesfälle, die an einem bestimmten Tag dem RKI neu gemeldet wurde.

Es ist aber zu beachten, dass es bei den Todesfällen einen sehr großen Meldeverzug von 14 Tagen und mehr gibt. Das heißt: Kaum einer der an einem bestimmten Tag neu gemeldeten Todesfälle ist auch an diesem Tag geschehen, sondern in Wirklichkeit zu irgendeinem Zeitpunkt in den 14 Tagen vorher. Beispielsweise sind laut dem öffentlich verfügbaren Datensatz vom RKI von den am 16. April 2020 verstorbenen Personen – dem bisherigen Maximum – nur 5% auch an dem Tag verstorben, und auch nur überhaupt 25% in der Woche davor.

Zeichnet man nun eine Graphik zum Verlauf der Todesfälle basierend auf dem tatsächlichen Sterbedatum (laut Meldung beim Gesundheitsamt), zeigt sich ein völlig anderer Verlauf (Stand 23.04.2020):



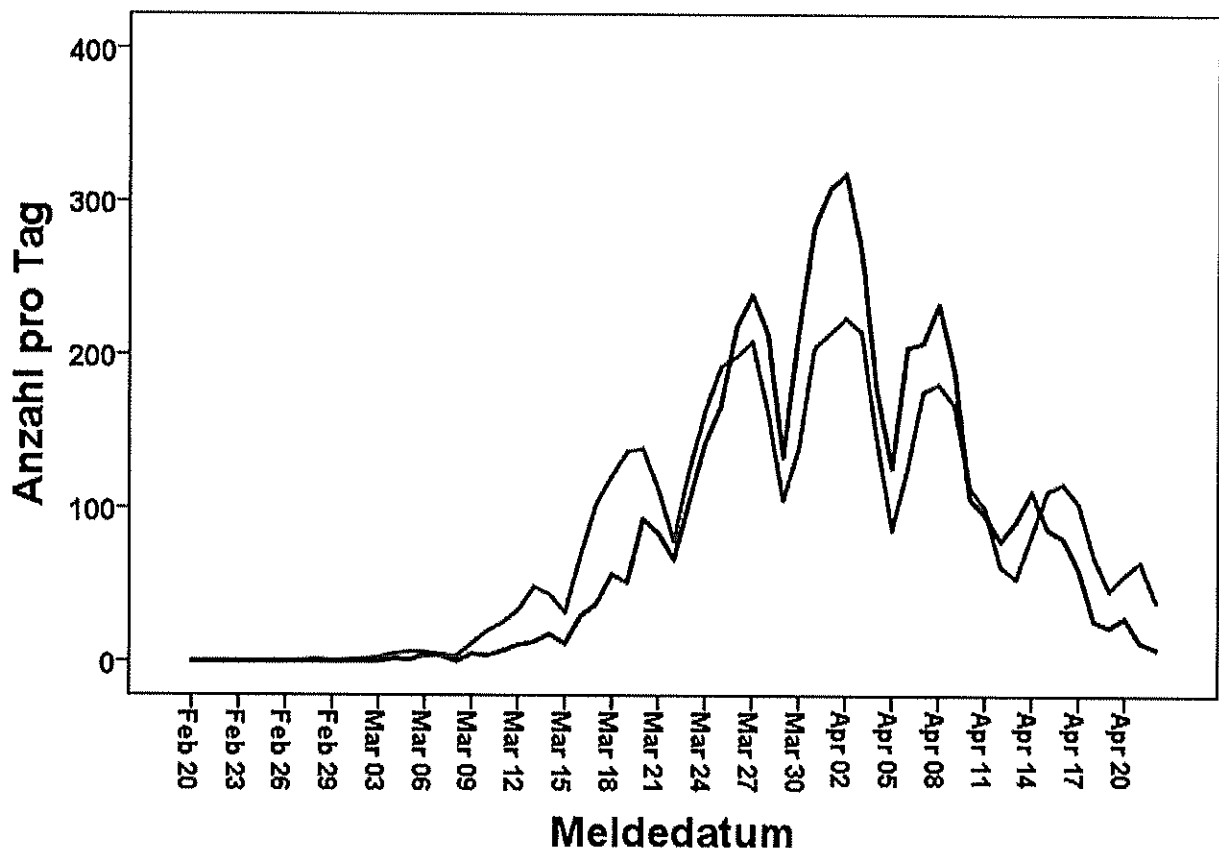
Die übliche Art der Darstellung der Todesfälle im Sinne der neu hinzugekommenen Todesfälle pro Tag verbirgt also, dass die Anzahl der Todesfälle in Wirklichkeit bereits seit dem 2. April 2020 sinkt.

Der Zeitpunkt des Rückgangs der Todesfälle passt mit der Ermittlung des wahren Verlaufs der Neuinfektionen überein. Laut Studien liegen zwischen dem Zeitpunkt der Infektion und dem Zeitpunkt des Todes im

Schnitt ungefähr 24 Tage, was relativ gut zu den jeweiligen Schätzungen passt.

Es gibt aber noch einen frappierenden zweiten Punkt. Um diesen zu sehen, muss man sich die Verlaufskurven für die Neuinfektionen und die Todesfälle im Vergleich ansehen. Um die beiden Kurven gut vergleichen zu können, ist in der folgenden Graphik die Anzahl der Neuinfektionen über die aktuelle Sterberate auf das Niveau der Anzahl der Todesfälle gebracht. Das heißt praktisch: Die Verlaufskurve der Neuinfektionen wird so gezeichnet, dass sie zeigt, wie viele Personen irgendwann später daran sterben sollten laut der Sterberate. Dann zeigt sich folgendes Bild:

— Verlaufskurve Neuinfektionen
— Verlaufskurve Todesfälle



Hier zeigt sich ein sehr eigenartiges Muster: Die Anzahl der Neuinfektionen und die Anzahl der Todesfälle steigt und sinkt praktisch fast exakt parallel. Aus biologischer Perspektive ist das eigentlich

unmöglich, denn laut Studien liegen zwischen der Ausbildung von ersten Krankheitssymptomen und dem Todeszeitpunkt 18 Tage. Selbst wenn man also annimmt, dass ein Test erst acht Tage nach der Symptombildung durchgeführt wird, sollte damit die Kurve der Todesfälle der Kurve der Neuinfektionen um 10 Tage hinterherhinken. Die einzige vernünftige Erklärung für das Fehlen einer zeitlichen Verzögerung zwischen Neuinfektionen und Todesfällen könnte sein, dass viele der Verstorbenen erst kurz vor bzw. nach dem Tod auf das Coronavirus getestet wurden. Das impliziert aber dann zwei Möglichkeiten:

Möglichkeit A: Die verstorbenen Personen sind wirklich am Coronavirus verstorben. Das hieße aber dann, dass man schon 10 Tage vorher exakt dieselbe Wachstumskurve bei den Neuinfektionen gefunden hätte, wenn man da auch schon entsprechend getestet hätte. In anderen Worten: Hätte man den Coronavirus-Test 10 Tage früher entwickelt und dann 10 Tage früher mit dem Testen angefangen, dann hätte man auch da auch schon einen vergleichbaren – durch die Testanzahl dramatisch nach oben verzerrten – Anstieg in den Neuinfektionen gefunden.

Möglichkeit B: Die verstorbenen Personen haben sich mit dem Coronavirus erst kurz vor ihrem Tod infiziert und sind in Wirklichkeit gar nicht daran verstorben. Das hieße aber, dass beide Verlaufskurven in Wirklichkeit dasselbe abbilden: Einen durch die Testanzahl dramatisch nach oben verzerrten Anstieg in den Neuinfektionen.

Ein wichtiger weiterer Punkt: Man kann sich noch die Frage stellen, wie der Befund, dass die Anzahl der Coronavirus-Neuinfektionen in Wirklichkeit nur gering gestiegen ist, zu den Berichten passt, dass Intensivstationen überfüllt sind, oder zu Bildern aus Italien oder New York, in denen Särgen von Verstorbenen in Kirchen oder Kühlhäusern gestapelt werden mussten. Dies hat sogar Expert*innen zu der Annahme gebracht, dass solche Szenarien in vielen Ländern auftreten können,

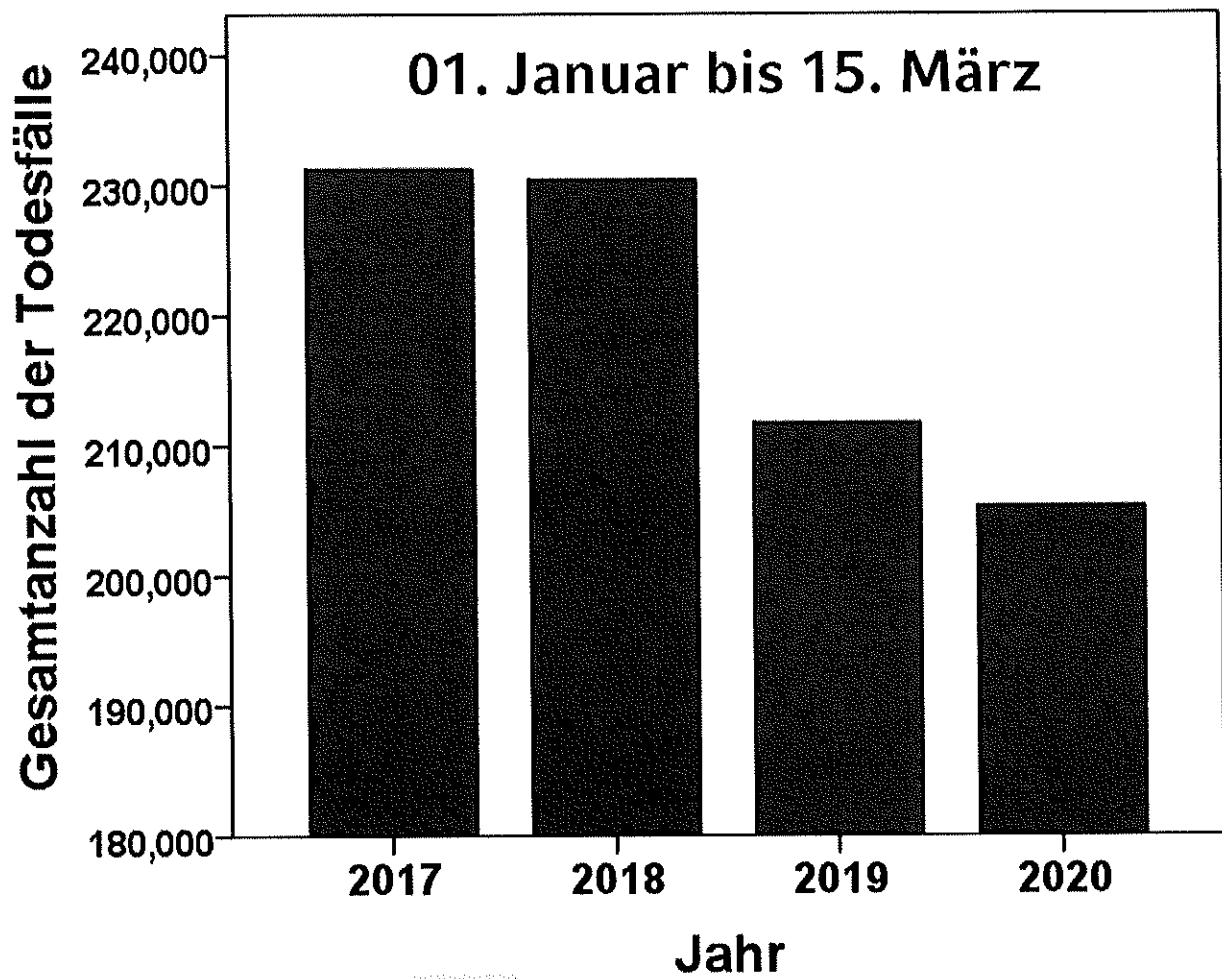
wenn keine Gegenmaßnahmen gegen die Übertragung des Coronavirus ergriffen werden.

Dies alles aus: [https://www.heise.de/tp/features/Von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-Begründung-der-Corona-Massnahmen-4709563.html?seite=4](https://www.heise.de/tp/features/Von-der-<u>fehlenden-wissenschaftlichen-Begründung-der-Corona-Massnahmen-4709563.html?seite=4</u>)

Zunächst kann man hier die Lage in Deutschland betrachten: Laut dem Lagebericht des Robert Koch-Instituts vom 29. April 2020 waren an den 1.262 erfassten Klinikstandorten von den insgesamt 32.824 verfügbaren Intensivbetten 12.895 (39%) frei. Es gab in Deutschland also zumindest im Schnitt keine Überlastung der Intensivstationen. Dabei ist es auch zu jedem danach liegenden Zeitpunkt geblieben.

Auch in Bezug auf die Anzahl der Todesfälle gab es bisher für Deutschland keinerlei Hinweise darauf, dass eine besonders hohe Anzahl von Todesfällen zu verzeichnen wäre. Hier ist ein Vergleich mit früheren Jahren interessant. Bereits die Veröffentlichung des Statistische Bundesamts zur Gesamtanzahl der Todesfälle in Deutschland bis zumindest Mitte März im Vergleich zu den Vorjahren zeigte dies:

Rechtsanwältin Jessica Hamed



<https://www.heise.de/tp/features/Von-der-fehlenden-wissenschaftlichen-Begrueundung-der-Corona-Massnahmen-4709563.html?seite=5>
 Rechtsanwältin Jessica Hamed

Eine Übersterblichkeit ist nicht zu erkennen:

Stand: 29.05.2020

Sterbefälle nach Kalenderwochen und Altersgruppen in den Bundesländern 2016-2020 (Wohnort/Registrierort)

Insgesamt

Bundesland ¹	Jahr	Alter von ... bis unter ... Jahren ²	Kalenderwoche														
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Deutschland	2016	Insgesamt	18 467	18 439	18 627	18 707	18 493	18 541	18 483	18 475	18 927	18 888	18 971	18 826	18 617	18 745	17 712
Deutschland	2017	Insgesamt	20 918	22 070	21 236	22 083	23 640	22 745	22 693	22 267	20 930	19 102	18 665	17 640	17 731	17 028	16 901
Deutschland	2018	Insgesamt	19 342	18 770	19 187	19 171	19 358	20 086	21 234	22 888	25 535	26 777	24 385	22 777	20 906	20 038	19 165
Deutschland	2019	Insgesamt	18 628	19 092	19 046	19 458	19 774	19 905	20 125	20 321	20 737	20 306	19 738	18 976	18 501	18 608	17 794
Deutschland	2020	Insgesamt	18 848	19 396	19 125	18 904	19 720	18 948	19 346	18 857	19 357	19 517	19 712	19 559	19 527	20 412	20 209
Deutschland	2016	0-65	2 852	2 845	2 693	2 791	2 801	2 927	2 790	2 841	2 855	2 879	2 855	2 881	2 854	2 751	2 686
Deutschland	2017	0-65	2 909	2 916	2 844	2 839	2 933	2 904	2 935	2 881	2 756	2 689	2 711	2 596	2 555	2 537	2 627
Deutschland	2018	0-65	2 780	2 774	2 812	2 762	2 781	2 718	2 934	3 110	3 334	3 440	3 156	3 024	2 788	2 911	2 714
Deutschland	2019	0-65	2 685	2 792	2 740	2 759	2 847	2 885	2 854	2 789	2 935	2 904	2 755	2 705	2 638	2 663	2 565
Deutschland	2020	0-65	2 719	2 765	2 796	2 633	2 754	2 704	2 749	2 672	2 694	2 701	2 701	2 741	2 693	2 719	2 712
Deutschland	2016	65 u. mehr	15 615	15 594	15 934	15 916	15 692	15 614	15 693	15 634	16 072	16 009	16 116	15 945	15 763	15 494	15 026
Deutschland	2017	65 u. mehr	18 009	19 154	18 392	19 244	20 707	19 841	19 748	19 386	18 174	16 413	15 954	15 044	15 176	14 491	14 274
Deutschland	2018	65 u. mehr	16 562	15 996	16 375	16 409	16 777	17 368	18 320	19 778	22 201	23 337	21 229	19 753	18 118	17 127	16 451
Deutschland	2019	65 u. mehr	15 943	16 300	16 306	16 699	16 927	17 070	17 271	17 532	17 892	17 482	16 983	16 271	15 863	15 945	15 229
Deutschland	2020	65 u. mehr	16 119	16 631	16 329	16 271	16 966	16 244	16 797	16 185	16 663	16 816	17 011	16 818	16 834	17 693	17 497
Schleswig-Holstein	2016	Insgesamt	730	719	733	738	718	690	676	637	670	757	659	740	736	694	666
Schleswig-Holstein	2017	Insgesamt	678	724	728	703	805	867	873	859	846	691	735	674	662	652	644
Schleswig-Holstein	2018	Insgesamt	752	650	719	775	757	771	799	901	947	969	924	897	872	753	748
Schleswig-Holstein	2019	Insgesamt	661	641	683	695	672	701	690	724	684	695	685	684	687	659	595
Schleswig-Holstein	2020	Insgesamt	721	710	654	628	703	664	650	693	701	669	680	718	675	644	649
Schleswig-Holstein	2016	0-65	102	122	103	96	98	110	105	87	107	126	101	113	110	94	115
Schleswig-Holstein	2017	0-65	100	105	106	98	109	96	120	95	127	85	91	104	85	94	109
Schleswig-Holstein	2018	0-65	114	89	109	115	119	101	105	113	129	128	115	121	105	96	106
Schleswig-Holstein	2019	0-65	93	82	104	85	95	94	103	104	112	90	94	99	103	86	87
Schleswig-Holstein	2020	0-65	112	110	98	93	78	92	103	73	83	104	92	109	106	86	90
Schleswig-Holstein	2016	65 u. mehr	628	597	625	642	620	580	571	550	561	631	588	627	626	590	551
Schleswig-Holstein	2017	65 u. mehr	578	619	622	605	696	771	753	764	719	606	644	570	577	558	535
Schleswig-Holstein	2018	65 u. mehr	618	561	610	660	638	670	694	791	824	841	809	776	717	657	642
Schleswig-Holstein	2019	65 u. mehr	568	559	579	610	577	607	587	620	572	605	591	585	584	573	508
Schleswig-Holstein	2020	65 u. mehr	609	600	556	535	625	572	577	535	618	565	588	609	569	558	559

Stand: 29.05.2020

Sterbefälle nach Kalenderwochen und Altersgruppen in den Bundesländern 2016-2020 (Wohnort/Registrierort)

Insgesamt

Bundesland ¹	Jahr	Alter von ... bis unter ... Jahren ²	Kalenderwoche																											
			16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30													
Deutschland	2016	Insgesamt	16 775	17 053	16 901	17 629	16 601	16 286	16 346	15 799	15 717	16 910	15 699	16 229	16 172	16 985	16 157													
Deutschland	2017	Insgesamt	16 637	17 634	17 129	17 343	17 079	16 451	16 902	15 846	16 087	16 819	16 076	16 424	15 603	16 589	16 058													
Deutschland	2018	Insgesamt	17 992	17 093	16 789	17 226	16 488	16 513	17 039	16 714	15 582	15 843	16 569	16 622	16 070	16 702	18 340													
Deutschland	2019	Insgesamt	18 025	17 849	17 024	17 059	17 239	17 068	16 873	17 426	16 403	16 581	17 854	16 489	16 260	16 779	19 614													
Deutschland	2020	Insgesamt	18 952	18 111	17 312	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Deutschland	2016	0-65	2 647	2 615	2 631	2 761	2 526	2 503	2 631	2 579	2 453	2 773	2 473	2 706	2 558	2 693	2 516													
Deutschland	2017	0-65	2 491	2 777	2 652	2 655	2 592	2 567	2 618	2 585	2 518	2 679	2 460	2 532	2 482	2 531	2 533													
Deutschland	2018	0-65	2 714	2 602	2 583	2 595	2 484	2 582	2 561	2 610	2 493	2 546	2 620	2 550	2 520	2 540	2 699													
Deutschland	2019	0-65	2 599	2 582	2 518	2 474	2 556	2 546	2 507	2 605	2 541	2 561	2 714	2 548	2 378	2 554	2 711													
Deutschland	2020	0-65	2 562	2 519	2 438	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Deutschland	2016	65 u. mehr	14 128	14 438	14 270	14 868	14 075	13 783	13 715	13 220	13 264	14 137	13 226	13 523	13 614	14 292	13 621													
Deutschland	2017	65 u. mehr	14 146	14 857	14 477	14 688	14 487	13 884	14 284	13 261	13 569	14 140	13 616	13 892	13 121	14 058	13 525													
Deutschland	2018	65 u. mehr	15 278	14 491	14 206	14 631	14 004	13 931	14 478	14 104	13 089	13 297	13 949	14 072	13 550	14 162	15 641													
Deutschland	2019	65 u. mehr	15 426	15 267	14 506	14 585	14 683	14 522	14 366	14 821	13 862	14 020	15 140	13 941	13 882	14 225	16 903													
Deutschland	2020	65 u. mehr	16 390	15 592	14 874	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Schleswig-Holstein	2016	Insgesamt	661	640	650	651	609	599	579	621	570	637	557	531	565	622	559													
Schleswig-Holstein	2017	Insgesamt	626	678	645	649	636	592	651	600	602	589	600	594	563	605	620													
Schleswig-Holstein	2018	Insgesamt	641	688	633	656	618	597	627	593	582	618	632	614	601	648	712													
Schleswig-Holstein	2019	Insgesamt	616	677	646	633	576	616	577	628	567	595	625	617	603	615	596													
Schleswig-Holstein	2020	Insgesamt	645	642	585	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Schleswig-Holstein	2016	0-65	94	87	109	97	82	76	98	121	95	107	98	87	96	84	77													
Schleswig-Holstein	2017	0-65	81	92	93	88	93	92	95	91	89	86	92	92	87	100	86													
Schleswig-Holstein	2018	0-65	105	108	89	90	95	95	109	85	105	87	88	109	100	96	108													
Schleswig-Holstein	2019	0-65	80	88	95	104	85	106	95	95	83	73	103	102	101	82	94													
Schleswig-Holstein	2020	0-65	89	83	94	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
Schleswig-Holstein	2016	65 u. mehr	567	553	541	554	527	523	481	500	475	530	459	444	449	538	482													
Schleswig-Holstein	2017	65 u. mehr	545	586	552	561	543	500	556	509	513	503	508	502	476	505	534													
Schleswig-Holstein	2018	65 u. mehr	536	580	544	566	523	502	518	513	477	531	544	505	501	552	604													
Schleswig-Holstein	2019	65 u. mehr	536	589	551	529	491	510	482	533	484	522	522	515	502	533	502													
Schleswig-Holstein	2020	65 u. mehr	556	559	491	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Tabellen/sonderauswertung->

[sterbefaelle.html?nn=209016](#)

Hieraus ergeben sich folgende Summen der Gesamtsterblichkeit in Deutschland für KW 1 bis 17:

2016: 312.246

Im Vergleich zu 2016 sind 2020 in diesem Zeitraum 15.963 Menschen mehr gestorben



2017: 339.930 RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Im Vergleich zu 2017 sind 2020 in diesem Zeitraum 11.721 Menschen weniger gestorben

2018: 354.924

Im Vergleich zu 2018 sind 2020 in diesem Zeitraum 26.715 Menschen weniger gestorben



2019: 327.963

Im Vergleich zu 2019 sind 2020 in diesem Zeitraum 246 Menschen mehr gestorben

2020: 328.209 Rechtsanwältin Jessica Hamed

Mithin starben in der 1. bis zur 17. Kalenderwoche der Jahre 2016-2020 durchschnittlich 332.654 Menschen. Damit war 2020 mit 328.209 Toten bislang kein Jahr mit signifikanter Übersterblichkeit, sondern mit einer relativen Untersterblichkeit von 1,3%. Es ist davon auszugehen, dass sich auch mit Eingang der Zahlen für Mai 2020 keine neuen Erkenntnisse für eine Übersterblichkeit ergeben.

Professor *Siegwart Bigl*, Mediziner und Ehrenmitglied der sächsischen Impfkommision äußerte sich bereits am 23. April 2020 wie folgt:

„Für so drastische Maßnahmen fehlen schlichtweg die Zahlen. Dass man Patienten mit Vorerkrankungen und ältere Menschen in Kranken- und Pflegeeinrichtungen besonders schützt, ist völlig in Ordnung und erforderlich. Grippe und Coronaviren, das ist bekannt, gefährden Ältere besonders. Das Herunterfahren vieler Betriebe, die Schließung von Schulen und Kindergärten und sogar Ausgangsbeschränkungen – für all das gibt es aber aus medizinischer Sicht keinen Grund. [...] Das ist keine Pandemie. Eine Pandemie ist für besonders viele Todesfälle verantwortlich. Die sehe ich nicht. Die Begrifflichkeit ist also nicht angebracht. Dann müssten wir auch bei der Grippe jedes Jahr so drastische Maßnahmen ergreifen.“

<https://www.lvz.de/Region/Mitteldeutschland/Mediziner-zu-Corona-Das-ist-keine-Pandemie>

In der Gesamtschau ist festzustellen: Es fehlte eine methodisch und statistisch verlässliche und ausreichend transparente Datengrundlage für die Annahme einer gegenwärtigen Gefahr.

Es fehlte insbesondere eine methodisch und statistisch verlässliche und ausreichend transparente Datengrundlage bezogen auf das hiesige Bundesland. Bereits die bundesweiten Zahlen belegen spätestens seit dem 21. März 2020 gerade keine besondere Gefahr.

aa.

Lock-down keine Auswirkungen – Reproduktionszahl seit dem 21. März 2020 stabil bei 1

Nachdem die Politik lange – zu Unrecht, da kein exponentielles Wachstum zu beobachten war und die Verdopplungszeit – die mit Stand vom 3. Mai 2020 in Deutschland bei 90,3 Tagen und in Hessen bei 60,6 Tagen lag –

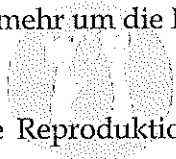
<https://www.tagesschau.de/ausland/coronavirus-karte-verdopplungszeit-101.html>

nur in der exponentiellen Phase einer Epidemie eine Bedeutung zukommt, vgl. ausführlich unten – auf die Verdopplungszeit geschaut hat und Maßnahmen bzw. „Lockerungen“ davon abhängig machen wollte, dass ein gewisser Wert – 10 bis 14 Tage – erreicht wird,



<https://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/corona-welche-zahlen-fuer-eine-lockerung-sprechen-und-welche-dagegen-a-9f549665-78bd-4218-8894-7dd0dfecd7a8>

ist dieser Faktor zunehmend in den Hintergrund gerückt und stattdessen ging es im verfahrensgegenständlichen Verordnungszeitraum nunmehr um die Reproduktionszahl.



Am 16. April 2020 lag die Reproduktionszahl nach Angaben des RKI schätzungsweise bei 0,7. Am 3. Mai 2020 lag sie bei 0,74.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-16-^{Rechtschreiberin Jessica Flamed}de.pdf?__blob=publicationFile

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-05-03-de.pdf?__blob=publicationFile

Als politisches Ziel galt es, die Reproduktionszahl unter 1 zu drücken.

<https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/pressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-bundesminister-scholz-ministerpraesident-soeder-und-dem-ersten-buergermeister-tschentscher-im-anschluss-an-das->

gespräch-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-
der-laender-1744310

Das deutete zugleich auf einen – nicht deutlich kommunizierten –
Strategiewechsel hin.

Wenn jede infizierte Person statistisch weniger als eine Person ansteckt,
geht die Ausbreitung zurück, sodass es am Ende zu einer Ausrottung
des Virus kommt. Eine sog. Herdenimmunsierung wird so verhindert.

Es ist indes nicht sinnvoll das Infektionsgeschehen in Gänze zum
Erliegen zu bringen – so aber offenbar das Ziel der Regierenden, da
diese eine Reproduktionszahl unter 1 anstreben. Es war daher bereits zu
diesem Zeitpunkt absehbar, dass diese Strategie im Ergebnis darauf
hinausläuft, dass nur eine Impfung wieder zur Normalität führen kann.

In diesem – sehr bedenklichen Sinne – äußerte sich am 23. April 2020
zum Beispiel der bayerische Ministerpräsident *Markus Söder*. Er hat sich
dafür ausgesprochen, nach der Entwicklung eines geeigneten Impfstoffs
eine nationale Impfpflicht gegen die Covid-19-Lungenkrankheit
einzuführen. Für eine solche Maßnahme wäre er sehr offen, sagte Söder
nach einem Treffen mit dem baden-württembergischen
Ministerpräsidenten Kretschmann in Ulm. Bis zur Entwicklung eines
Impfstoffs könne keine Entwarnung gegeben werden.

[https://www.deutschlandfunk.de/coronavirus-soeder-fuer-
impfpflicht-gegen-covid-19.1939.de.html?drn:news_id=1123643](https://www.deutschlandfunk.de/coronavirus-soeder-fuer-impfpflicht-gegen-covid-19.1939.de.html?drn:news_id=1123643)

Tatsächlich hatte sich Reproduktionszahl – **die ohnehin als kritisch,**
weil sie fallabhängig berechnet wird, anzusehen ist – nämlich bereits
seit dem 21. März 2020 nach den Angaben des RKI bei einen Wert „um
1“ stabilisiert – also auf den Wert, den die Politik nunmehr anstrebt.
Seitdem ist die Zahl auch nicht signifikant gesunken.

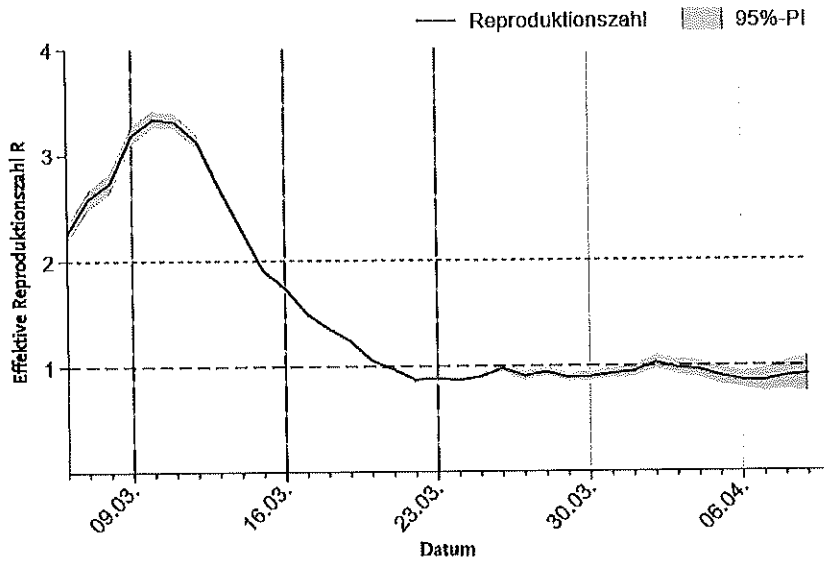
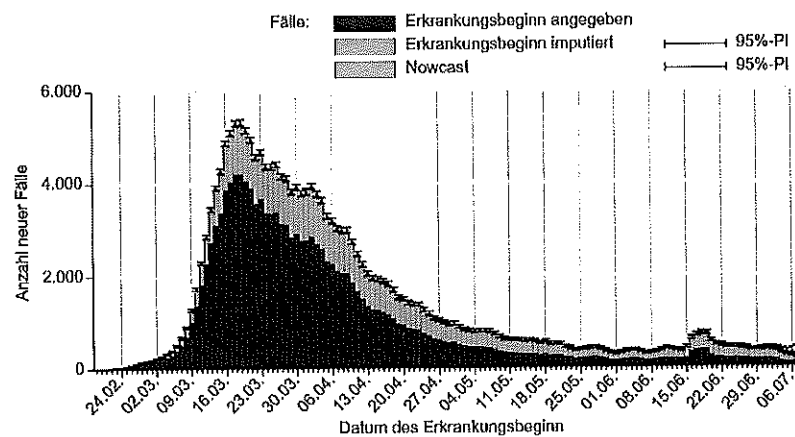


Abb. 4 | Schätzung der effektiven Reproduktionszahl R für eine angenommene Generationszeit von 4 Tagen. Die gestrichelten vertikalen Linien kennzeichnen den Start der in Tab. 1 (S. 15) genannten Maßnahmen am 9. März, 16. März und 23. März 2020.

https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/17_20_SARS-CoV2_vorab.pdf?__blob=publicationFile



https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-07-12-de.pdf;jsessionid=4F4A33FE0EAE9957D14551AEA583E0F3.internet051?__blob=publicationFile

Das bedeutet, dass die strengen Maßnahmen der Reduzierung des menschlichen Kontakts, die seit dem 23. März 2020 bundesweit galten und immer noch, wenngleich abgeschwächt, gelten, nicht dazu geführt haben, die Reproduktionszahl zu stabilisieren. **Die Stabilisierung ist bereits vor den strengen Maßnahmen eingetreten**, mithin ist die Stabilisierung nicht auf die Maßnahmen ab dem 23. März 2020 zurückzuführen, da die Pandemie in Deutschland bereits zu diesem Zeitpunkt am Abebben war. Damit lässt sich eine Verlängerung der Maßnahmen nicht rechtfertigen.

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

In diesem Sinne auch Stephan Grüger, SPD-Landtagsabgeordneter in Hessen:
<https://www.hessenschau.de/tv-sendung/diskussion-ueber-reproduktionszahl,video-120392.html>

(2)

Testhäufigkeit und Dunkelziffer

Ohne die Daten zur Testhäufigkeit konnte man weder den sich anbahnenden Bedarf an Intensivbetten berechnen, noch konnte man in irgendeiner Form wissenschaftlich fundiert Einschätzungen darüber abgeben, wie sich der Bedarf für Deutschland entwickeln wird. Darauf weisen auch *Schrappe et. al.* hin.

http://www.matthias.schrappe.com/einzel/thesenpapier_corona.pdf, dort S. 10.

Das RKI hat erst ab dem 26. März 2020 begonnen, in ihren täglichen Lageberichten wöchentlich über die Anzahl der durchgeführten Tests zu informieren.

Im Lagebericht des RKI vom 29. April 2020 fanden sich die damaligen Zahlen der durchgeführten Testungen in Deutschland:

Tabelle 5: Anzahl der SARS-CoV-2-Testungen in Deutschland (28.04.2020, 18:00 Uhr)

KW	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Anzahl übermittelnde Labore
Bis einschl. 10	124.716	3.892 (3,1%)	90
11	127.457	7.582 (5,9%)	114
12	348.619	23.820 (6,8%)	152
13	361.515	31.414 (8,7%)	151
14	408.348	36.885 (9,0%)	154
15	379.233	30.728 (8,1%)	163
16	330.027	21.993 (6,7%)	167
17	467.137	25.222 (5,4%)	174
Summe	2.547.052	181.536 (7,1%)	

Es ist ersichtlich, dass es von KW₁₁ auf KW₁₂ nahezu zu einer Verdreifachung der Tests kam.

(3)

Kein exponentielles Wachstum

In Deutschland kam es nicht zu einer befürchteten exponentiellen Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus.

Exponentielles Wachstum (auch unbegrenztes bzw. freies Wachstum genannt) beschreibt ein mathematisches Modell für einen Wachstumsprozess, bei dem sich die Bestandsgröße in jeweils gleichen Zeitschritten immer um denselben Faktor vervielfacht.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

https://de.wikipedia.org/wiki/Exponentielles_Wachstum;

<https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/exponentielles-wachstum-35929>

Vorliegend kam es zu keiner Vervielfachung – also nicht einmal zu einer Verdopplung – der Anzahl der Infizierten in Deutschland.

Als Ausgangswert wird vor dem Hintergrund, dass zuvor kein stringentes Testregime eingerichtet war und gerade die Anfangszeit einer Pandemie mit vielen Unsicherheiten behaftet ist, der Zeitpunkt

gewählt, an dem in Deutschland erstmals bei insgesamt 10.000 Personen mittels einer Testung eine Infektion festgestellt wurde.

Der folgenden Darstellung werden die veröffentlichten Zahlen des RKI vom 27. April 2020 zu Grunde gelegt.

Die 10.000-Grenze wurde erstmal am 17. März 2020 überschritten.

Damit von einem exponentiellen Wachstum gesprochen werden kann, muss sich der Ausgangswert zunächst innerhalb eines Zeitraums verdoppeln und ab dieser Verdoppelung muss es in demselben Zeitraum erneut zu einer Verdopplung kommen. Das soll anhand eines Beispiels kurz verdeutlicht werden: Am Tag x gibt es 10.000 Infizierte, vier Tage später hat sich die Zahl verdoppelt, es gibt 20.000 Infizierte. Um nunmehr von einem exponentiellen Wachstum sprechen zu können, müsste es innerhalb vier Tage erneut zu einer Verdopplung kommen. D.h. nach weiteren vier Tagen müsste es 40.000 Infizierte geben. Es bedarf also immer zwei Bezugszeiträume. Die reine Verdopplungszeit ist für die Frage, ob ein exponentielles Wachstum zu beobachten ist.

Im Folgenden werden jeweils die Daten angegeben, an denen es zu einer Verdopplung kam, ausgehend von dem Tag, an dem erstmals die 10.000 Grenze überschritten wurde. Das ist zu keinem Zeitpunkt innerhalb desselben Zeitraums geschehen.

Datum	Zahl der Infizierten
17.03.	12.360
21.03. (4 Tage später)	27.199
27.03. (6 Tage später)	55.427
08.04. (12 Tage später)	113.328
	Zu einer weiteren Verdoppelung kam es bislang nicht (Stand 13.7.2020: 198.963)

<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>

Hieraus wird ersichtlich, dass es nie zu einer Verdopplung innerhalb zwei gleicher miteinander in Bezug zu setzender Zeiträume gekommen ist. Das gilt selbst dann, wenn man jeweils die Wochenendstage herausrechnen würde.

In diesem Zusammenhang sei auf Ausführung der Tagesschau verwiesen, aus der deutlich wird, wie pädagogisiert - und verkürzt - die öffentliche Berichterstattung zum Teil war und ist. Dort wird exponentielles Wachstum - ohne zu erklären, ob es in Deutschland dazu gekommen ist - wie folgt am 8. April 2020 erklärt (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„Exponentielles Wachstum (auch unbegrenztes bzw. freies Wachstum genannt) beschreibt die Veränderung einer bestimmten Größe in einem festgelegten Zeitraum um immer denselben Faktor. Die Reproduktionszahl verweist dabei auf die zentrale Bedeutung des exponentiellen Wachstums für das Verständnis der Abläufe bei einer Pandemie. Eine Basisreproduktionszahl von 3 bedeutet, dass sich die Infiziertenzahl in jedem einzelnen Ansteckungsintervall um den Faktor 3 vergrößert, um sich in der nächsten "Runde" dann erneut zu verdreifachen, worauf eine weitere Verdreifachung folgt. Die in diesen Tagen weltweit verhängten Ausgangsbeschränkungen und Aufrufe zur Selbstisolation zielen genau auf diesen fatalen Mechanismus.

Dass noch immer nicht alle den Sinn der Maßnahmen begreifen, liegt laut Experten auch in der generellen Schwierigkeit von Menschen, die Dynamik nicht linearer Entwicklungen korrekt zu bewerten. Diese wird drastisch

unterschätzt, weil sie nicht den Erfahrungen kontinuierlicher Wachstumsprozesse im Alltag folgt.“

<https://www.tagesschau.de/inland/corona-pandemie-glossar-101.html>

(4)

Keine Unterscheidung zwischen SARS-CoV-2 Infizierten und COVID-19 Erkrankten



RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Eine Unterscheidung zwischen Test-Positiven und Erkrankten wird – auch und gerade bei den angestellten Prognosen – nicht vorgenommen.

Dabei muss in der Infektiologie zwischen Infektion und Erkrankung unterschieden werden. Eine Erkrankung bedarf einer klinischen Manifestation.



„Infektionen, Arten und Formen (engl.: types and kinds of infections) ▶Differenzierung nach der klinischen Manifestation: Die Erscheinungen einer Infektion können inapparent (asymptomatisch, latent, abortiv, stumm) oder manifest sein. Eine schwache klinische Manifestation (Erkrankung) entspricht einer subklinischen, symptomarmen oder mitigierten Infektion.“

https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/Fachwoerterbuch_Infektionsschutz.pdf?__blob=publicationFile (S. 69).

Darauf wird zu Recht auch in einem Beitrag vom 25. März 2020 auf der Ärzteplattform esanum hingewiesen:

„Die nächste Hürde besteht darin, dass die PCR ein indirektes Testverfahren darstellt, welches lediglich anzeigt, ob eine Person Kontakt mit einem Erreger hatte. Dies bedeutet nicht

automatisch, dass diese Person auch Krankheitssymptome entwickelt oder gar verstirbt.

[...]

Bei den Zahlen, die uns die Medien tagtäglich in beängstigender Weise vor Augen führen, wird nicht zwischen Test-Positiven und Erkrankten unterschieden. Da die absolute Mehrheit der Test-Positiven keine oder nur milde Symptome entwickelt, ist es massiv irreführend, in dieser Höhe von Erkrankten zu sprechen.

Der renommierte Methodiker und Public-Health-Forscher John P. A. Ioannidis, der zu den meistzitierten WissenschaftlerInnen der Welt gehört, weist ebenfalls darauf hin, dass es keine Evidenz gibt, die die aktuellen drastischen sozialen und wirtschaftlichen Einschränkungen rechtfertigen würde. Coronaviren als typische Erreger von Erkältungskrankheiten sorgen Jahr für Jahr für banale Erkältungskrankheiten, die hauptsächlich bei betagten, oft kardial und pulmonal vorbelasteten Menschen mit Komplikationen wie Pneumonien tödlich verlaufen können. Der einzige Unterschied bei SARS-CoV-2 könnte sein, dass die Infektionsraten in der Bevölkerung bisher nie gemessen worden sind.“

<https://www.esanum.de/today/posts/wie-aussagekraeftig-sind-die-corona-tests>

Daraus ergibt sich, dass für die Bedarfsberechnung der Krankenhausbetten sinnvollerweise **nur erkrankte Personen**, also solche mit grippeähnlichen Symptomen, berücksichtigt werden sollten. Aktuell werden die Prognosen zur Belastung des Gesundheitssystems allerdings ausgehend von allen Infizierten berechnet. Hierbei wird zugrunde gelegt, dass ca. 5 % aller infizierten Menschen (vgl. oben) schwer erkranken und beatmungspflichtig werden.

(5)

Fehlgesteuerte Testung

Die Vorgaben in Deutschland waren zum verfahrensgegenständlichen Verordnungszeitraum die, dass nur erkrankte Menschen getestet werden sollen. Voraussetzung für die Durchführung eines Tests ist das Vorliegen grippeähnlicher Symptome.



https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3/Downloads/C/Coronavirus/BMG_BZgA_Coronavirustest_Platat_barr.pdf

Am 25. März 2020 modifizierte das RKI seine Kriterien. Es sollen nur Menschen getestet werden, die respiratorische Symptome und Kontakt zu einem bestätigtem COVID-19-Fall hatten, in der Pflege, einer Arztpraxis oder im Krankenhaus tätig sind oder einer Risikogruppe zugehören. Zuvor musste entweder der Kontakt zu einem COVID-19-Fall vorliegen oder die Person musste sich in einem Risikogebiet aufgehalten haben. Die Fokussierung auf Risikogruppen führte dazu, dass die Fallsterblichkeitsrate relativ hoch liegt.

Wer eine Infektion symptomlos übersteht, blieb nach dieser Testungsstrategie für die Statistik unsichtbar. Wieler ging, wie oben bereits dargelegt, davon aus, dass 50 % der Infizierten symptomlos bleiben und damit nicht an COVID-19 erkranken.

vgl. oben sowie: <https://www.morgenpost.de/web-wissen/article228197725/Coronavirus-Typische-Symptome-und-Anzeichen-wann-bei-Corona-Arzt-Dauer-Verlauf-und-mehr.html>

Mithin konnten auf dieser Datengrundlage keine wissenschaftlich begründbaren Hochrechnungen – und damit auch keine derart einschneidenden Grundrechtseingriffe – gestützt werden.

Der amerikanische Gesundheitswissenschaftler und einer der weltweit führenden Spezialisten auf dem Gebiet der Klinischen Epidemiologie an der Stanford University *John P. A. Ioannidis* erläutert das Vorgenannte wie folgt:

"The data collected so far on how many people are infected and how the epidemic is evolving are utterly unreliable. Given the limited testing to date, some deaths and probably the vast majority of infections due to SARS-CoV-2 are being missed. We don't know if we are failing to capture infections by a factor of three or 300. Three months after the outbreak emerged, most countries, including the U.S., lack the ability to test a large number of people and no countries have reliable data on the prevalence of the virus in a representative random sample of the general population.

This evidence fiasco creates tremendous uncertainty about the risk of dying from Covid-19. Reported case fatality rates, like the official 3.4% rate from the World Health Organization, cause horror – and are meaningless. Patients who have been tested for SARS-CoV-2 are disproportionately those with severe symptoms and bad outcomes. As most health systems have limited testing capacity, selection bias may even worsen in the near future.

[...]

Some worry that the 68 deaths from Covid-19 in the U.S. as of March 16 will increase exponentially to 680, 6,800, 68,000, 680,000 ... along with similar catastrophic patterns around the globe. Is that a realistic scenario, or bad science fiction? How can we tell at what point such a curve might stop?

The most valuable piece of information for answering those questions would be to know the current prevalence of the infection in a random sample of a population and to repeat this exercise at regular time intervals to estimate the incidence of new infections. Sadly, that's information we don't have.

[...]



Yet if the health system does become overwhelmed, the majority of the extra deaths may not be due to coronavirus but to other common diseases and conditions such as heart attacks, strokes, trauma, bleeding, and the like that are not adequately treated. If the level of the epidemic does overwhelm the health system and extreme measures have only modest effectiveness, then flattening the curve may make things worse: Instead of being overwhelmed during a short, acute phase, the health system will remain overwhelmed for a more protracted period. That's another reason we need data about the exact level of the epidemic activity."

<https://www.statnews.com/2020/03/17/a-fiasco-in-the-making-as-the-coronavirus-pandemic-takes-hold-we-are-making-decisions-without-reliable-data/>

Die Testungsstrategie wurde auch vom Virologen und Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt am Main, *René Gottschalk* am 4. April 2020 kritisiert (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„Ihre vorletzte Frage ist, dass es natürlich momentan alles sehr, sehr schlimm aussieht, aber wir haben ja überhaupt keinen Überblick darüber, wie verbreitet diese Erkrankung in der Bevölkerung wirklich ist. Wir testen Patienten, die Symptome haben.

[...]

Wir testen vor allem Patienten, die schwer erkrankt sind und damit bekommen wir Todesfallzahlen, die natürlich erst einmal erschreckend sind, aber wenn Sie sich vorstellen, dass es eine sehr, sehr hohe Dunkelziffer geben wird in der Bevölkerung, und davon geht jeder aus, dann ist auch klar, wenn ich einen Todesfall habe unter 1.000 Patienten, dann habe ich eine relativ hohe Todesrate von 1 Promille, oder wenn ich einen Todesfall mit 100 Patienten habe, dann habe ich eine Todesrate von 1 Prozent, aber wenn die Bevölkerung, die betroffen ist, bereits 100.000 oder 1.000.000 ist, dann ist diese Todesrate für den Einzelnen natürlich genauso beklagenswert, aber für die Summe in der Statistik ist das eben weit unter dem, wie es bei einer Influenza ist und das können wir erst sagen, wenn wir wirklich sicher auch feststellen können, wie viele Patienten, wie viele Gesunde da auch schon das gar nicht gemerkt haben, in der Bevölkerung betroffen sind.“

https://www.deutschlandfunk.de/virologe-zu-covid-19-ostern-abwarten-und-gucken-wie-sich.868.de.html?dram:article_id=474040

Problematisch ist die Dunkelziffer auch dahingehend, dass so der Zahl der gemeldeten Infektionen, die letztlich zur alleinigen Grundlage staatlichen Handelns gemacht wurde – insbesondere mit Blick auf die Verdopplungszeit –, wie oben anschaulich von *Otte* erläutert, eine nur geringe Aussagekraft zukommt.

Antes kritisiert die seinerzeit geltende Testungsstrategie ebenfalls und zeigt auf, wie getestet werden müsste, um belastbare Daten zu erhalten (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

SPIEGEL: Was ist die Alternative?

Antes: Wir müssen sehr regelmäßig, vielleicht jede Woche, einen repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt auf Infektionen untersuchen. Dafür sind sehr viele Tests nötig. Das bindet Ressourcen und ist teuer, wäre in Anbetracht der Lage aber angemessen, um eine solide Entscheidungsgrundlage zu schaffen. Aus dem Anteil der Infizierten in einer solchen Stichprobe lassen sich genaue Rückschlüsse auf die Gesamtsituation ziehen. Damit wird es deutlich leichter, abzuschätzen, ob oder wie die Zahl der Neuinfektionen steigt oder abnimmt und mit wie vielen Patienten und Intensivpatienten die Krankenhäuser in den nächsten Wochen rechnen müssen.

<https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/coronavirus-die-zahlen-sind-vollkommen-unzuverlaessig-a-7535b78f-ad68-4fa9-9533-06a224cc9250>

Durch die Nichtberücksichtigung der, wie oben dargelegt und auch von renommierten Wissenschaftler*innen bestätigten, als hoch einzuschätzende Dunkelziffer bereits Immunisierter, muss davon ausgegangen werden, dass die Letalität tatsächlich deutlich geringer ist als die in Deutschland, vom RKI, zum damaligen Zeitpunkt höchstangegebene Zahl der Fallsterblichkeit von 3,9 % (Stand 29. April 2020). Auch die Bedarfsberechnungen im Hinblick auf das Gesundheitssystem gehen so fehl.

Bereits am 4. Mai 2020 wurden die vorläufigen Ergebnisse der sog. Heinsberg-Studie veröffentlicht. Aus dieser ging hervor, dass lediglich 0.36 % der COVID-19-Patient*innen sterben;

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2>

die Infektionssterblichkeit also – natürlich – deutlich geringer ist als die Fallsterblichkeit.

Dafür sprach auch eine bereits am 8. April 2020 bekannte gewordene Studie, aus der sich ergibt, dass sich weltweit bereits mehrere zehn Millionen Menschen mit dem Coronavirus angesteckt haben könnten, ohne dass die Betroffenen in einer offiziellen Statistik auftauchen. Das berichten Forscher*innen der Universität Göttingen. Demnach werden weltweit nur etwa sechs Prozent der Corona-Infektionen erfasst. Für die Hochrechnungen haben die Forscher*innen ein Paradoxon in der aktuellen Pandemie genutzt: Die festgehaltene Sterberate von COVID-19-Patient*innen weicht zwischen einzelnen Ländern erheblich ab. Auch die Zeit, die zwischen dem Erfassen der Infektion und dem Tod der Patienten liegt, schwankt im Ländervergleich stark - obwohl hinter allen Erkrankungen der gleiche Erreger steckt. Die Forscher*innen gehen dabei davon aus, dass sich ein Großteil der Abweichungen durch die unterschiedliche Datenqualität erklären lassen dürfte.

[https://www.spiegel-
de.cdn.ampproject.org/c/s/www.spiegel.de/wissenschaft/med
izin/corona-nur-sechs-prozent-der-weltweiten-faelle-werden-
erfasst-a-c9520fce-a102-49fe-8290-fec96fa8ed40-amp](https://www.spiegel.de/cdn.ampproject.org/c/s/www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/corona-nur-sechs-prozent-der-weltweiten-faelle-werden-erfasst-a-c9520fce-a102-49fe-8290-fec96fa8ed40-amp)

Auch wiesen weitere Studien darauf hin, dass es eine sehr hohe Dunkelziffer gibt:

Nach einer Studie mit Antikörper-Tests haben Wissenschaftler*innen der Universität Stanford ermittelt, dass sich im kalifornischen Landkreis Santa Clara bis zu 50-mal mehr Menschen mit dem Coronavirus Sars-CoV-2 infiziert haben als zuletzt offiziell angegeben. Aufgrund der Ergebnisse rechneten sie hoch, dass zum Stichtag 1. April 4,1 Prozent der Bevölkerung die Infektion durchgemacht hatten, das wären etwa 81.000 Menschen. Gemeldet waren zu diesem Zeitpunkt in der Region rund 1.000 Fälle. Für die Studie hatten die Forscher*innen einen Aufruf

über Facebook gestartet und 3.300 Proband*innen rekrutiert. Die Forscher gewichteten ihre Ergebnisse anschließend, um ein repräsentativeres Bild zu erreichen.

Auch in Österreich waren laut einer Dunkelziffer-Studie deutlich mehr Menschen mit dem Coronavirus infiziert als die offizielle Statistik ausweist. Im Vergleich zu den Anfang April offiziell ausgewiesenen rund 8.500 Fällen seien tatsächlich wohl etwa 28.500 Personen betroffen gewesen, teilte das Meinungsforschungsinstitut Sora mit. Das entspreche 0,33 Prozent der Bevölkerung. Die sogenannte Schwankungsbreite sei allerdings erheblich: Es sei von einer Spanne zwischen gut 10.000 und mehr als 67.000 Infizierten auszugehen. Für die Studie ließ Sora rund 1.500 Menschen auf das Virus testen.

Forscher*innen der Columbia Universität kamen in einer Simulation ebenfalls zu dramatischen Dunkelziffern. Sie haben die Ausbreitung des Coronavirus mit einem Pandemie-Simulationsprogramm nachgespielt. Die Daten für ihre Berechnungen stammten aus der frühen Phase der Epidemie in China, als es noch keine Kontaktbeschränkungen gab. Demnach kamen auf jeden nachweislich Infizierten etwa sieben unentdeckte Fälle, schreiben die Autoren im Fachmagazin "Science".

Rechtsanwältin Jessica Hamed


Vgl. zu alledem: https://www.deutschlandfunk.de/covid-19-wie-hoch-die-dunkelziffer-bei-den-coronavirus.1939.de.html?drn:news_id=1123081

Es handelte sich bei dem Dargestellten indes nicht um einen Fehler, der versehentlich unterlaufen ist, sondern um die ausgegebene – offensichtlich falsche – Testungsstrategie. Der Umstand, dass die Testkapazitäten begrenzt sind, ist – trotz der grundsätzlich ernstzunehmenden Situation – kein Freibrief für so weitgehende Grundrechtseingriffe für einen derart langen Zeitraum – insbesondere nicht gegen Nichtstörer. Und schon gar nicht hindert die limitierte Anzahl an Tests die Durchführung einer repräsentativen Studie.

(6)

Zählung der COVID-19 Verstorbenen

Das RKI zählte und zählt alle Verstorbenen, die positiv auf COVID-19 getestet wurden, als COVID-19 Verstorbene; unabhängig von der konkreten Todesursache.


<https://www.br.de/nachrichten/deutschland-welt/faktenfuchs-wie-werden-corona-todesfaelle-gezaehlt,RtnpY\VL>; <https://www.merkur.de/welt/coronavirus-deutschland-rki-zahlen-statistiken-falsch-tote-covid-19-robert-koch-institut-kritik-zweifel-zr-13640817.html>

Wieler gab an:

„Bei uns gilt jemand als Corona-Todesfall, bei dem eine Corona-Infektion nachgewiesen wurde.“

Seitens des Universitätsklinikum Straßburg wurde bekannt gegeben, dass von dort 90 COVID-19 positiv getesteten und beatmungspflichtigen Patient*innen drei unter 50 und ohne Vorerkrankungen seien. Die restlichen Patient*innen hätten Vorerkrankungen mit unterschiedlichem Schweregrad. Ferner teilten sie mit, dass sich schwere Verläufe vor allem, bei alten Patient*innen mit Vorerkrankungen finden.

Brief des Deutschen Instituts für Katastrophenmedizin vom 24. März 2020 an das Innenministerium Baden-Württemberg.

Das macht deutlich, dass die Daten auch dadurch verzerrt werden, dass suggeriert wird, alle positiv getesteten Verstorbenen seien auch tatsächlich ursächlich *an* COVID-19 verstorben.

Auch Italien zählt jeden – auch post mortem – auf positiv getesteten Verstorbenen als COVID-19 Toten.

<https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/have-many-coronavirus-patients-died-italy/>

Streek beanstandete schon früh das Vorgehen und sprach sich für die Durchführung von Autopsien aus, um verlässliche Daten zu erhalten (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):



ZEIT ONLINE: Und was ist von den Todeszahlen zu halten, die in Deutschland bisher im Vergleich noch recht gering sind?

Streck: Wir werden erst im Nachhinein beantworten können, ob und wie sehr die monatliche Sterberate durch Covid-19 ansteigt. Ich habe mir die Fälle von 31 der 40 Verstorbenen aus dem Landkreis Heinsberg einmal genauer angeschaut – und war nicht sehr überrascht, dass diese Menschen gestorben sind. Einer der Verstorbenen war älter als 100 Jahre, da hätte auch ein ganz normaler Schnupfen zum Tod führen können. Aber wie gesagt: Die Studie läuft noch.

ZEIT ONLINE: Sollten wir genauer untersuchen, woran die Menschen wirklich gestorben sind?

Streck: Ich denke schon. Es ist oft sehr wichtig zu wissen, ob die Menschen an einer viralen Pneumonie, also ursächlich an Covid-19, verstorben sind oder an etwas anderem. Bei einem der Heinsberger Patienten wurde zwar Sars-CoV-2 im Rachen nachgewiesen. Aber er hatte keine Lungenentzündung, sondern ist an einem Herzstillstand gestorben.“

<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-04/hendrik-streck-covid-19-heinsberg-symptome-infektionsschutz-massnahmen-studie/komplettansicht>

Auch *Schrappe et. al.* wiesen auf diese Problematik hin (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„2. Es ist nicht klar, inwieweit die beobachtete Letalität auf die Infektion mit SARS-CoV-2 zurückzuführen ist.

Die Letalität von Covid-19 weist eine deutliche Altersabhängigkeit und eine ebenso deutliche Abhängigkeit von der Komorbidität bzw. der Zahl der Komorbiditäten auf. Dieses Bild gilt aber auch für die SARS-CoV-2/Covid-19-unabhängige Krankenhaussterblichkeit. Da in näherer Zukunft die Sterblichkeit für die medizinisch-pflegerische und öffentliche Diskussion eine erhebliche Rolle spielen wird, ist die Tatsache von Bedeutung, dass die in der Literatur verwendeten Definitionen der Covid-bedingten Sterblichkeit lediglich die Kriterien

- Covid-19 Nachweis und
- Tod des Patienten

verwendet werden (Onder et al. 2020). Dies bedeutet, dass keine Kriterien vorhanden sind, mittels derer die unkorrigierte crude mortality von der zurechenbaren Sterblichkeit (attributable mortality) unterschieden werden kann, mit anderen Worten und vielleicht etwas pointiert ausgedrückt: wir wissen nicht, ob der Patient an Covid-19 verstorben ist oder mit Covid-19. Auch auf der Webseite des RKI ist keine Definition der Covid-19 bedingten Sterblichkeit vorzufinden (wohl aber eine Definition der COVID-19-Erkrankung; Stand 05.04.2020).“

http://www.matthias.schrappe.com/einzel/thesenpapier_corona.pdf, dort S. 14 f.

Die oben dargestellte Vorgehensweise verstößt auch gegen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin in Bezug auf deren

Regeln zur Durchführung einer ärztlichen Leichenschau. Dort heißt es zur Feststellung der Todesursache:

„Todesursache sind Krankheiten, Verletzungen oder Vergiftungen, die den Tod unmittelbar verursacht haben. Neben der Todesursache muss eine Kausalkette angegeben werden, mit dem entsprechenden Grundleiden auf der Todesbescheinigung an dritter Stelle. Die Kausalkette lautet z. B.: Arteriosklerose. Koronararteriosklerose. Myokardinfarkt. Gelegentlich müssen auch viergliedrige Kausalketten angegeben werden.“

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/054-0021_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2018-02_01.pdf (Seite 8).

Die Deutsche Gesellschaft für Pathologie und der Bundesverband Deutscher Pathologen forderten in einer am 7. April 2020 veröffentlichten Pressemitteilung die Durchführung möglichst zahlreicher Obduktionen von Corona-Verstorbenen und widersprechen so der Empfehlung des RKI, dort heißt es u.a.:

„Im besten Fall ließen sich daraus weitere Therapieoptionen ableiten – darin bestehe der Wert der Obduktion für die Lebenden, so Prof. Dr. med. K.-F. Bührig, Präsident des Bundesverbandes. Die Obduktion sei in hohem öffentlichem Interesse und sollte deshalb nicht vermieden, sondern im Gegenteil so häufig wie möglich durchgeführt werden. Schon bei Ausbruch des Marburg-Virus, bei HIV, bei SARS, MERS und BSE haben Befunde aus der Pathologie und Neuropathologie geholfen, die klinischen Krankheitsbilder zu verstehen und haben damit auch therapeutische Konzepte beeinflusst. Dies muss auch für COVID-19 gelten. Dieses Anliegen hat auch Prof. Dr. T. Welte vom Deutschen Zentrum für Lungenforschung/DZL und Direktor der Klinik für

Pneumologie und Infektionsmedizin der Med. Hochschule Hannover/MHH an die DGP gerichtet.

In der RKI-Empfehlungen vom 24.03.2020 heißt es u.a.: „Eine innere Leichenschau, Autopsien oder andere aerosolproduzierende Maßnahmen sollten vermieden werden. Sind diese notwendig, sollten diese auf ein Minimum beschränkt bleiben.“ Diese Empfehlung richte, so Bürrig, das Augenmerk auf die Vermeidung von infektionsgefährlichen Aerosolen bei der Leichenöffnung. Das sei ein wichtiger Aspekt, aber als Entscheidungsgrundlage zu schmal. Zumal bei den Obduktionen nach allen einschlägigen Vorgaben der Schutz des medizinischen und nicht-medizinischen Personals sichergestellt wird. BDP und DGP bitten das RKI darum, die Gesundheitsbehörden entsprechend zu informieren.“

<https://www.pathologie-dgp.de/die-dgp/aktuelles/meldung/pressemitteilung-an-corona-verstorbene-sollten-obduziert-werden/>

Scharf kritisiert wird die Zählung der COVID-19 Verstorbenen auch vom Hamburger Rechtsmediziner *Klaus Püschel* am 8. April 2020. Mit seinem Team obduziert er die Toten in Hamburg, und stellte fest, dass ausschließlich vorerkrankte Menschen mit dem Virus verstorben seien, und dass das Virus der letzte Tropfen gewesen sei, der das Fass zum Überlaufen gebracht habe:

„Dieses Virus beeinflusst in einer völlig überzogenen Weise unser Leben. Das steht in keinem Verhältnis zu der Gefahr, die vom Virus ausgeht.

[...]

Ich bin überzeugt, dass sich die Corona-Sterblichkeit nicht mal als Peak in der Jahressterblichkeit bemerkbar machen wird.

[...]

Alle, die wir bisher untersucht haben, hatten Krebs, eine chronische Lungenerkrankung, waren starke Raucher oder schwer fettleibig, litten an Diabetes oder hatten eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.“



RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

https://www.welt.de/regionales/hamburg/article207086675/Rechtsmediziner-Pueschel-In-Hamburg-ist-niemand-ohne-Vorerkrankung-an-Corona-gestorben.html?utm_source=pocket-newtab

Die Gesundheitsbehörde der Stadt Hamburg erklärte vor dem Hintergrund, die Corona-Todesfälle anders zu zählen als das RKI. Beim Institut werden alle Verstorbene, bei denen das Virus SARS-CoV-2 festgestellt wurde, in die Todeszählung aufgenommen. In Hamburg nur diejenigen, die nachweislich auch an COVID-19 gestorben sind. Bei Sterbefällen mit positivem Corona-Test wird bei einer Obduktion die genaue Todesursache festgestellt. Der Unterschied zwischen den Zählweisen ist gravierend: Am Donnerstag, den 9. April 2020, gab das RKI für Hamburg 14 Todesfälle an, die Gesundheitsbehörde Hamburgs dagegen lediglich 8. Viele der Verstorbenen litten bereits an teilweise schweren Vorerkrankungen. Hamburg drängt deshalb darauf, dass bundesweit die Zählweise überprüft wird.

<https://www.merkur.de/welt/coronavirus-deutschland-rki-zahlen-statistiken-falsch-tote-covid-19-robert-koch-institut-kritik-zweifel-zr-13640817.html>

Kritisch hierzu auch die Leopoldina-Forscher*innen am 13. April 2020:

„Sterblichkeitsraten, die das Verhältnis der an COVID-19 Verstorbenen zur Anzahl der Neuinfizierten quantifizieren, müssen auf der Basis aller Infizierten bzw. der Gesamtbevölkerung berechnet werden und nicht nur auf der Basis der registrierten Erkrankten. Das individuelle Sterberisiko durch COVID-19 muss auch vor dem allgemeinen Hintergrund der Multikausalität und Komplexität von Todesfällen stärker als bislang beachtet werden. Die Anzahl von an COVID-19 Verstorbenen muss ins Verhältnis gesetzt werden zu der Anzahl der in einem vergleichbaren Zeitraum in einer äquivalenten Altersgruppe an anderen Erkrankungen Verstorbenen.“

Leopoldina, 3. Ad-hoc-Stellungnahme vom 13. April 2020, S. 7.

Zwischenzeitlich wich das RKI am 14. April 2020 als Reaktion auf die Kritik von Püschel von seinem Kurs ab und empfiehlt nunmehr ausdrücklich die Durchführung von Obduktionen, nachdem sie zuvor wie oben dargelegt, davon abgeraten haben.

<https://www.tz.de/muenchen/stadt/muenchen-coronavirus-chefpathologe-interview-experten-tote-obduktion-erfolge-13657620.html>;
<https://www.abendblatt.de/hamburg/article228902113/Corona-Virus-Hamburg-Schleswig-Holstein-beatmung-rki-news-blog-1404-Infizierte-Lockerung-Covid-19.html>

Die bisherigen Befunde von Püschel bestätigten sich weiterhin, bis zum 27. April 2020 wurden 133 Menschen, die im Zusammenhang mit COVID-19 gestorben sind, in Hamburg obduziert. Püschel stellte fest, dass das Durchschnittsalter der Verstorbenen bei 79,5 Jahren lag:

„Dies entspricht in etwa dem mittleren Sterbealter, wie wir es aus der Bevölkerung auch ohne Corona kennen. [...]

Der überwiegende Anteil der Verstorbenen war schon vorher relativ alt und schwer krank. [...]

Es waren Menschen, die im Altenheim oder in Krankenhäusern darniederlagen und von der Infektion noch zusätzlich niedergedrückt wurden. Stark vereinfacht kann man auch formulieren, dass mit dem Ableben in absehbarer Zeit zu rechnen war. [...]



"...kein 50-Jähriger dabei gewesen mit gut eingestellter Diabetes oder gut eingestelltem Bluthochdruck."

<https://www.n-tv.de/panorama/Hamburger-Corona-Totenwaren-zuvor-erkrankt-article21742076.html>

(7)

Italienische Zustände - kein Novum



Die Situation, die in den norditalienischen Städten herrschte, ist im Übrigen bedauerlicherweise keineswegs eine noch nie dagewesene.

Das Gesundheitssystem war auch 2018 durch die Behandlung einer Vielzahl an Grippepatient*innen überlastet. Operationen mussten verschoben werden, um Beatmungskapazitäten für Influenzapatient*innen, die an einer Lungenentzündung litten, bereit stellen zu können und Ärzt*innen wurden aus ihrem Urlaub zurückgerufen.

In einem Zeitungsartikel der renommierten italienischen Zeitung *Corriere della Serra* vom 10. Januar 2018 heißt es hierzu (deutsche Übersetzung):

Corriere della Sera

Artikel vom 10. Januar 2018

CORRIERE DELLA SERA [ABENDKURIER]

MAILAND / NACHRICHTEN

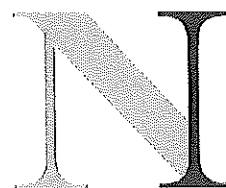
NOTLAGE

Mailand, Intensivstationen wegen der Grippe vor dem Zusammenbruch: bereits 48 schwer Erkrankte[,] zahlreiche Operationen verschoben

Schwierigkeiten bei der Aufnahme neuer Patienten; Aussetzung der Reservierung von Intensivbetten, die Erkrankte nach Operationen aufnehmen sollten; (unbezahlte) Sonderschichten für Ärzte und Krankenpfleger, die aus dem Urlaub zurückgerufen werden. Hilferuf der Ärzte an die Region

Rekordzahlen. Die Komplikationen infolge der Grippe, vor allem die Lungenentzündungen, stürzen die Intensivstationen in die Krise: 48 schwer Erkrankte sind seit Weihnachten bis heute auf die Intensivstationen der Poliklinik sowie der Krankenhäuser San Raffaele, San Gerardo in Monza und San Matteo in Pavia, die Referenzkrankenhäuser der Lombardei für den Einsatz der ECMO, also von Beatmungsgeräten, eingeliefert worden. Die Probleme überschlagen sich: Schwierigkeiten bei der Aufnahme neuer Patienten; Verschiebung geplanter chirurgischer Eingriffe; Aussetzung der Reservierung von Intensivbetten, die Erkrankte nach Operationen aufnehmen sollten; (unbezahlte) Sonderschichten für Ärzte und Krankenpfleger, die aus dem Urlaub zurückgerufen werden. Eine ernste Lage, die die Ärzte dazu bringt, das Gesundheitsreferat [*der Regionalregierung der Lombardei*], geleitet von Giulio Gallera, um Hilfe zu bitten und die Entscheidung der Gesundheitsministerin Beatrice Lorenzin zu beklagen, keine Fördermittel mehr für das italienische ECMO-Netz bereitzustellen (nachdem die Finanzierung in Höhe von 20 Millionen Euro, die im Jahr 2009 durch den damaligen Minister Ferruccio Fazio bereitgestellt wurde, aufgebraucht ist).

0220040102DE



Nichele & Iking
Partnerschaft von Übersetzern
Mathildenstraße 10
55116 Mainz
Deutschland

info@nichele-iking.eu
www.nichele-iking.eu

Sitz: Mainz (Deutschland)
Registergericht: Amtsgericht
Partnerschaftsregister Nr.: P1

USt.-IdNr.: DE322743520

Ref. jur. Lars Iking
Übersetzer

Avv. Marco Nichele, LL.M.
Übersetzer

Ausgangssprachen
Deutsch
Englisch
Italienisch
Latein

Zielsprachen
Deutsch
Italienisch

Unser Zeichen
LI/MN

Giuseppe Foti, der die Notaufnahme des Krankenhauses San Gerardo in Monza leitet, rechnet vor: »Drei Patienten sind bis zum 22. Dezember eingeliefert worden, sechs vom 22. bis zum 31. Dezember, acht vom ersten Januar bis heute. Das Problem ist ernst. Seit dieser Woche sind wir gezwungen, die Reservierungen von Betten auf der Intensivstation für Patienten mit geplanten chirurgischen Eingriffen auszusetzen.« Federico Pappalardo, Verantwortlicher für die Intensivstation des Krankenhauses San Raffaele, gibt zu: »Heute werden andere, aufschiebbare Operationen ausfallen.« Giacomo Grasselli, verantwortlicher Arzt der Intensivstation der Poliklinik, ist in derselben Situation: »Die Gefahr der Verschiebung elektiver chirurgischer Eingriffe für Patienten, die auf eine postoperative Versorgung auf der Intensivstation angewiesen sind, ist als Problem an der Tagesordnung.« Giorgio Antonio Iotti, Leiter der Intensivmedizin des Krankenhauses San Matteo in Pavia, zuckt mit den Schultern: »Die Patienten mit schwerer Lungenentzündung und schweren Komplikationen, verursacht durch das Grippevirus, belegen gut ein Viertel unserer 21 Betten.«

Nichele & Iking
Partnerschaft von Übersetzern

Corriere della Sera
Artikel vom 10. Januar 2018

Seite 2/3

Um mit dem Problem fertigzuwerden, ist den Ärzten zufolge ein Eingreifen der Region Lombardei dringend erforderlich: Der Pirellone [*Sitz des Regionalparlaments der Lombardei*] steht in der Verantwortung, weil heute eine koordinierte, auch wirtschaftliche Unterstützung der Arbeit der vier Krankenhäuser nicht mehr vorhanden ist. Alberto Zangrillo, Direktor der Notfallambulanz des Krankenhauses San Raffaele, geht in die Offensive: »Die Wahrheit ist, dass sich die Ministerin Lorenzin auf nationaler Ebene nicht darum gekümmert hat, das Projekt weiterhin zu finanzieren, und damit bringt sie vor allem die Lombardei in Schwierigkeiten – die Region, in die auf Grund des hohen Niveaus der Zentren Arbeit auch aus den anderen Regionen abgeschoben wird.« Grasselli besteht darauf: »Die zentrale Versorgung von Erkrankten, die auf die ECMO angewiesen sind, ermöglicht es buchstäblich, das Leben von Patienten zu retten, die andernfalls sterben würden.« Und die Gedanken der Ärzte, die sich am Montag in der Poliklinik versammelt haben, um das weitere Vorgehen zu prüfen, gelten

0220040102DE

der frischgebackenen Mutter, die zwei Tage nach der Entbindung, in den ersten Januartagen, wegen einer schwerwiegenden Atemschwäche als Folge einer Grippe in Lebensgefahr geraten war und die sich nun dank der ECMO in gutem Zustand befindet. Das gleiche ist einem Mädchen passiert, dessen Zustand sich in Folge von Fieber und Husten stark verschlechtert hat. Auch in ihrem Fall hat man das Schlimmste befürchtet: »Doch unser Eingreifen mithilfe des Beatmungsgerätes hat sie gerettet.« Eine riesige Aufgabe, eine ungeheure Anstrengung, die nun nach einer Anerkennung durch die öffentlichen Institutionen ruft. Um weitere Leben zu retten.

Nichele & Iking
Partnerschaft von Übersetzern

Corriere della Sera
Artikel vom 10. Januar 2018

Seite 3/3

Unterdessen weitet sich die Notlage bei den Blutkonserven auf Grund des Grippevirus aus, das viele Spender daran hindert, sich zu den Spendezentren zu begeben. Nach dem Hilferuf der Poliklinik meldet der Virologe Roberto Burioni Schwierigkeiten auch am Krankenhaus San Raffaele, wo chirurgische Eingriffe aus Mangel an Blutkonserven verschoben werden. Und er ruft die Bürger auf, ihren Beitrag zu leisten.

Simona Ravizza

10. Januar 2018 | 07:56 Uhr

© ALLE RECHTE VORBEHALTEN

*5 002 Anschläge¹
680 Wörter
91 Standardzeilen²
3,3 Normseiten³*

Originalartikel:

https://milano.corriere.it/notizie/cronaca/18_gennaio_10/milano-terapie-intensive-collasso-l-influenza-gia-48-malati-gravi-molte-operazioni-rinviate-c9dc43a6-f5d1-11e7-9b06-fe054c3be5b2.shtml?refresh_ce-cp

Soweit ersichtlich wurde seitens des Verordnungsgeber auch in Gänze unberücksichtigt gelassen, dass ein weiterer Erklärungsansatz für die unterschiedliche Betroffenheit der verschiedenen Städte bzw.

Einwohner*innen und der Verlauf einer Lungenerkrankung auch in der unterschiedlich hohen Luftverschmutzung gefunden werden kann.

So lag die Luftverschmutzung in Bergamo 2018 nach Angaben der *European Environment Agency* bei $53,10 \mu\text{g}/\text{m}^3$, in Madrid bei $43,58 \mu\text{g}/\text{m}^3$ in Frankfurt am Main bei $27,29 \mu\text{g}/\text{m}^3$.



<https://www.eea.europa.eu/data-and-maps/dashboards/air-quality-statistics>

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Dass Luftverschmutzung das Risiko viraler Lungenerkrankungen stark erhöht, entspricht den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

Vgl. z.B. Croft et al. The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2019, 16, 321–330.

Auch Wuhan war im Januar 2020 besonders stark belastet, sodass auch hier ein Zusammenhang mit der Anzahl der schweren Krankheitsverläufe und der Luftverschmutzung naheliegt.

[https://www.eurasiareview.com/01022020-polluted-air-could-be-an-important-cause-of-wuhan-pneumonia-oped/;](https://www.eurasiareview.com/01022020-polluted-air-could-be-an-important-cause-of-wuhan-pneumonia-oped/)

<https://kurier.at/politik/ausland/wieso-italien-warum-das-land-so-schwer-vom-coronavirus-getroffen-wurde/400787480>

Unter Beachtung des Vorgenannten verdient auch die Analyse von *Oliver Meiler* vom 19. März 2020 Zustimmung (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

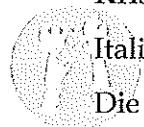
„Das Istituto Superiore di Sanità, Italiens oberstes Gesundheitsinstitut, hat nun eine Studie vorgelegt, in der es alle klinischen Daten der Opfer analysiert hat. Folgende Erkenntnisse und Mittelwerte kamen heraus: **Das durchschnittliche Alter der**

Verstorbenen liegt bei 79,5 Jahren. Die deutlich am stärksten betroffene Altersgruppe sind die 80- bis 89-Jährigen. Nur fünf Menschen waren unter 40 Jahre, alle waren krank, ehe sie sich mit dem Virus infizierten. 70 Prozent der Opfer sind Männer. Drei Personen (0,8 Prozent) starben offenbar ausschließlich "am" Coronavirus - "ohne wenn und aber", wie die Italiener sagen. Alle anderen litten an mindestens einer schweren Vorerkrankung. Die Hälfte hatte drei oder mehr Krankheiten, die häufigsten waren: Bluthochdruck, Diabetes, Krebs, Herz- und Atembeschwerden.

[...]

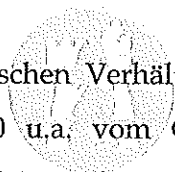
Trotzdem fragen sich die Italiener natürlich, warum es gerade sie zuerst und so stark traf. Auch dazu gibt es viele Thesen und Erzählungen, die vielleicht nur so lange Bestand haben, bis Vergleichswerte aus anderen Ländern vorliegen. Grund eins ist demografisch: Italiens Bevölkerung gehört zu den betagtesten der Welt, das Durchschnittsalter liegt bei 46,3 Jahren. Fast 14 Millionen Italiener sind über 65 Jahre alt.

Grund zwei: Das "Epizentrum" der Ausbreitung umfasst jene drei Regionen im Norden, alle in der Po-Ebene, die das wirtschaftliche und industrielle Herz des Landes bilden, die Lombardei, Venetien und die Emilia-Romagna. Nirgendwo in Europa ist die Luftverschmutzung größer. Viele ältere Bewohner leiden an Atemwegsbeschwerden. Und die Bevölkerungsdichte ist hoch: Ungefähr 40 Prozent der Italiener leben dort. Ein gefährlicher Mix. Zoomt man die besonders betroffenen Gebiete näher heran, rücken die Städte Lodi, Brescia und Bergamo ins Zentrum, letztere kämpfen mit schwindenden Kräften gegen die Katastrophe. Nur Mailand und Provinz blieben bisher relativ verschont, und weil in der Metropolregion drei Millionen Menschen eng an eng leben, ist es von zentraler



Bedeutung, dass das so bleibt. Motiv drei: Italien ist durchaus zurecht stolz auf sein öffentliches, allen zugängliches Gesundheitswesen. Nur wurde es in der jüngsten Finanz- und Wirtschaftskrise radikal zusammengespart. Der hochverschuldete Staat hat Forschungszuschüsse im vergangenen Jahrzehnt um 21 Prozent gekürzt und viele brillante Wissenschaftler ans Ausland verloren. Die Corona-Krise traf das System im ungünstigsten Moment. Motiv vier: Italien war das erste Land, das Flüge aus und nach China verbot. Die Maßnahme war nicht durchdacht: So reisten Passagiere aus China über Paris, Frankfurt und Zürich nach Italien ein, ungetestet.

<https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-italien-gruende-1.4851458>



Die Warnung vor italienischen Verhältnissen seitens des RKI wurde bereits am 5. April 2020 u.a. vom CDU-Haushaltsexperte *Andreas Mattfeldt* kritisiert. Er kritisierte die Informationspolitik des RKI: "Ich war sehr irritiert, dass Professor Wieler italienische Szenarien für Deutschland skizziert hat." Dies entbehre "jedweder Grundlage". Bislang seien genug Intensivbetten in den Krankenhäusern vorhanden.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

https://www.t-online.de/nachrichten/deutschland/id_87649098/robert-koch-institut-kritik-an-informationspolitik-der-bundesbehoerde.html

Die oben dargelegte These, dass eine Vorschädigung der Lungen durch Feinstaub und Abgase die Tödlichkeit des Virus verstärken könnte, erhärtete sich ferner zunehmend:

Zu dem Ergebnis kommt jedenfalls auch eine amerikanische Forscher*innengruppe. Sie fanden heraus, dass bereits kleine Differenzen in der Luftqualität einen großen Unterschied machen, wie

am 9. April 2020 in SPIEGEL Wissenschaft berichtet wurde. "Wir haben herausgefunden, dass schon ein Anstieg von einem Mikrogramm Feinstaub pro Kubikmeter Luft die COVID-19-Todesrate im Schnitt um 15 Prozent erhöht", schreiben die Forscher*innen. Anders ausgedrückt: Hätte die Luft in Manhattan in den vergangenen 20 Jahren nur ein Mikrogramm weniger Feinstaubpartikel pro Kubikmeter enthalten, wären dort der Berechnung zufolge jetzt etwa 250 Menschen weniger im Zusammenhang mit COVID-19 gestorben.

Die Studie wurde zwar noch nicht in einem anerkannten Fachjournal veröffentlicht, aber zur Begutachtung beim "New England Journal of Medicine" eingereicht. Es sei die erste landesweite Untersuchung zum Zusammenhang zwischen der Luftqualität und dem Verlauf von COVID-19-Erkrankungen in den USA, berichten die Wissenschaftler*innen. Sie hoffen, dass die Erkenntnisse Regionen mit vergleichsweise schlechter Luftqualität helfen werden, sich auf eine erhöhte Zahl Infizierter mit schwerem Krankheitsverlauf vorzubereiten. "In Regionen mit schlechter Luftqualität werden mehr SARS-CoV-2-Infizierte ins Krankenhaus kommen und mehr werden sterben", sagte etwa *Dominici* der "New York Times".

<https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/corona-virus-in-regionen-mit-schlechter-luftqualitaet-ist-die-todesrate-hoehera-b3d14b05-5f44-4706-b6e0-10544323abdc>

Auch die FAZ berichtete am 17. April 2020 über diese Studie.

https://www.faz.net/aktuell/wissen/corona-krise-verschaerft-schmutzige-luft-das-pandemie-desaster-16728901.html?utm_source=pocket-newtab

Der Autor des vorgenannten Artikels verweist dann noch auf drei weitere Beobachtungsstudien, die er im Einzelnen kurz skizziert und die den Verdacht nahelegen, dass nicht nur die historische Vorbelastung

allein, sondern vor allem die aktuelle Luftverschmutzung das Sterberisiko bei einer Sars-CoV-2-Ansteckung erhöht.

<https://www.faz.net/aktuell/wissen/corona-krise-verschaerft-schmutzige-luft-das-pandemie-desaster-16728901-p2.html>

(8)

Zwischenfazit

Nach alledem ist zu konstatieren, dass es keine wissenschaftliche Evidenz für die Notwendigkeit der Maßnahmen ab dem 23. März 2020 gibt und gab. Und schon gar nicht für deren Verlängerung und insbesondere auch nicht für die Einführung der hier verfahrensgegenständlichen strafbewehrten „Maskenpflicht“.

Der Staat muss sich rechtfertigen, wenn er in die Grundrechte der Menschen eingreift. Auch wenn sich dieser Grundsatz in den letzten Wochen faktisch umgekehrt hat. Die offiziellen Zahlen der staatlichen Einrichtungen, die über jeden Zweifel erhaben sein dürften, rechtfertigen die massiven Grundrechtseinschränkungen nach alledem erwiesenermaßen nicht.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Die Politiker*innen haben die Situation falsch eingeschätzt, sie haben erst zu spät und dann auch noch zu heftig reagiert. Zu dem Zeitpunkt hatte das Infektionsgeschehen nach alledem bereits seinen Höhepunkt überwunden. Damit müssen sich wenigstens die Gerichte nun auseinandersetzen, da die Politiker*innen nicht bereit waren – und immer noch nicht zu sein scheinen, ihren Kurs zu korrigieren.

Dafür bedarf es Mut.

Mut, den die Politiker*innen scheinbar nicht haben. Ihnen fehlen der Mut und das Rückgrat, einzuräumen, dass die Einschätzung – die so

gravierenden Folgen für alle Bundesbürger*innen nach sich zogen - fehlerhaft war.

Stattdessen vertiefen sie die Rechtsverletzungen durch die Verlängerungen der Verordnungen weiter, und stellen - wider wissenschaftlicher Evidenz - das aktuelle eingedämmte Infektionsgeschehen als Ergebnis der „richtigen Strategie“ dar, die man nun weiterverfolge.

So äußerte sich beispielsweise *Söder* am 15. April 2020 wie folgt:

„Eines kann man, glaube ich, sagen: Deutschland ist bislang im Vergleich zu vielen anderen Ländern besser durch diese schlimme Krise, die global stattfindet, gekommen. Wir können schon sagen, dass wir Corona zumindest anders unter Kontrolle haben, als das in vielen Ländern der Welt der Fall ist. Warum? Weil die Strategie, die wir entwickelt haben, die richtige war: Rechtzeitig, frühzeitig zu handeln und konsequent zu bleiben. Deswegen ist es wichtig, dass wir diesen grundlegenden Weg fortsetzen. Ich freue mich heute, dass wir weiter einen vorsichtigen Weg beschritten haben. Wir haben keine unkontrollierten Exit-Strategien diskutiert, sondern wir setzen weiter auf Vorsicht. Denn wir glauben, dass die größte Gefahr darin bestehen könnte, dass die guten Zahlen - was heißt „gute Zahlen“- , dass also die Entwicklung, die stabil ist, einen Rückschlag erleidet, wenn wir zu viel riskieren, wenn wir leichtsinnig werden und wenn wir Normalität vortäuschen, die es noch nicht geben kann, solange es keinen Impfstoff, solange es keine Medikamente gibt. Solange müssen wir einen Weg, ein Konzept finden, mit Corona zu leben - in Form von so viel Sicherheit wie möglich, aber auch mit den Möglichkeiten, den Menschen wieder die Freiheit zu geben.“

<https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/pressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-bundesminister-scholz-ministerpraesident-soeder-und-dem-ersten-buergermeister-tschentscher-im-anschluss-an-das-gespraech-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-1744310>

Die Einschätzungsprärogative ist dann an ihre Grenzen gestoßen, wenn die Annahmen, die den Entscheidungen zugrunde liegen, - so wie hier - fehlerhaft sind.

**b.
legitimer Zweck**

Nach den vorangestellten Ausführungen ist bereits fraglich, ob es einen legitimen Zweck für die Anordnung der „Maskenpflicht“ gibt und gab.

Die Freiheit der Person, die das Grundgesetz als "unverletzlich" bezeichnet, ist ein so hohes Rechtsgut, dass in sie aufgrund des Gesetzesvorbehalts des Art. 2 Abs. 2 Satz 3 GG nur aus besonders gewichtigen Gründen eingegriffen werden darf. Unbeschadet dessen, dass solche Eingriffe, unter bestimmten Voraussetzungen auch in Betracht kommen mögen, wenn sie den Betroffenen daran hindern sollen, sich selbst einen größeren persönlichen Schaden zuzufügen sind sie im Allgemeinen nur zulässig, wenn der Schutz anderer oder der Allgemeinheit dies unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes erfordert.

Nach diesem Grundsatz muss ein grundrechtseinschränkendes Gesetz geeignet und erforderlich sein, um den erstrebten Zweck zu erreichen. Ein Gesetz ist geeignet, wenn mit seiner Hilfe der erstrebte Erfolg gefördert werden kann; es ist erforderlich, wenn der Gesetzgeber nicht ein anderes, gleich wirksames, aber das Grundrecht nicht oder weniger stark einschränkendes Mittel hätte wählen könne. Bei der Beurteilung

der Eignung und Erforderlichkeit des gewählten Mittels zur Erreichung der erstrebten Ziele sowie bei der in diesem Zusammenhang vorzunehmenden Einschätzung und Prognose der dem Einzelnen oder der Allgemeinheit drohenden Gefahren steht dem Gesetzgeber ein Beurteilungsspielraum zu, welcher vom Bundesverfassungsgericht je nach der Eigenart des in Rede stehenden Sachbereichs, den Möglichkeiten, sich ein hinreichend sicheres Urteil zu bilden, und der auf dem Spiel stehenden Rechtsgüter nur in begrenztem Umfang überprüft werden kann.

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Vgl. hierzu BVerfG - Beschluss vom 09. März 1994 - 2 BvL 43/92.

Gleiches gilt auch für eine Rechtsverordnung.

Ausweislich der hier angegriffenen Verordnung ist diese zur „Bekämpfung des Corona-Virus“ erlassen worden. Es ist bereits fraglich, ob der Schutz vor dem Coronavirus SARS-CoV-2 und COVID-19 ein tauglicher Zweck für die Rechtsverordnung ist. § 32 Abs. 1 IfSG berechtigt, „durch Rechtsverordnungen entsprechende Gebote und Verbote zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu erlassen“.

Diese Frage ist nicht nur eine semantische, sondern gerade in diesem Zusammenhang eine wesentliche juristische. Das erklärt sich bereits daraus, dass § 28 IfSG gegenüber Nichtstörern – wie oben dargelegt – gerade nur eine „Lückenfüllerfunktion“ hat und keine eigenständigen Maßnahmen rechtfertigt. D.h. der Schutz der nichterkrankten Bevölkerung vor Ansteckung kann nur dann ein legitimes Ziel sein, wenn

- a. die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts – also einer Ansteckung mit SARS-CoV-2-Viren außerhalb des eigenen Wohnumfeldes als wahrscheinlich – zumindest als wahrscheinlicher als innerhalb des eigenen Wohnumfeldes – angesehen wird und

- b. durch die Ansteckung mit SARS-CoV-2-Viren eine erhebliche Gesundheitsgefährdung für die Nichterkrankten bzw. Dritte besteht.

Das Bundesverwaltungsgericht hat wie bereits oben dargelegt hierzu zum Ansteckungsverdächtigen ausgeführt:

„Es ist der im allgemeinen Polizei- und Ordnungsrecht geltende Grundsatz heranzuziehen, dass an die Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts umso geringere Anforderungen zu stellen sind, je größer und folgenschwerer der möglicherweise eintretende Schaden ist. Dafür sprechen das Ziel des Infektionsschutzgesetzes, eine effektive Gefahrenabwehr zu ermöglichen (§ 1 Abs. 1, § 28 Abs. 1 IfSG), sowie der Umstand, dass die betroffenen Krankheiten nach ihrem Ansteckungsrisiko und ihren Auswirkungen auf die Gesundheit des Menschen unterschiedlich gefährlich sind. Im Falle eines hochansteckenden Krankheitserregers, der bei einer Infektion mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer tödlich verlaufenden Erkrankung führen würde, drängt sich angesichts der schwerwiegenden Folgen auf, dass die vergleichsweise geringe Wahrscheinlichkeit eines infektionsrelevanten Kontakts genügt. Das Beispiel zeigt, dass es sachgerecht ist, einen am Gefährdungsgrad der jeweiligen Erkrankung orientierten, "flexiblen" Maßstab für die hinreichende (einfache) Wahrscheinlichkeit zugrunde zu legen.“

BVerwG, Urteil vom 22. 3. 2012 – 3 C 16.11; Niedersächsisches OVG (lexetius.com/2012,1999)

Es ist mithin bereits zweifelhaft, ob für den Nichterkrankten gleichsam eine einfache Wahrscheinlichkeit als Maßstab anzulegen ist. Unabhängig davon ist der Gefährdungsgrad ausweislich des Bundesverwaltungsgerichts sodann wie folgt zu ermitteln:

„Ob gemessen daran ein Ansteckungsverdacht im Sinne von § 2 Nr. 7 IfSG zu bejahen ist, beurteilt sich unter Berücksichtigung der Eigenheiten der jeweiligen Krankheit und der verfügbaren epidemiologischen Erkenntnisse und Wertungen sowie anhand der Erkenntnisse über Zeitpunkt, Art und Umfang der möglichen Exposition der betreffenden Person und über deren Empfänglichkeit für die Krankheit. Davon ist auch das Obergerverwaltungsgericht ausgegangen. Es hat dabei zu Recht darauf abgestellt, dass das zugrunde liegende Erkenntnismaterial belastbar und auf den konkreten Fall bezogen sein muss. Die Feststellung eines Ansteckungsverdachts setzt voraus, dass die Behörde zuvor Ermittlungen zu infektionsrelevanten Kontakten des Betroffenen angestellt hat; denn ohne aussagekräftige Tatsachengrundlage lässt sich nicht zuverlässig bewerten, ob eine Aufnahme von Krankheitserregern anzunehmen ist. Die Ermittlungspflicht der Behörde folgt bereits aus dem allgemein für das Verwaltungsverfahren geltenden Untersuchungsgrundsatz (vgl. § 24 Abs. 1 VwVfG). Sie lässt sich darüber hinaus aus § 25 Abs. 1 IfSG ableiten. Nach dieser Bestimmung stellt das Gesundheitsamt die erforderlichen Ermittlungen insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit an, wenn Anhaltspunkte für einen Krankheits-, Krankheitsverdachts-, Ansteckungsverdachts- oder Ausscheidungsfall vorliegen. Zur Systematik von § 25 und § 28 IfSG heißt es in den Gesetzesmaterialien ausdrücklich, dass vor der Anordnung von Schutzmaßnahmen regelmäßig Ermittlungen angestellt werden müssen, um die Annahme eines Krankheits- oder Ansteckungsverdachts abzusichern (BTDrucks 8/2468 S. 26; Bales/Baumann, a. a. O. § 25 Rn. 4 f.).“

BVerwG a.a.O.

Auf welches konkrete Erkenntnismaterial sich der Verordnungsgeber bezieht ist nicht ersichtlich.

Von welchen Tatsachengrundlagen und Zahlen der Verordnungsgeber für seine Maßnahmeentscheidung ausgegangen ist, ist nämlich nicht nachvollziehbar.

Dazu im Einzelnen:



aa.

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Robert Koch-Institut

Soweit der Verordnungsgeber auf Erkenntnisse des Robert Koch-Instituts verweisen sollte, ist zunächst einmal klarzustellen, dass Verordnungsgeber der Verordnungsgeber ist und dieser aufgrund des zugrundeliegenden belastbaren Erkenntnismaterials Entscheidungen treffen muss.



Das ist insbesondere auch deshalb der Fall, da durch die Verordnung Tatbestände geschaffen worden sind, die der Strafbarkeit unterliegen.

Ausweislich § 4 IfSG kommt dem RKI eine beratende Rolle zu. Diese Beratungstätigkeit hat ein besonderes Gewicht, der Verordnungsgeber muss sich aber dennoch eine eigene kritische Überzeugung bilden und aufgrund dieser Überzeugung handeln.

Weder aus dem Gesetz noch aus den Gesetzesmaterialien geht hervor, dass das RKI Inhalte von Verordnungen vorgeben dürfe bzw. selber die Rolle eines Verordnungsgebers hätte. Mithin muss der Verordnungsgeber sich aufgrund der Beratungen durch u.a. das Robert Koch-Institut Erkenntnisse verschaffen, auf deren Grundlagen er Maßnahmen anordnet.

Ausgehend von diesen Ausführungen und Bezugnahmen auf die zuvor zitierte Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts ergeben sich die nachfolgenden Probleme für die Bewertung:

Es ist nicht ersichtlich, welche Eigenheiten der bezeichneten Krankheit berücksichtigt worden sind.

Es ist nicht ersichtlich, auf welchen verfügbaren epidemiologischen Erkenntnissen und Wertungen die hier beanstandete Maßnahmeentscheidung beruht.

Es ist nicht ersichtlich, welche Erkenntnisse über Zeitpunkt, Art und Umfang der möglichen Exposition der betreffenden Personen zum Zeitpunkt des Erlasses der Verordnung vorlagen.

Es ist nicht ersichtlich, wie die Empfänglichkeit der Betroffenen für die Krankheit berücksichtigt worden ist.

Es ist nicht ersichtlich, dass das zugrundeliegende Erkenntnismaterial belastbar und auf den konkreten Fall bzw. hier auf eine die konkrete Gefährdung der und durch die Betroffenen bezogen worden ist.

Ohne aussagekräftige Tatsachengrundlage lässt sich nicht zuverlässig bewerten, ob eine Aufnahme oder die Gefahr der Aufnahme von Krankheitserregern anzunehmen ist.

Es liegen keinerlei Kenntnisse über erfolgte erforderliche Ermittlungen insbesondere über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit vor.

bb.

Ermittlung von Tatsachen / Grundlagen zur Einschätzung einer Gefahr

Weiterhin wird - in Hinsicht auf die Ermittlung der vorgenannten Tatsachen - Bezug genommen auf die „Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan - COVID-19 - neuartige Coronaviruserkrankung“ des RKI vom 4. März 2020. Darin wird ausgeführt (S. 15):

„Eine besondere Herausforderung besteht darin, dass die virologischen, epidemiologischen und klinischen Informationen größtenteils nicht oder noch nicht verlässlich vorhanden sind, wenn die Risikoeinschätzung und Entscheidungen über Maßnahmen erfolgen sollen, daher ist es notwendig, dass die Risikoeinschätzung fortwährend mit den jeweils verfügbaren Informationen ergänzt und neu bewertet wird.“

Soweit mithin das RKI selber ausführt, dass am 4. März 2020 „die virologischen, epidemiologischen und klinischen Informationen größtenteils nicht oder noch nicht verlässlich vorhanden“ waren, ist die Frage aufzuwerfen, auf welcher Grundlage eine entsprechende Verordnung erlassen worden ist.

cc.

Nationaler Pandemieplan - COVID-19

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Auf Seite 17 der „Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan - COVID-19 - neuartige Coronaviruserkrankung“ wird ausgeführt:

„Äußerst schwierig gestaltet sich derzeit die Bewertung der Gesamtschwere der Epidemie, bei der die drei Hauptkriterien

1. Übertragbarkeit (Transmissibility),
2. Anteil klinisch schwerer bzw. tödlicher Krankheitsverläufe (Seriousness of disease) und
3. Auslastung und Kapazität des Gesundheitsversorgungssystems (Impact)

des jeweils betroffenen Landes berücksichtigt werden müssen.“

Insofern führt das RKI selber aus, dass eine belastbare Zahlengrundlage für Entscheidungen zu verfahrensrelevanten Zeitpunkt nicht vorhanden war.

dd.

Ermittlung der Risikoeinschätzung nach Nationalen Influenzapanemieplan – Teil 2

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Das RKI hat im sogenannten Nationalen Influenzapanemieplan – Teil 2 aufgeführt, wie eine Risikoeinschätzung vorgenommen werden muss:

„5.3. Konzept in Deutschland

In Deutschland können für eine kontinuierliche, differenzierte Risikoeinschätzung während einer Pandemie drei grundlegende Kriterien herangezogen werden:

Das epidemische Potenzial in der Bevölkerung

Das epidemische Potenzial eines Influenzavirus wird vor allem durch die Übertragbarkeit des Virus bestimmt. Es ist wichtig zu erfassen, wie leicht und wie schnell sich das Virus von Mensch zu Mensch überträgt und sich somit ausbreitet. Dabei stellen sich u. a. folgende Fragen (s. Tab. 4):

Wie ändert sich der Anteil der infizierten (oder erkrankten) Personen in der Bevölkerung von einer Zeiteinheit zur nächsten?

Wie schnell steigt die Fallzahl an?

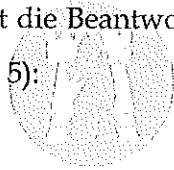
Wie hoch ist der Anteil der Bevölkerung, der kreuzreagierende Antikörper und damit gegebenenfalls einen gewissen Schutz gegen das pandemische Influenzavirus aufweist?

Antworten auf diese Fragen erlauben u. a. eine Einschätzung, wie sinnvoll (evtl. kurzfristige) Maßnahmen – wie z.B. präventive Schulschließungen – sein können, die das Ziel haben, die rasche Ausbreitung zu verhindern.



Das epidemiologische (Schwere-)Profil von Influenzaerkrankungen

Das epidemiologische (Schwere-) Profil von Influenzaerkrankungen kann durch die Beobachtung des Erkrankungsgeschehens in der Bevölkerung eingeschätzt werden. Dabei steht die Beantwortung von folgenden Fragen im Mittelpunkt (s. Tab. 5):



Wie hoch ist die Krankheitslast auf Bevölkerungsebene, in der Primärversorgung, auf Krankenhausebene und wie hoch ist die Anzahl der Todesfälle?

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Wie hoch ist der Anteil von Influenzaerkrankungen mit schwerem Krankheitsverlauf? Welche Risikofaktoren führen dazu, dass Personen schwer erkranken (z.B. Altersgruppen, Vorerkrankungen)? Sind antivirale Arzneimittel und Impfstoffe wirksam?

Wie hoch ist der Anteil der Infizierten, die keine Symptome zeigen?

Antworten auf diese Fragen erlauben u. a. eine Einschätzung, welcher Anteil der Bevölkerung erkrankt bzw. schwer erkrankt ist. Darüber hinaus lassen sich aus diesen Parametern wichtige

epidemiologische Kenngrößen, wie z.B. die Letalität, ableiten. Weiterhin können einige dieser Indikatoren darüber Aufschluss geben, wie stark ein bestimmter Sektor im Gesundheitswesen zumindest von der „Nachfrageseite“ her belastet ist (z.B. der primärversorgende Bereich). Schließlich können die Werte auch mit saisonalen Wellen und früheren Pandemiewellen verglichen werden.



Die Ressourcenbelastung im Gesundheitsversorgungssystem

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Während einer Pandemie steht vor allem die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung im Vordergrund. Daher ist die Erfassung der Belastung von humanen und materiellen Ressourcen im Gesundheitsversorgungssystem wichtig. Darüber hinaus sind weitere öffentliche Dienstleistungen von Bedeutung. Die Ressourcenplanung und das Ressourcenmanagement sind Aufgaben der Länder.

Für die Beurteilung der Lage in einer pandemischen Situation stehen folgenden Fragen in Mittelpunkt:

Wie hoch ist der Anteil der Personen mit ARE in Arztpraxen?
Wie hoch ist der Anteil von Influenzapatienten bezogen auf die Anzahl von Krankenhausbetten, medizinischem Personal, intensivmedizinischen Betten- und Beatmungsplätzen?

Zur Beantwortung dieser Fragen können Daten aus der syndromischen Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza und Krankenhaussurveillance herangezogen werden (s. Tab. 6).“

[https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan Teil II_gesamt.pdf?blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/I/Influenza/Pandemieplanung/Downloads/Pandemieplan_Teil_II_gesamt.pdf?blob=publicationFile)

ee.

Konkrete Risikoeinschätzung

Gleiches geht auch aus der Veröffentlichung „COVID-19: Grundlagen für die Risikoeinschätzung des RKI“ hervor:

„Die Risikoeinschätzung ist die Beschreibung und Einschätzung der Situation für die Bevölkerung in Deutschland. Sie bezieht sich nicht auf die Gesundheit einzelner Individuen oder spezieller Gruppen in der Population und nimmt auch keine Vorhersagen für die Zukunft vor.

In die Risikobewertung gehen ein

der jeweils verfügbare aktuelle Kenntnisstand zur internationalen Situation, der IST-Zustand der epidemiologischen Lage in Deutschland, die Verfügbarkeit von Schutz- und Behandlungsmaßnahmen

Bei der Risikobewertung handelt es sich um eine deskriptive, qualitative Beschreibung. Denn für die verwendeten Begriffe „gering“, „mäßig“, „hoch“ oder „sehr hoch“ liegen keine quantitativen Werte für Eintrittswahrscheinlichkeit oder Schadensausmaß zugrunde. Allerdings werden für die Schwerebeurteilung (= Schadensausmaß) genutzten drei Kriterien bzw. Indikatoren (Übertragbarkeit, Schwereprofil und Ressourcenbelastung) mit jeweils quantifizierbaren Parametern beurteilt. Entwickelt und erprobt wurde dieser Ansatz zur Beurteilung der Schwere von saisonalen Grippewellen in Deutschland. Dies erlaubt, das COVID-19 Geschehen in Relation zu der Erfahrung mit anderen epidemisch bedeutsamen Lagen setzen zu können (Ref. 1, 2).

Zu beachten ist, dass die Risikowahrnehmung in der Bevölkerung nicht in die Risikobewertung des RKI einfließt.

Die besondere Herausforderung besteht darin, dass in einer frühen Phase einer Epidemie die erforderlichen Informationen größtenteils nicht oder noch nicht verlässlich vorhanden sind. Insbesondere in den ersten Wochen sind Daten relevant, die außerhalb Deutschlands erhoben wurden. Zusätzlich werden mehr und mehr Informationen zu bestätigten Fällen in Deutschland in die Risikoeinschätzung einbezogen.

Aktuell werden u.a. folgende verfügbare Informationen für die Risikoeinschätzung genutzt:

Übertragbarkeit: Fallzahlen und Trends zu gemeldeten Fällen gemäß Infektionsschutzgesetz in Deutschland und in anderen Ländern (siehe Fallzahlen sowie tägliche Situationsberichte des RKI, Ref. 3, 4)

Schwereprofil: Anteil schwerer, klinisch kritischer und tödlicher Krankheitsverläufe in Deutschland und in anderen Ländern (siehe Steckbrief zu COVID-19, Ref. 5).

Ressourcenbelastung des Gesundheitsversorgungssystems in Deutschland und in anderen Ländern unter Berücksichtigung der jeweils getroffenen Maßnahmen sowie aller prinzipiellen Möglichkeiten der Prävention und Kontrolle (siehe z.B. Ref. 6, 7)

Bei einer anhaltenden Übertragung in der Bevölkerung in Deutschland werden für die Bewertung zusätzlich zu den Meldedaten gemäß Infektionsschutzgesetz Informationen aus weiteren Surveillancesystemen (Bevölkerungsbasierte Surveillance mit GrippeWeb; syndromische und virologische Surveillance der Arbeitsgemeinschaft Influenza,

Krankenhaussurveillance (z.B. ICD10-Code basierte KH-Surveillance ICOSARI), laborgestützte Surveillance von Erregernachweisen, z.B. mit ARS und zeitnahe Mortalitätssurveillance-systeme) genutzt. Die Systeme beruhen auf den Daten, die für Deutschland zur Verfügung stehen, sodass Bewertungen im Verlauf differenzierter möglich sind.“



https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikobewertung_Grundlage.html

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Insofern stellt sich die Frage, auf welcher Grundlage das RKI zu der folgenden Risikobewertung kommt:

„Die Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird derzeit insgesamt als hoch eingeschätzt, für Risikogruppen als sehr hoch.“

Es ist nicht ersichtlich, dass auch nur eine der vorgenannten - aus Sicht des RKI unerlässlichen - Fragen beantwortet worden wäre.

Es ist auch nicht ersichtlich, welche Daten aus welchen anderen Ländern mit welchem Inhalt angefordert worden sind, um das Risiko einschätzen zu können.

ff.

Zahlen im Geltungszeitraum der Verordnung

Die tatsächlich veröffentlichten Zahlen geben nicht das wieder, was in der Öffentlichkeit als Grundlage für Maßnahmen behauptet wird, sondern belegen unter wissenschaftlicher Betrachtung, dass eine über die alljährliche Gefahrensituation in Bezug auf Atemwegserkrankungen hinausgehende Gefährdung gerade nicht vorliegt.

Im Lagebericht des RKI vom 29. April 2020 werden wie bereits oben thematisiert die folgenden Zahlen veröffentlicht:

KW	Anzahl Testungen	Positiv getestet	Anzahl übermittelnde Labore
Bis einschl. 10	124.716	3.892 (3,1%)	90
11	127.457	7.582 (5,9%)	114
12	348.619	23.820 (6,8%)	152
13	361.515	31.414 (8,7%)	151
14	408.348	36.885 (9,0%)	154
15	379.233	30.728 (8,1%)	163
16	330.027	21.993 (6,7%)	167
17	467.137	25.222 (5,4%)	174
Summe	2.547.052	181.536 (7,1%)	

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-29-de.pdf?_blob=publicationFile

Eine Steigerung von Erkrankten hat sich maximal von 5,9 % der Getesteten auf 9,0 % der getesteten Personen ergeben und war bereits wieder auf 5,4 % abgesunken.

Das RKI führt sodann weiter aus:

Rechtsanwältin Jessica Hamed
 „Seit Beginn der Testungen in Deutschland bis einschließlich KW 17/2020 wurden bisher 2.547.052 Labortests erfasst, davon wurden 181.536 positiv auf SARS-CoV-2 getestet.“

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/2020-04-29-de.pdf?_blob=publicationFile

Eine Labordiagnose wurde zum damaligen Zeitpunkt erhoben, wenn entweder

ein spezifisches klinisches Bild eines COVID-19, definiert als:

- Lungenentzündung (Pneumonie)

oder

ein unspezifisches klinisches Bild eines COVID-19, definiert als mindestens eines der beiden folgenden Kriterien:

- akute respiratorische Symptome jeder Schwere

- krankheitsbedingter Tod

vorgefunden wird.

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Falldefinition.pdf?__blob=publicationFile

Das bedeutet, dass seit der 11. Kalenderwoche - also zwischen dem 9. März und dem 29. April - mindestens 2.422.336 Menschen in Deutschland einen Arzt bzw. eine Ärztin wegen akuter respiratorischer Symptome aufgesucht haben. Davon waren etwa 2.238.059 Menschen **nicht** mit dem SARS-CoV-2 infiziert, sondern hatten andere klinische Befunde von Atemwegserkrankungen, die den jeweiligen behandelnden Arzt bzw. die Ärztin dazu veranlasst haben, eine Testung auf Sars-CoV-2 durchzuführen.

Infiziert mit dem SARS-CoV-2-Virus waren mithin deutschlandweit maximal 9 Prozent der getesteten Personen. Getestete Personen waren diejenigen, die ein klinisches Bild aufgewiesen haben (einen Arzt bzw. eine Ärztin konsultiert haben). Bei Steigerungsraten von 3,1 Prozent und Abfall um inzwischen 3,6 Prozent innerhalb von 7 Wochen liegen mithin keinerlei Anhaltspunkte für eine erhöhte Übertragbarkeit vor. Die Zahlen des RKI belegen eher das Gegenteil.

Mithin müsste der Verordnungsgeber Nachweise präsentieren, die auf andere Zahlen schließen ließen.

Insbesondere müsste der Verordnungsgeber Zahlen vorlegen, die zum einen einen Vergleich mit dem Verlauf grippeähnlicher Erkrankungen aus den Vorjahren zulässt, um zu sehen, ob der bisherige Jahresverlauf den Erwartungen entspricht oder davon abweicht.

Der Verordnungsgeber müsste weiterhin Daten vorlegen, aus denen sich ergibt, bei welcher Anzahl von den Personen, bei denen Sars-CoV-2 labordiagnostisch nachgewiesen wurde zeitgleich noch weitere behandlungsbedürftige Erkrankungen vorliegen und deren Art und Schwere.

Zudem müsste der Verordnungsgeber vortragen, welche Maßnahmen in Bezug auf die übrigen 2,2 Millionen (!) mit akutem Atemwegssyndrom erkrankten Personen vorgenommen worden sind; wieviel von diesen Personen hospitalisiert worden sind und ggf. eine intensivmedizinische Behandlung oder Beatmung benötigen.

hh.

Konkrete Zahlen für das Land Hessen

Maßnahmen, wie die hier beanstandete Maskenpflicht, dürfen durch den Verordnungsgeber auch nicht in Bezug auf Zahlen in Hinblick auf eine konkrete Gefährdungslage in der Bundesrepublik Deutschland erhoben werden, sondern es muss eine konkrete Gefährdungslage im Bundesland ersichtlich sein.

Ein exponentielles Wachstum - hierzu bereits oben - war zu keinem Zeitpunkt (weder vor den getroffenen Maßnahmen, noch seit Bestehen der Maßnahmen) gegeben und ist auch nicht ersichtlich. Sowohl die reinen Rohdaten in Bezug auf die Fallzahlen, als auch die reinen Rohdaten in Bezug auf die Todesfälle (im Covid-19-Zusammenhang nicht wegen Covid-19), lassen einen Grund für die Maßnahmen nicht erkennen.

(i) Auswertung der Daten – Datenethik und Datenkompetenz

Um die Daten für Prognosen auszuwerten, sind wissenschaftliche Maßstäbe an die Datenkompetenz derjenigen, die daraus Maßnahmen ableiten, anzulegen.

Die Unterzeichnerin macht sich insoweit die Argumentation aus dem Artikel „Covid-19 und der Blindflug“ von RiskNET® zu eigen. RiskNET® ist das führende unabhängige deutschsprachige Kompetenzzentrum und Wissenspool rund um den Themenkomplex Risikomanagement und Compliance:

„Zu einem seriösen Umgang mit Unsicherheit gehören auch die Themen Datenethik und Datenkompetenz (Data Literacy). Hierzu zählt die Fähigkeit, Daten auf kritische Art und Weise zu sammeln, zu managen, zu bewerten und anzuwenden. Dieses Thema scheint aktuell bei der Risikobewertung der Covid-19-Krise bestenfalls eine untergeordnete Rolle zu spielen. So hat in der Zwischenzeit der Präsident des Robert-Koch-Instituts (RKI) bestätigt, dass testpositive Verstorbene unabhängig von der wirklichen (und kausalen) Todesursache als "Corona-Todesfälle" gezählt werden ("Bei uns gilt als Corona-Todesfall jemand, bei dem eine Coronavirus-Infektion nachgewiesen wurde"). D.h. auch Menschen, die mit Corona (und nicht an Corona) verstorben sind, werden in der Statistik aufgeführt. Hiermit wird nicht nur gegen ein Grundgebot der Infektiologie verstoßen, sondern auch gegen datenethische Grundsätze. Die Daten aus Italien zeigen, dass über 99% der Verstorbenen eine oder mehrere chronische Vorerkrankungen aufwiesen. Daher sollten auch die italienischen Daten kritisch hinterfragt werden und die reinen Rohdaten-Statistiken als Blaupause für Maßnahmen Anwendung finden.

Die seitens des Verordnungsgebers definierten Maßnahmen basieren nicht auf einer ausreichenden Datengrundlage. Datenkompetenz und Datenethik kommen zu kurz. Diese Unsicherheit bei der Datengrundlage könnte recht einfach mit Hilfe repräsentativer Stichproben beseitigt werden – ein Ansatz, den jeder Risikomanager und Qualitätsmanager in der Praxis anwendet. Wenn ein seriös arbeitender Risiko- oder Qualitätsmanager keine Daten zur Verfügung hat, so generiert er die Daten mit Hilfe einer repräsentativen Stichprobe. Keinesfalls definiert er Maßnahmen basierend auf dem Leitprinzip "… wird schon irgendwie passen!". So fordern beispielsweise auch der Präsident des Weltärzteverbandes, Frank Montgomery sowie David L. Katz (Yale-Griffin Prevention Research Center) und viele weitere renommierte Wissenschaftler eine möglichst schnelle Aufhebung der radikalen Maßnahmen, da man hierüber im Ergebnis neue und möglicherweise noch viel größere Risiken produziere. Diese würden am Ende mehr Menschen töten als das Virus selbst. Ziel muss es sein, die Risikogruppen zu schützen. Ähnlich argumentiert auch Julian Nida-Rümelin, Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München, aus der Perspektive der Risikoethik.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Daten als eine Schlüsselressource für staatliches Handeln

Im November 2019 hat die Bundesregierung ein Eckpunktepapier zur geplanten Datenstrategie vorgelegt. Es beginnt mit den Worten: "Im digitalen Zeitalter sind Daten eine Schlüsselressource für gesellschaftlichen Wohlstand und Teilhabe, für eine prosperierende Wirtschaft und den Schutz von Umwelt und Klima, für den wissenschaftlichen Fortschritt und für staatliches Handeln. Die Fähigkeit, Daten verantwortungsvoll und selbstbestimmt zu nutzen, zu verknüpfen und auszuwerten, ist gleichermaßen Grundlage für technologische Innovation, für das Generieren von Wissen und für den gesellschaftlichen

Zusammenhalt.". Als zentrale Handlungsfelder werden die verantwortungsvolle Datennutzung und die Erhöhung der Datenkompetenz gefordert.

Das Hochschulforum Digitalisierung, ein vom BMBWF geförderter Thinktank des Stifterverbands der Wissenschaften, hat bereits im August 2019 mit dem "Data Literacy Framework" einen umfassenden Kompetenzrahmen für Data Literacy vorgelegt, der in singulärer Weise die Ebene der Datenkultur und die Dimension der Datenethik nicht nur thematisiert, sondern konkrete Beispiele für deren Anwendung liefert. Insbesondere ist die Notwendigkeit der Einbeziehung verschiedenster Perspektiven (Fachexperte, Datenexperte, Datenschützer, Datenethiker) herausgearbeitet.

Dass die Debatte und Entscheidungsfindung in der Corona-Krise weitgehend ohne die Beteiligung von Statistikern, Epidemiologen, Datenschützern und Datenethikern abläuft, ist vor diesem Hintergrund schwer nachzuvollziehen. Verzerrte Daten, deren Qualität kaum zur Entscheidungsfindung taugen, werden in hoch komplexen Modellen analysiert, als enthielten sie die dringend benötigten Informationen zur Gewinnung von Handlungswissen. Die negativen Konsequenzen für den gesellschaftlichen Zusammenhalt und Wohlstand sind nicht ausreichend durchdacht. Der politische Umgang mit der Corona-Krise in Deutschland ist bislang kein Lehrstück für verantwortungsvolle Datennutzung und Datenkompetenz.

Politische Maßnahmen sind wenig bis gar nicht evidenzbasiert

Viele der beschlossenen politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Covid-19-Pandemie sind wenig bis gar nicht evidenzbasiert und durch Fakten begründet. Sinnhaftigkeit und Ratio werden nur unzureichend und vor allem nicht kritisch

hinterfragt. Nicht alle Wissenschaftler weisen darauf hin, dass die Transparenz und Qualität der Daten aktuell sehr eingeschränkt ist. Fakt ist jedoch, dass die wissenschaftliche Evidenz mit gering eingestuft werden muss, da beispielsweise keine repräsentativen Stichproben durchgeführt wurden. Dies führt dazu, dass politisch beschlossene Maßnahmen auf keinem soliden Datenfundament basieren, sondern eher einem Blindflug gleichen.



Was wir wissen und was wir nicht wissen! FACHANWÄLTE

Basierend auf Studien der Weltgesundheitsorganisation WHO infizieren sich jährlich rund 15 Prozent der Weltbevölkerung mit einem der umlaufenden Influenzastämme. D.h. jedes Jahr infizieren sich ungefähr eine Milliarde Menschen an einem der saisonalen Influenzaviren.



Von diesen infizierten Menschen sterben jedes Jahr zwischen 290 000 bis 650 000 Personen kausal verursacht durch Influenza.

Influenzaviren mutieren häufig. Das ist der Grund dafür, dass sie mal mehr, mal weniger aggressiv sind.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Daher schwankt auch die Zahl der Todesfälle sehr stark. Während der sehr heftigen Influenza-Saison im Winter 2017/2018 starben in Deutschland nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) 25.000 Menschen an der Grippe. Aktuelle Analysen präsentieren bei Covid-19 eine geringe Infektiosität mit einem Ansteckungsrisiko unterhalb der Grippe (Influenza A/B). Die von Virologen geschätzte (finale) Letalität liegt mit 0,3-0,7 Prozent (case fatality rate, CFR) nur gering über der Influenza und weit unter der Pandemie von SARS-1 aus dem Jahr 2002/2003, die damals weltweit bei 9,6 Prozent lag. Siehe hierzu ergänzend die aktuelle Studie von Roussel et al. (2020): SARS-

CoV-2: Fear Versus Data. Verwiesen sei auch auf die Studie "Covid-19 – Navigating the Uncharted" von Anthony S. Fauci, M.D., H. Clifford Lane, M.D., and Robert R. Redfield, M.D. [veröffentlicht im "The New England Journal of Medicine"]. Der italienische Virologe Giulio Tarro bestätigt, dass die Mortalität von Covid-19 auch in Italien bei unter 1 Prozent liege und damit vergleichbar mit der Grippe sei. Die höheren Werte ergeben sich nur, weil nicht zwischen Todesfällen mit und durch Covid19 unterschieden werde, und weil die Anzahl der (symptomfreien) Infizierten stark unterschätzt werde.

Auch Carsten Scheller, Professor für Virologie an der Universität Würzburg, beklagt die schlechte Datenlage und setzt sich mit Schätzungen auseinander, die im ZDF Harald Lesch aufgestellt hatte, und die einen Kollaps der Kliniken vorausgesagt hatten. Die in Veröffentlichungen häufig dargestellten Exponential-funktion hat aus seiner Sicht eher mit der zunehmenden Anzahl an Tests zu tun, als mit einer ungewöhnlichen Ausbreitung des Virus selbst.

Bei der Diskussion um Covid-19 gibt es zahlreiche Unbekannte, etwa wie lange es dauert, bis eine infizierte Person für andere ansteckend wird, wie lange die Ansteckung dauert, wie hoch die Sterblichkeitsrate ist und ob und wie lange Menschen infiziert sind, bevor Symptome auftreten. Von vielen "Experten" werden diese unbekannt Parameter in der Risikokommunikation als sicherer Wissen verwendet.

Basierend auf Daten der italienischen Nationalen Gesundheitsinstituts ISS liege das Durchschnittsalter der positiv auf Covid-19 getesteten Verstorbenen in Italien derzeit bei rund 81 Jahren. Die Zahlen aus anderen Ländern, beispielsweise Deutschland und der Schweiz, bestätigen diese Fakten.

80 Prozent der Verstorbenen hatten zwei oder mehr chronische Vorerkrankungen (beispielsweise koronare Herzerkrankung, Vorerkrankung der Lunge, chronische Lebererkrankung, Diabetes mellitus, Krebserkrankung, unterdrücktes oder schwaches Immunsystem).

Die Sterblichkeit ist unbekannt, da aufgrund des schlechten Datenlage eine präzise Schätzung nahezu unmöglich ist. Insbesondere wurde ein großer Teil der infizierten Personen bisher nicht ermittelt.

Die Zahlen aus Italien unterscheiden nicht trennscharf, ob die Personen an Covid-19 starben oder an ihren chronischen Vorerkrankungen oder an einer Kombination davon (oder auch einem Krankenhauskeim o.ä. Ursachen). Dies führt zu einer Überschätzung der Todesrate. Hiermit wird nicht nur gegen ein Grundgebot der Infektiologie verstoßen, sondern auch gegen datenethische Grundsätze.

So ruft beispielsweise die Mailänder Mikrobiologin Maria Rita Gismondo die italienische Regierung auf, die tägliche Anzahl der "Corona-Positiven" nicht mehr zu kommunizieren, da diese Zahlen "gefälscht" seien und die Bevölkerung in eine unnötige Panik versetzen würde.

Auch außerhalb Italiens wird in vielen Covid-19-Statistiken die kausale Ursache nicht korrekt erfasst. Auch Patienten, die mit Covid-19 an einer schwerer Krankheit verstorben sind, fließen in die Statistik mit den Covid-19-Todesfällen ein.

Bei weniger als 1 Prozent der Verstorbenen handelt es sich um Personen ohne chronische Vorerkrankungen.

Die Aussagen in den Medien, dass auch jüngere Personen an Covid-19 verstorben sind, basieren häufig auf unsauberen Recherchen. In fast allen Fällen lagen schwere Vorerkrankungen (bspw. Krebs) vor, die teilweise erst bei der Analyse festgestellt wurden.

Die weltweit verwendeten Viren-Tests, die auf der sogenannten Polymerasekettenreaktion (Polymerase Chain Reaction, PCR) basieren, gelten insgesamt als sehr zuverlässig. Trotzdem schließt ein negativer Test eine Infektion mit dem Coronavirus nicht vollständig aus, da bspw. Proben falsch oder zu einem falschen Zeitpunkt entnommen oder wenn die Proben falsch transportiert wurden. Das ist ein Grund, warum mutmaßlich infizierte Patienten mehrfach getestet werden.

In einigen Fällen wird ein falsches positives Resultat geliefert, d.h. die getesteten Personen wären in diesen Fällen nicht am neuen Coronavirus erkrankt, sondern womöglich an einem der bisherigen Coronaviren, die Teil der jährlichen Erkältungs- und Grippewelle sind. Der Test basiert darauf, dass jedes Virus Erbgut in Form von RNA bzw. DNA hat, wie der Mensch. Daher sollten auch diese Zahlen seriös interpretiert werden.

Für die Beurteilung der angemessenen Maßnahmen sind die Parameter Reproduktionsfaktor, Ansteckungsdauer und Immunität wichtig. Im Falle von Covid-19 liegen hierüber keine gesicherten Informationen vor. Alle Experten arbeiten mit einer unsicheren Datenlage (und sollten dies auch kommunizieren).

Für die gesunde Allgemeinbevölkerung ist nach allen bisherigen Erkenntnissen bei Covid-19 mit einem milden bis moderaten Szenarioverlauf zu rechnen.

Aktuelle Studien an Makaken und auch menschlichen Patienten zeigen, dass vom Körper produzierte Antikörper eine Immunität gegenüber Covid-19 aufbauen. Die Mehrzahl der Wissenschaftler sprechen von einigen Monaten bis wenigen Jahren.

Die aktuelle Gesamtmortalität in Europa – und auch in Italien – liegt weiterhin im Normalbereich und in vielen Ländern (bspw. D) sogar darunter.

Die Übersterblichkeit, d.h. die Anzahl der unerwartet (!) an einer Lungenentzündung Erkrankten oder Verstorbenen ist in fast allen Ländern aktuell sehr niedrig.

Eine wissenschaftliche, datenbasierte und epidemiologische Studie zeigt auf: "We also found that most recent crude infection fatality ratio (IFR) and time-delay adjusted IFR is estimated to be 0.04% (95% CrI: 0.03-0.06%) and 0.12% (95%CrI: 0.08-0.17%), which is several orders of magnitude smaller than the crude CFR estimated at 4.19%."

Chinesische Wissenschaftler zeigen auf, dass extremer Wintersmog in der Stadt Wuhan eine wesentliche Ursache beim Ausbruch der Lungenentzündungen darstellt. Auch in Norditalien war die Luftverschmutzung in den vergangenen Monaten sehr hoch."

<https://www.risknet.de/themen/risknews/covid-19-und-der-blindflug/>

In diesem Zusammenhang macht sich die Unterzeichnerin erneut die Ausführungen von *Schrappe et. al.* zu eigen:

„Die Bedrohung durch SARS-CoV-2/Covid-19 macht ein Zusammenwirken von Politik und Wissenschaft notwendig. Eine

sinnvolle Beratung der politischen Entscheidungsträger muss mehrere wissenschaftliche Fachdisziplinen umfassen, wobei die diagnostischen Fächer (hier: Virologie), die klinischen Fächer (hier: Infektiologie, Intensivmedizin) und die Pflege ganz im Vordergrund stehen sollten. Da eine Epidemie jedoch nie allein ein medizinisch-pflegerisches Problem darstellt, sondern immer auf die aktuelle Verfasstheit der gesamten Gesellschaft einwirkt und auch nur im Rahmen einer gesamtgesellschaftlichen Anstrengung zu bewältigen ist, erscheint zusätzlich eine Mitwirkung von Vertretern der Sozialwissenschaften, Public Health, Ethik, Ökonomie,

Rechtswissenschaft und Politikwissenschaft unverzichtbar. Entscheidend ist hierbei die Einsicht, dass notwendige Verhaltensveränderungen auf Ebene der Bevölkerung und in den Institutionen (denen bei Covid-19 besondere Bedeutung zukommt) nie allein durch eindimensionale Einzelinterventionen (z.B. gesetzliche Vorschriften), sondern nur durch Mehrfach- bzw. Mehrebeneninterventionen erreicht werden können, zu denen eben auch psychologische, soziale, ökonomische und politische Maßnahmen zählen. Im Einzelnen nimmt dieses Thesenpapier zu den drei Themenbereichen Epidemiologie, Prävention und gesellschaftspolitische Relevanz Stellung:

1. Epidemiologie

SARS-CoV-2/Covid-19 wird durch Tröpfchen-Infektion übertragen. Eine Infektion durch asymptomatische Virusträger ist möglich und epidemiologisch höchst relevant. Das epidemiologische Muster ist durch Risikogruppen (hohes Alter, Multimorbidität), die nosokomiale Übertragung im institutionellen Rahmen (Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen, Krankenhäuser) und das spontane Auftreten von Clustern charakterisiert. Zur Diagnose dient der Nachweis von genetischem Material durch die PCR-Reaktion, welche jedoch nicht zwangsläufig eine gegebene Infektiosität bedeutet.

Durch die mangelnde Verfügbarkeit wird das Testverfahren meist nur bei Symptomen oder gegebenem Kontakt zu Infizierten durchgeführt, populationsbezogene Daten sind daher kaum vorhanden.

These 1: Die zur Verfügung stehenden epidemiologischen Daten (gemeldete Infektionen, Letalität) sind nicht hinreichend, die Ausbreitung und das Ausbreitungsmuster der SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie zu beschreiben, und können daher nur eingeschränkt zur Absicherung weitreichender Entscheidungen dienen.

These 1.1. Die Zahl der gemeldeten Infektionen hat nur eine geringe Aussagekraft, da kein populationsbezogener Ansatz gewählt wurde, die Messung auf einen zurückliegenden Zeitpunkt verweist und eine hohe Rate nicht getesteter (v.a. asymptomatischer) Infizierter anzunehmen ist.

1. Die Zahl der täglich beim RKI gemeldeten Fälle wird in hohem Maße durch die Testverfügbarkeit und Anwendungshäufigkeit beeinflusst.
2. Unter Berücksichtigung dieser anlassbezogenen Teststrategie ist es nicht sinnvoll, von einer sog. Verdopplungszeit zu sprechen und von dieser Maßzahl politische Entscheidungen abhängig zu machen.
3. Die Darstellung in exponentiell ansteigenden Kurven der kumulativen Häufigkeit führt zu einer überzeichneten Wahrnehmung, sie sollte um die Gesamtzahl der asymptomatischen Träger und Genesenen korrigiert werden.
4. Die Zahl der gemeldeten Fälle an Tag X stellt keine Aussage über die Situation an diesem Tag dar, sondern bezieht sich auf einen Zeitpunkt in der Vergangenheit.
5. Ungefähr zwei Drittel der Infizierten werden zu diesem Zeitpunkt nicht erfasst.

6. Überlegungen zu populationsbezogenen Stichproben (Nationale Kohorte) müssen intensiviert werden.

These 1.2. Die Zahlen zur Sterblichkeit (Case Fatality Rate) überschätzen derzeit das Problem und können nicht valide interpretiert werden.

1. Mangelnde Abgrenzung der Grundgesamtheit: es ist derzeit nicht bekannt, auf wie viel infizierte Personen die Zahl der gestorbenen Patienten zu beziehen ist;

2. Fehlende Berücksichtigung der attributable mortality: es ist nicht klar, inwieweit die beobachtete Letalität tatsächlich auf die Infektion mit SARS-CoV-2 zurückzuführen und nicht durch die Komorbidität oder den natürlichen Verlauf zu erklären ist;

3. Fehlender Periodenvergleich über mehrere Jahre in gleichen Patientenkollektiven vergleichbarer Morbidität: es gibt keine Erkenntnisse über die excess-mortality im Vergleich zu einer Alters-, Komorbiditäts- und Jahreszeit-gematchten Population in den zurückliegenden Jahren.

These 1.3. SARS-CoV-2 kann als nosokomiale Infektion in Krankenhäusern und Pflege- bzw. Betreuungseinrichtungen auf andere Patienten und Mitarbeiter übertragen werden. Dieser Ausbreitungstyp stellt mittlerweile den dominierenden Verbreitungsmodus dar. Der Aufenthalt in Risikogebieten und der individuelle Kontakt wird an Bedeutung abnehmen.

These 1.4. Covid-19 ist durch ein lokales Herdgeschehen (Cluster) mit nicht vorhersehbarem Muster des Auftretens gekennzeichnet. SARS-CoV-2/Covid-19 stellt keine homogene, eine ganze Bevölkerung einheitlich betreffende Epidemie dar, sondern breitet sich inhomogen über lokal begrenzte Cluster (z.B. Heinsberg, Würzburg, Wolfsburg) aus, die in Lokalisierung und Ausdehnung nicht vorhersehbar sind (komplexes System).

2. Präventionsstrategien

These 2: Die allgemeinen Präventionsmaßnahmen (z.B. social distancing) sind theoretisch schlecht abgesichert, ihre Wirksamkeit ist beschränkt und zudem paradox (je wirksamer, desto größer ist die Gefahr einer „zweiten Welle“) und sie sind hinsichtlich ihrer Kollateralschäden nicht effizient. Analog zu anderen Epidemien (z.B. HIV) müssen sie daher ergänzt und allmählich ersetzt werden durch Zielgruppen-orientierte Maßnahmen, die sich auf die vier Risikogruppen hohes Alter, Multimorbidität, institutioneller Kontakt und Zugehörigkeit zu einem lokalen Cluster beziehen.

Diese vier Risikofaktoren sind voneinander abhängig: während betagte Personen ohne Multimorbidität kaum ein erhöhtes Risiko haben, steigt ihr Risiko mit zunehmender Multimorbidität rapide an, erhöht sich weiter bei Kontakt zu Krankenversorgungs- und/oder Pflegeeinrichtungen und „explodiert“ geradezu bei Auftreten spontan entstehender lokaler Herde. Für die Fortentwicklung der Präventionsstrategien sind u.a. folgende Empfehlungen zu geben:

- Rechtsanwältin Jessica Hamed
- Ergänzung der allgemeinen Präventionsmaßnahmen (Eindämmung, containment) durch spezifische Präventionskonzepte,
 - Entwicklung eines einfachen Risikoscores auf der Basis der o.g. vier Risikokonstellationen, das auf Einzelpersonen und Personengruppen anwendbar ist,
 - Trennung der Betreuungs- und Behandlungsprozesse der Infizierten bzw. Nichtinfizierten im institutionellen Rahmen (Entwicklung von Vorgaben), und
 - zentrale Etablierung einer Hochrisiko-Task Force, die auf spontan entstehende Herde (Cluster) reagieren kann.

3. Gesellschaftliche Aspekte

These 3: Entstehung und Bekämpfung einer Pandemie sind in gesellschaftliche Prozesse eingebettet. Die derzeit angewandte allgemeine Präventionsstrategie (partieller shutdown) kann anfangs in einer unübersichtlichen Situation das richtige Mittel gewesen sein, birgt aber die Gefahr, die soziale Ungleichheit und andere Konflikte zu verstärken. Es besteht weiterhin das Risiko eines Konfliktes mit den normativen und juristischen Grundlagen der Gesellschaft. Demokratische Grundsätze und Bürgerrechte dürfen nicht gegen Gesundheit ausgespielt werden. Die Einbeziehung von Experten aus Wissenschaft und Praxis muss in einer Breite erfolgen, die einer solchen Entwicklung entgegenwirkt.

Obwohl Solidarität und Verbundenheit eingefordert wird, ist davon auszugehen, dass die SARS-CoV-2/Covid-19-Pandemie und die bisherigen allgemeinen Präventionsmaßnahmen auf gesellschaftliche Prozesse einwirken und bestehende Konfliktlinien vertiefen. In erster Linie trifft dies auf die Problematik der sozialen Ungleichheit zu, denn allein die Bevölkerungs-bezogenen Maßnahmen treffen Personen mit niedrigem Einkommen und Selbstständige deutlich stärker als Personen mit größerem finanziellen Spielraum. In zweiter Linie wird die derzeitige Legitimationskrise des demokratischen Systems verschärft, denn erneut wird die Alternativlosigkeit des exekutiven Handelns dem demokratischen Diskurs gegenübergestellt (z.B. Reduktion der parlamentarischen Kontrolle). Die beiden letztgenannten Punkte werden verstärkt durch - drittens - ökonomische Risiken, die mit dem Fortbestehen und den eventuellen Verschärfungen in der Einschränkung von Freizügigkeit und Berufsausübung verbunden sind. Viertens besteht die Gefahr, dass unter Verweis auf den unaufschiebbaren Handlungsbedarf autoritäre Elemente

des Staatsverständnisses aus Ländern mit totalitären Gesellschaftssystemen in das deutsche Staats- und Rechtssystem übernommen werden (z.B. individuelle Handyortung). Es muss klargestellt werden und klargestellt bleiben, dass es keinen trade-off zwischen der demokratischen Verfasstheit und den Bürgerrechten auf der einen Seite und den Anforderungen der Seuchenbekämpfung auf der anderen Seite geben darf. Insbesondere dürfen die normativen Grundlagen des Rechtsstaates nicht relativiert werden.“



RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

http://www.matthias.schrappe.com/einzel/thesenpapier_corona.pdf

Deutliche Kritik an der intransparenten Datenlage hat auch eine Initiative von 45 Datenjournalist*innen am 18. Mai 2020 geübt. Sie arbeiten in Daten-Teams unter anderem bei den öffentlich-rechtlichen Medien von ARD und ZDF, bei der Süddeutschen Zeitung, bei der Funke Mediengruppe oder beim Spiegel und beklagen in einem an das RKI gerichtete Schreiben schlechte Erfahrungen und mangelhafte Informationen aus dem RKI: „In den vergangenen Tagen und Wochen haben Sie aus vielen unserer Redaktionen zahlreiche Datenanfragen erhalten, die leider zu oft nun teilweise oder gar nicht beantwortet worden sind.“

<https://netzpolitik.org/2020/datenjournalistinnen-fordern-offene-corona-daten/>

Koordiniert hat die Initiative Johannes Schmid-Johannsen vom SWR. "Momentan basieren viele Verlaufskurven auf Schätzungen und Näherungen, damit sind sie gar nicht korrekt", sagt er gegenüber ZAPP. "Was wir brauchen, ist ein konsistenter Datensatz mit den wesentlichen Merkmalen zu jedem einzelnen Fall, zentral angeboten vom RKI, der uns auch über eine lange Zeit erlaubt, damit verlässlich zu rechnen - auch rückwirkend."

RKI-Präsident Wieler habe zwar nach diversen Nachfragen unter anderem dazu, wie die für Corona-Maßnahmen wichtige Reproduktionszahl (R) zustande komme, zu einem "Club der R-Interessierten" eingeladen, berichtet der SWR-Journalist. Der Chef-Mathematiker des Instituts habe dabei auch einiges erklärt. "Unsere Bitte, dass darüber hinaus auch noch Fragen oder ein extra Workshop zu Daten organisiert wird, wurde aber nicht erfüllt. Einige Kolleginnen und Kollegen haben auch sehr konkrete Datenanfragen gestellt, die meisten davon aber vergebens."

<https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/zapp/Medienfordern-bessere-Corona-Daten-vom-RKI,robertkochinstitut112.html>

Bereits am 8. Mai 2020 war beim NDR unter der Überschrift „Corona-Daten unter Verschluss: RKI bremst Diskurs aus“ zu lesen (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„Noch nie waren Zahlen, Diagramme und Tabellen in den Medien so begehrt wie in der Corona-Krise. Das ist gut, denn die richtigen Daten - etwa über die Menge der Infizierten, die Ausbreitungsgeschwindigkeit des Virus oder die Zahl der Toten - helfen uns, die neue, fremde (Epidemie-)Welt zu verstehen, in der wir leben und wichtige Entscheidungen fällen müssen. Doch viele wichtige Corona-Daten sind Journalisten nur schwer oder gar nicht zugänglich, weil das Robert Koch-Institut (RKI) in Berlin sie zurückhält oder nur tröpfchenweise herausgibt.

Das staatliche Institut ist die Sammelstelle für Epidemie-Daten aus ganz Deutschland. Und sitzt darum auf einem Datenschatz, der für die öffentliche Meinungsbildung zur Epidemie und zur Corona-Politik Gold wert wäre. Das Datenteam des NDR musste in den vergangenen Wochen jedoch erfahren, wie wenig das RKI

gewillt ist, manche dieser Daten öffentlich zu machen: Mehrere Bitten um Datensätze wurden ohne stichhaltige Gründe abgelehnt, Fragen dazu beantwortete das Institut ausweichend oder gar nicht.

Die derzeit wichtigste Maßzahl dafür, ob Einschränkungen gelockert oder verschärft werden, sind die aktuellen Neuerkrankungen mit Covid-19. Doch zeitnahe Daten für die Bundesländer, denen die Bundeskanzlerin gerade die Verantwortung für die Kontrolle über das Virus zugesprochen hat, gibt es beim RKI nicht.

Das Institut veröffentlicht zwar täglich die von den regionalen Gesundheitsbehörden nach Berlin gemeldeten Fälle. Doch bis das RKI diese herausgibt, liegt der eigentlich Erkrankungsbeginn schon bis zu zwei Wochen oder mehr zurück. Kommt es zu einem neuen Ausbruch, wird er erst spät erkannt.

Seit einigen Wochen berechnet das Institut darum im sogenannten Nowcast die aktuellen Neuerkrankungen - und zwar zum tatsächlichen Erkrankungsbeginn. Die Werte sind nicht nur wichtig, um zu sehen, wie sich Schutzmaßnahmen und Lockerungen auswirken. Auch die Reproduktionszahl "R" berechnet sich daraus. Dass diese unter 1 bleibt, gilt als wichtige politische Zielmarke.

Seit Kurzem stellt das RKI die Daten dieses Nowcasts tagesaktuell als maschinenlesbaren Datensatz online zur Verfügung - allerdings nur für ganz Deutschland. Dringend nötig wären Daten, aus denen Datenjournalisten den Nowcast selbst berechnen könnten - vor allem für einzelne Bundesländer. Der Bedarf nach solch regionalen Werten ist groß, gerade angesichts der gewachsenen Verantwortung der Länder.

Sicher hat das RKI Gründe für sein Verhalten. Die Genesenzahlen etwa wolle man nicht herausgeben, heißt es aus Berlin, weil sie ja nur geschätzt seien. Und der Veröffentlichung der Todeszeitpunkte stehe der Datenschutz entgegen. Dasselbe gelte für Angaben, mit denen sich regionale Nowcasts erstellen ließen. Diese Gründe sind fadenscheinig. Der Datenschutz ist mangels Personenbezug entweder überhaupt nicht betroffen oder die Daten ließen sich leicht datenschutzkonform zusammenfassen. Und Schätzungen gibt es in der Welt der amtlichen Daten zuhauf. Mit diesem Argument dürfte keine einzige Wirtschafts- oder Bevölkerungsprognose veröffentlicht werden. In Berlin sieht man sich als Hüter der Datenschätze, an deren Deutungshoheit man sich klammert. Die Behörde gibt Teile der Daten, mit denen sich die Details der Epidemie analysieren und Maßzahlen nachrechnen ließen, nicht heraus. So entzieht sie sich - und damit den Staat - zumindest teilweise der Kontrolle durch Öffentlichkeit und Medien.

Diese Politik kann zu mangelndem Verständnis in der Öffentlichkeit führen - und damit im Zweifel zu mangelnder Akzeptanz der Corona-Risiken. Also zum Gegenteil dessen, was das RKI eigentlich will. Das Institut täte gut daran zu begreifen, dass Daten nicht nur selbstverständlich zu den Informationen gehören, die staatliche Behörden den Medien aufgrund ihres presserechtlichen Auskunftsanspruches mitteilen müssen. Öffentliche Daten sind eine Conditio sine qua non - also sinngemäß eine notwendige Bedingung - einer modernen, aufgeklärten Gesellschaft. Und die brauchen wir, um als Demokratie heil durch die Corona-Krise zu kommen."

<https://www.ndr.de/nachrichten/info/Corona-Daten-unter-Verschluss-RKI-bremst-Diskurs-aus,rki118.html>

jj.

Zwischenfazit

Nach alledem war ein legitimer Zweck für die hier angegriffene Bestimmung nicht erkennbar.

Ob mithin die Maßnahme einen legitimen Zweck verfolgt, lässt sich erst dann mit Sicherheit sagen, wenn die Tatsachen bekannt sind, auf deren Grundlage der Verordnungsgeber von einer übertragbaren Krankheit mit einem gewissen Schweregrad ausgegangen ist!

Hierzu sind nach dem Vorgenannten die Fragen des RKI aus dem Pandemieplan zu beantworten. Respektive die Ermittlungsergebnisse zu den Fragen, die als Grundlage für die Verordnung galten mitzuteilen.

Die Auskünfte, die der Verordnungsgeber (in Bezug auf das Land Hessen) mithin bezogen auf den Verordnungszeitraum erteilen müsste, sind:

Wie ändert sich der Anteil der infizierten (oder erkrankten) Personen in der Bevölkerung im Bereich des Verordnungsgebers von einer Zeiteinheit zur nächsten absolut und im Verhältnis zu den getesteten Personen?

Wie schnell steigt die Fallzahl an (Unter Beachtung der Anzahl der getesteten Personen im Gebiet des Verordnungsgebers)?

Wie hoch ist der Anteil der Bevölkerung, der kreuzreagierende Antikörper und damit gegebenenfalls einen gewissen Schutz gegen das pandemische Coronavirus aufweist?

Wie hoch ist die Krankheitslast auf Bevölkerungsebene, in der Primärversorgung, auf Krankenhausebene und wie hoch ist die

Anzahl der Todesfälle? Wobei zu unterscheiden ist zwischen Todesfällen „an“ und „Todesfällen“ mit SARS-CoV-2-Viren.

Wie hoch ist der Anteil von Covid-19-Erkrankungen mit schwerem Krankheitsverlauf? Welche Risikofaktoren führen dazu, dass Personen schwer erkranken (z.B. Altersgruppen, Vorerkrankungen)? Sind antivirale Arzneimittel und Impfstoffe wirksam?

Wie hoch ist der Anteil der Infizierten, die keine Symptome zeigen?

Wie hoch ist der Anteil der Personen mit ARE in Arztpraxen? Wie hoch ist der Anteil von Covid-19-Patient*innen bezogen auf die Anzahl von Krankenhausbetten, medizinischem Personal, intensivmedizinischen Betten- und Beatmungsplätzen?

Die Beantwortung dieser Fragen ist zwingende Voraussetzung dafür, dass der Ordnungsgeber eine Einschätzung der Lage überhaupt vornehmen konnte, um entscheiden zu können, ob und welche Maßnahmen überhaupt einen legitimen Zweck verfolgen.

Soweit mithin der Ordnungsgeber darlegungsbelastet ist, dass aufgrund seiner Ermittlungen Maßnahmen wie die hier beanstandete erforderlich sind, gibt es – wie zuvor dargelegt – bisher für das Gebiet von Hessen keine belastbaren Daten, die überhaupt die Zweckmäßigkeit einer Verordnung rechtfertigen würden. Aus diesem Grund ist die Verordnung und damit auch die Maskenpflicht rechtswidrig.

Es gab zum damaligen Zeitpunkt keinen einzigen tatsächlichen oder wissenschaftlichen Beleg dafür, dass ohne die angegriffene Norm das noch vor nunmehr knapp sieben Wochen prognostizierte „Katastrophenszenario“ mit einer solchen Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen wäre, dass die angeordneten Maßnahmen gerechtfertigt wären. Das gilt selbstverständlich gerade in Anbetracht

der Notwendigkeit der Relation von Gefahrprognose und potentiellem Schadenseintritt.

Tatsächlich war das Inkrafttreten der hier beanstandeten Regelung jedoch der Höhepunkt einer sich immer weiter hochschaukelnden, nur als unseriös zu bezeichnenden Berichterstattung etwa über ein italienisches Gesundheitssystem, das schon 2018 unter einer saisonalen Grippewelle vollständig zusammengebrochen ist (vgl. hierzu oben).

Spätestens, nachdem der bayerische Ministerpräsident Markus Söder dann im Alleingang eine Ausgangssperre in Bayern angeordnet und sich damit als „Krisenmanager“ dargestellt hat, waren andere Ministerpräsident*innen zum Handeln gezwungen. Schließlich hatte man sowohl auf Seiten der Bundes- als auch der Landesregierungen wochenlang versäumt, sich in angemessener Art und Weise auf die ersten Corona-Infektionen in Deutschland vorzubereiten, einen angemessenen Vorrat an Schutzkleidung zu lagern, Erkrankte gezielt zu isolieren etc. und das, obwohl spätestens seit den Berichterstattungen über entsprechende Erkrankungen in China im Januar 2020 die Notwendigkeit staatlichen Handelns offenkundig war.

Knapp sieben Wochen später belegten jedoch der überwältigende Teil der seit dem 23. März 2020 veröffentlichten Studien zur COVID-19-Pandemie, dass die ursprünglichen Befürchtungen der Virolog*innen, schlicht nicht zutreffend sind. Frühere, weniger schockierende Prognosen, etwa zur Ungefährlichkeit des Virus für Kinder, haben sich wiederholt bestätigt.

Gleichwohl hat der Verordnungsgeber die Geltungsdauer der Verordnung verlängert und eine „Maskenpflicht“ eingeführt. Der Staat muss unmittelbar auf Veränderungen in der Entscheidungsgrundlage reagieren, denn die staatlichen Maßnahmen gingen damit ersichtlich – zumindest inzwischen – zu weit und waren unverhältnismäßig.

Es erschüttert die Grundfeste des Rechtsstaates nachhaltig, wenn die Exekutive wissenschaftliche Erkenntnisse vorsätzlich ignoriert (*Helge Braun*: „Wir reden jetzt bis zum 20. April nicht über irgendwelche Erleichterungen“). Das kommt verwaltungsprozessual einem Ermessensnichtgebrauch gleich und auf diesem Wege entstandene Entscheidungen sind bekanntlich per se fehlerhaft. So verhielt es sich auch in Bezug auf den sodann ausgegeben zweiwöchigen Rhythmus für die weiteren Besprechungen zu „Lockerungen“. Zu Recht wies *Christian Lindner* am 22. April 2020 daraufhin, dass jeden Tag neu geprüft werden müsse, ob die Einschränkungen des Lebens, der Freiheit und der Grundrechte unserer Verfassung verhältnismäßig seien oder ob es nicht mildere Mittel gebe, die Gesundheit zu schützen, die zugleich die Folgewirkungen verringerten.

https://www.deutschlandfunkkultur.de/fdp-kritik-an-angela-merkel-parteichef-christian-lindner.2950.de.html?dram:article_id=475204

Auch *Wolfgang Schäuble* meldete sich zu Wort und mahnte am 28. April 2020:

Rechtsanwältin *Jessica Hamed*
„Aber wenn ich höre, alles andere habe vor dem Schutz von Leben zurückzutreten, dann muss ich sagen: Das ist in dieser Absolutheit nicht richtig. [...]

Grundrechte beschränken sich gegenseitig. Wenn es überhaupt einen absoluten Wert in unserem Grundgesetz gibt, dann ist das die Würde des Menschen. Die ist unantastbar. Aber sie schließt nicht aus, dass wir sterben müssen.“

<https://www.merkur.de/politik/coronavirus-wolfgang-schaeuble-kritik-regierungsmassnahmen-wuerde-menschen-zr-13718119.html>

Deutliche Kritik zur Nachvollziehbar- und Überprüfbarkeit der Rechtmäßigkeit der Maßnahmen formulierte auch der Rechtswissenschaftler *Holger Spamann* am 4. April 2020 (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„In der Realität beschränkt sich die Kommunikation aber auf Pauschalbehauptungen, die am selben Tag oder sehr bald in Kraft tretende Maßnahme sei notwendig, um der Verbreitung des Virus genügend Einhalt zu gebieten. Auf den Webseiten der Kanzlerin, der Bundesregierung und des Bundesgesundheitsministeriums sucht man vergeblich nach epidemiologischen Prognosen, die dies unterlegen. Selbst auf der Webseite des Robert-Koch-Institutes findet sich nichts. Zu ökonomischen und anderen Folgeabschätzungen wird erst gar nichts gesagt.

Präzision ist weder möglich noch erforderlich. Aber Wahrscheinlichkeitsabschätzungen oder wenigstens Möglichkeitsanalysen sind für verantwortliches Handeln schlechterdings unabdingbar. Je nach Informationslage kann die gleiche Maßnahme angemessen, unzureichend, oder übertrieben sein. Notgedrungen suchen wir Bürger uns nun selbst im Internet epidemiologische und andere Prognosen von oft zweifelhafter Qualität, aber diese sind rar und, so darf man vermuten, schlechter als die der Regierung vorliegenden, da die Regierung sich –hoffentlich!– der Dienste der besten Epidemiologen und anderen Experten versichert hat. Auf manche wichtigen Fakten hat ohnehin nur die Regierung Zugriff, wie zum Beispiel die Versorgungslage mit Atemmasken, und überhaupt wird selbst die Relevanz von vielen Variablen nur Experten des Katastrophenschutzes bekannt sein. Ohne Transparenz kann der Bürger deshalb nicht beurteilen, ob die

Regierung ihrer Aufgabe gerecht wird. Das schließt auch den Fall ein, dass die Regierung keine derartigen Prognosen besitzt: in dem Fall wäre sie offensichtlich inkompetent, auch das müsste der Bürger wissen.“

<https://verfassungsblog.de/beispiellose-freiheitseingriffe-brauchen-beispiellose-transparenz/>



c.

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Geeignetheit der Maßnahmen

Soweit die durch den Verordnungsgeber vorgelegten Daten bekannt sind, ist zu prüfen, ob die von ihm in der Verordnung angeordneten Maßnahmen zur Erreichung des Zwecks geeignet waren.

In Bezug auf die Geeignetheit bestehen im Hinblick auf die „Maskentragpflicht“ tiefgreifende Bedenken. Nach hiesiger Ansicht reduziert diese Pflicht das Infektionsrisiko nicht. Jedenfalls aber steht der allenfalls minimale Infektionsschutz außer Verhältnis zu der Intensivität des Eingriffs.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

1. Mund-Nasen-Bedeckung

1.1.

Nutzen der Mund-Nasen-Bedeckung?

aa.

Schutzwirkung?

Das Tragen einer nichtmedizinischen Mund-Nasen-Bedeckung bringt für die Träger*innen keine Risikoreduzierung.

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt zu den sogenannten „Community-Masken“, um die es sich bei der Mund-Nasen-Bedeckung handelt, aus:

„„Community-Masken“ oder „DIY-Masken“ sind im weitesten Sinne Masken, die (z.B. in Eigenherstellung auf Basis von Anleitungen aus dem Internet) aus handelsüblichen Stoffen genäht und im Alltag getragen werden. Entsprechende einfache Mund-Nasen-Masken genügen in der Regel nicht den für medizinischen Mund-Nasen-Schutz (2.) oder persönliche Schutzausrüstung wie Filtrierende Halbmasken (3.) einschlägigen Normanforderungen bzw. haben nicht die dafür gesetzlich vorgesehenen Nachweisverfahren durchlaufen. Sie dürfen nicht als Medizinprodukte oder Gegenstände persönlicher Schutzausrüstung in Verkehr gebracht und nicht mit entsprechenden Leistungen oder Schutzwirkungen ausgelobt werden.

Träger der beschriebenen „Community-Masken“ können sich nicht darauf verlassen, dass diese sie oder andere vor einer Übertragung von SARS-CoV-2 schützen, da für diese Masken keine entsprechende Schutzwirkung nachgewiesen wurde.“

Und weiter:

„Hinweise für Hersteller:

Es ist im Falle der Beschreibung/Bewerbung einer Mund-Nasen-Maske durch den Hersteller oder Anbieter darauf zu achten, dass nicht der Eindruck erweckt wird, es handele sich um ein Medizinprodukt oder Schutzausrüstung. Besondere Klarheit ist bei der Bezeichnung und Beschreibung der Maske geboten, die nicht auf eine nicht nachgewiesene Schutzfunktion hindeuten darf. Vielmehr sollte ausdrücklich darauf hingewiesen werden,

dass es sich weder um ein Medizinprodukt, noch um persönliche Schutzausrüstung handelt.

Trotz dieser Einschränkungen können geeignete Masken als Kleidungsstücke dazu beitragen, die Geschwindigkeit des Atemstroms oder Tröpfchenauswurfs z.B. beim Husten zu reduzieren und das Bewusstsein für „social distancing“ sowie gesundheitsbezogenen achtsamen Umgang mit sich und anderen sichtbar zu unterstützen. Auf diese Weise können sie bzw. ihre Träger einen Beitrag zur Reduzierung der weiteren Ausbreitung von SARS-CoV-2 leisten.

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>


Das bedeutet, dass nicht-medizinische Mund-Nasen-Bedeckungen keinerlei Schutz bieten. Weder den Träger*innen, noch anderen Personen in deren Umfeld.

Ursprünglich hatten auch das Robert Koch-Institut und viele andere Ärzt*innen und Politiker*innen, zu Recht die Ansicht vertreten, dass nur medizinische Masken für das Gegenüber eines Maskenträgers einen wirksamen Schutz gewährleisten.

Anfang April änderte das RKI seine Haltung dann aber und äußerte im Rahmen seiner Corona-Empfehlungen, dass auch eine einfache Schutzmaske, gegebenenfalls sogar eine selbstgenähte Maske, das Risiko verringern könne, "eine andere Person durch Husten, Niesen oder Sprechen anzustecken". Es führt aus:

"Das Tragen der Mund-Nasen-Bedeckung kann ein zusätzlicher Baustein sein, um die Ausbreitungsgeschwindigkeit von COVID-19 in der Bevölkerung zu reduzieren – allerdings nur, wenn weiterhin Abstand (mind. 1,5 Meter) von anderen Personen,

Husten- und Niesregeln und eine gute Händehygiene eingehalten werden. Das Risiko, eine andere Person durch Husten, Niesen oder Sprechen anzustecken, kann so verringert werden (Fremdschutz). Eine solche Schutzwirkung ist bisher nicht wissenschaftlich belegt, sie erscheint aber plausibel. Hingegen gibt es für einen Eigenschutz keine Hinweise."

https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Mund_Nasen_Schutz.html;jsessionid=F56C2514E9F28EB7DEC269E5799615DE!internet072

Das Bundesministerium für gesundheitliche Aufklärung hingegen warnt:

"Das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung darf jedoch auf keinen Fall ein trügerisches Sicherheitsgefühl erzeugen. Die Bedeckung schützt nicht die Trägerin oder den Träger, sondern das Gegenüber."

<https://www.infektionsschutz.de/fileadmin/infektionsschutz.de/Downloads/Merkblatt-Mund-Nasen-Bedeckung.pdf>

Rechtsanwältin Jessica Hamed
Masken mit Ventil – die allerdings vom Verordnungsgeber nicht verboten sind! – verfügen über keine Schutzwirkung für Dritte, womit die Idee „Ich schütze Dich und Du schützt mich“ ad absurdum geführt wird. *Edwin Bölke*, Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie des Universitätsklinikum Düsseldorf führt in einem Interview gegenüber dem Ärzteblatt am 27. April 2020 aus (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

"Was in der Öffentlichkeit nach meiner Erfahrung unbekannt ist und auch nicht allen Ärzten klar ist, dass FFP1-3-Masken mit Ventil nur den Träger selbst schützen und nicht das Umfeld, da keine Filterung der Ausatemluft erfolgt. In der

Öffentlichkeit ist das Tragen dieser Masken deshalb unsolidarisch, solange sie nicht von allen Menschen getragen werden, was unrealistisch ist.“

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112344/Nicht-fuer-jeden-ist-das-Tragen-einer-Maske-unbedenklich>

Ausdrücklich wird auch darauf verwiesen, dass „geeignete“ Masken dazu beitragen können, die Geschwindigkeit des Atemstroms oder Tröpfchenauswürfs z.B. beim Husten zu reduzieren. Hierzu muss es sich einerseits um „geeignete“ Masken handeln. Mithin ist nicht jede irgendwie geartete Maske dazu geeignet, zum anderen kann ein Nutzen – wenn überhaupt – nur durch die Geschwindigkeit des Atemstroms beim Husten oder Niesen angenommen werden. Folglich ist das Tragen einer solchen Maske ohnehin nur sinnvoll, wenn bei dem Träger eine akute Atemwegserkrankung erkennbar sind.

Eine solche Anwendung wäre im Übrigen auch konform mit dem Infektionsschutzgesetz, das Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider als grundsätzliche Adressat*innen vorsieht. Mithin wäre – wenn überhaupt eine Geeignetheit gegeben wäre – als milderer Mittel eine Verpflichtung für Menschen mit einem akuten respiratorischem Syndrom ausreichend.

Ausweislich der DACH Schutzbekleidung GmbH & Co. KG, eines Herstellers medizinischer Gesichtsmasken, wurde zu chirurgischen Masken (EN 14683) ausgeführt:

„Die Übertragung infektiöser Keime während chirurgischer Eingriffe in Operationssälen und sonstigen medizinischen Einrichtungen kann auf mehreren Wegen erfolgen. Infektionsquellen sind z. B. die Nasen und Mäuler der Operationsmannschaft. Die hauptsächliche vorgesehene Verwendung chirurgischer Masken ist der Schutz der Patienten

gegen infektiöse Keime, die aus Nase und Mund des Personals stammen, sowie in bestimmten Situationen der Schutz des Trägers gegen Spritzer möglicherweise kontaminierter Flüssigkeiten.“

Das heißt, eine chirurgische Maske schützt die Patient*innen gegen infektiöse Keime durch die Behandler*innen und nicht umgekehrt. Dies aber auch nur deshalb, weil ein Mindestabstand über eine gewisse Zeitdauer nicht eingehalten werden kann.



RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Diese Europäische Norm gilt nicht für Masken, die ausschließlich für den persönlichen Schutz des Personals bestimmt sind.

<https://www.dach-germany.de/en-14683>

Die WHO sieht im Kampf gegen die Ausbreitung des Coronavirus auch keinen Nutzen im allgemeinen Mundschutztragen. Es gebe keinerlei Anzeichen dafür, dass damit etwas gewonnen wäre, sagte der WHO-Nothilfedirektor Michael Ryan am Montag in Genf.

Vielmehr gebe es zusätzliche Risiken, wenn Menschen die Masken falsch abnehmen und sich dabei womöglich infizieren. „Unser Rat: wir raten davon ab, Mundschutz zu tragen, wenn man nicht selbst krank ist“, sagte Ryan.

<https://www.wort.lu/de/international/who-gegen-allgemeines-mundschutztragen-5e821602da2cc1784e35a512>

bb.

Keine Risikokontaktsituationen

Ferner ist zu berücksichtigen, dass es zumindest in Einkaufsläden nahezu ausgeschlossen werden kann, dass es zu Risikokontakten kommt.

Das RKI hat für die Kontaktpersonennachfolge bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 für nichtmedizinisches Personal zwei Kategorien gebildet.

Bei **Kontaktpersonen der Kategorie I** mit engem Kontakt zu einer infizierten Person wird von einem höheren Infektionsrisiko ausgegangen.

Hierunter fallen:

- Personen mit kumulativ mindestens **15-minütigem Gesicht- ("face-to-face") Kontakt**, z.B. im Rahmen eines Gesprächs. Dazu gehören z.B. Personen aus Lebensgemeinschaften im selben Haushalt.
- Personen mit direktem Kontakt zu Sekreten oder Körperflüssigkeiten, insbesondere zu respiratorischen Sekreten eines bestätigten COVID-19-Falls, wie z.B. Küssen, Kontakt zu Erbrochenem, Mund-zu-Mund Beatmung, Anhusten, Anniesen, etc.
- Personen, die aerosolbildenden Maßnahmen ausgesetzt sind
- Medizinisches Personal mit Kontakt zum bestätigten COVID-19-Fall im Rahmen von Pflege oder medizinischer Untersuchung ($\leq 2m$), ohne verwendete Schutzausrüstung.

Ein solcher Kontakt löst eine Gesundheitsüberwachung durch das Gesundheitsamt aus.

Bei **Kontaktpersonen der Kategorie II** wird von einem geringeren Infektionsrisiko ausgegangen, ein Vorgehen durch das Gesundheitsamt ist nicht obligatorisch.

Unter die Kategorie II fallen:

- Personen, die sich im selben Raum wie ein bestätigter COVID-19-Fall aufhielten, z.B. Klassenzimmer, Arbeitsplatz, jedoch keinen kumulativ mindestens 15-minütigen Gesicht- („face-to-face“) Kontakt mit dem COVID-19-Fall hatten.
- Familienmitglieder, die keinen mindestens 15-minütigen Gesicht- (oder Sprach-) kontakt hatten.

- Medizinisches Personal, welches sich ohne Verwendung adäquater Schutzbekleidung im selben Raum wie der bestätigte COVID-19-Fall aufhielt, aber eine Distanz von 2 Metern nie unterschritten hat.

Zu alledem:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html#doc13516162bodyText4

In der typischen – wie dir hier vorliegende – Einkaufssituation kommt es so gut wie nie zu einem 15-minütigen Face-to-Face-Kontakt. Allenfalls ist das denkbar, bei Verkaufssituation von höherwertiger Ware, wie etwa Autos, Fahrräder o.ä. Das mildere Mittel wäre die Pflicht zur Mund-Nasen-Bedeckung nur in solchen, üblicherweise längeren Verkaufsgesprächssituationen anzuordnen.

Führt man sich die Kontaktverfolgungsregelung des RKI vor Augen ist evident, dass für die Verpflichtung zum Tragen einer – ohnehin nicht erwiesenermaßen infektionsreduzierender – Alltagsmaske keine Veranlassung besteht.

1.2.

Gesundheitsgefahren ausgehend von den Mund-Nasen-Bedeckungen Rechtsanwältin Jessica Hamed

Eine Minderung des Infektionsrisikos durch die Masken ist mithin weder dargelegt, noch belegt. Im Gegenteil führt der Weltärztepräsident ausdrücklich aus, dass das Tragen von nicht-medizinischen Masken zu **erheblichen Gesundheitsgefahren** führen kann und damit selbst das Schutzgut Leib und Leben betrifft, wie im Folgenden dargestellt wird.

Weltärztepräsident *Frank Ulrich Montgomery* kritisiert die Maskenpflicht unter diesem Gesichtspunkt scharf: Wer eine Maske trage, werde durch ein trügerisches Sicherheitsgefühl dazu verleitet, den "allein entscheidenden Mindestabstand" zu vergessen.... Im Stoff konzentriere

sich das Virus, beim Abnehmen werde die Gesichtshaut berührt, schneller sei eine Infektion kaum möglich.

<https://www.tagesschau.de/inland/corona-mundschutz-101.html>

Die selbsterstellten Masken sind diesbezüglich unter drei Gesichtspunkten zu betrachten:



1. Giftstoffe in den verwendeten Textilien
2. Unsachgemäßer Gebrauch
3. Gefahr der Hyperkapnie

aa

Giftstoffe in verwendeten Textilien

Durch das Einatmen und den direkten Kontakt mit Textilien und eventuell zudem durch das Einatmen von Microfasern, können erhebliche Gesundheitsrisiken erfolgen.

Ein gesundheitlicher Unbedenklichkeitsnachweis für selbst erstellte Masken, die privat und gewerblich angeboten werden, gibt es nicht, weil weder eine Prüfung vorgeschrieben ist noch irgendwelche Prüfmöglichkeiten existieren.

„Rund 700 Chemikalien werden weltweit mehr oder weniger häufig bei der Herstellung von Kleidung verwendet. Eine kurze Auswahl der wichtigsten und gefährlichsten sowie ihre mögliche schädliche Wirkung auf die Gesundheit:

- „Azofarben für stabile Farbigkeit: Krebs
- Dispersionsfarben: Hautallergien
- Trichlorbenzol Farbbeschleuniger: Nieren- und Leberschäden, Nervengift
- Formaldehyd für glatte, knitterfreie Kleidung: Krebs
- Glyxol, ein neuer Ersatzstoff für Formaldehyd: reizt Augen und Haut, kann das Erbgut verändern

- Organozinnverbindungen zum Imprägnieren: stört Hormonhaushalt und das Immunsystem
- Perfluoroktansäure (PFOA) wirkt wasserabweisend: Hoden- und Nierenkrebs, Leberkrebs, Unfruchtbarkeit
- Pentachlorphenol (PCP) schützt Kleidung vor Schimmelbefall auf langen Importwegen: Kopfschmerzen, Krebs, Nervenschäden
- Biozide (etwa Triclosan oder Silber, antibakteriell: zerstören nützliche Hautbakterien, begünstigen im Abwasser die Bildung resistenter Bakterien)

Manche dieser Kleidungsstoffe sind zwar in Europa verboten, beziehungsweise es gibt Grenzwerte der Belastung mit Milligramm pro Kilogramm Kleidung. Weil die Textilien oft im Ausland hergestellt werden, wo diese Grenzwerte nicht gelten und in Deutschland nur stichprobenartig geprüft wird, lässt sich eine Belastung nicht ausschließen.

„Eine einheitliche umfassende produktspezifische Regelung, wie es beispielsweise für kosmetische Mittel oder für Lebensmittelkontaktmaterialien gibt, gibt es für Produkte aus Leder oder Textilien nicht,“ heißt es in einer Stellungnahme des Bundesinstituts für Risikobewertung (BfR).“

https://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/mehr-als-700-giftstoffe-in-unserer-kleidung-wie-sie-gift-in-der-kleidung-erkennen-und-vermeiden_id_5912497.html, zu diesem Thema auch vom 9. März 2020: <https://www.vogue.de/mode/artikel/giftstoffe-in-kleidung>

Es liegt auf der Hand, dass die direkte Einatmung dieser Giftstoffe gesundheitliche Risiken noch verstärkt.

Zwar scheinen viele Textilhersteller*innen – insbesondere auf Veranlassung von Greenpeace – aktuell die Giftstoffe in Textilien immer weiter zu reduzieren, damit ist aber nicht sichergestellt, dass aktuell in den als Mund-Nasen-Bedeckung verwendeten Textilstoffen keine Gifte

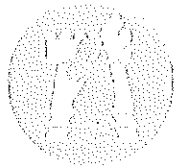
enthalten sind und insbesondere ausgeschlossen werden kann, dass derartige Gifte oder Fasern durch die Atemluft aufgenommen werden können.

bb

Unsachgemäßer Gebrauch

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und der Weltärztepräsident warnen eindringlich davor, dass durch das unsachgemäße Tragen der Mund-Nasen-Bedeckung erhebliche Gesundheitsrisiken bestehen:

Personen, die eine entsprechende Maske tragen möchten, sollen nach Angaben des Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte folgende Regeln berücksichtigen:



Rechtsanwältin Jessica Hamed

Hinweise für Anwender zur Handhabung von „Community-Masken“

Den besten Schutz vor einer potentiellen Virusübertragung bietet nach wie vor das konsequente Distanzieren von anderen, potentiell virustragenden Personen. Dennoch kann die physische Barriere, die das richtige Tragen einer Community-Maske darstellt, eine gewisse Schutzfunktion vor größeren Tröpfchen und Mund-/Nasen-Schleimhautkontakt mit kontaminierten Händen bieten.

Personen, die eine entsprechende Maske tragen möchten, sollten daher unbedingt folgende Regeln berücksichtigen:

- Die Masken sollten nur für den privaten Gebrauch genutzt werden.
- Die gängigen Hygienevorschriften, insbesondere die aktuellen Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI, www.rki.de) und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, www.infektionsschutz.de) sind weiterhin einzuhalten.
- Auch mit Maske sollte der von der WHO empfohlene Sicherheitsabstand von mindestens 1.50 m zu anderen Menschen eingehalten werden.
- Beim Anziehen einer Maske ist darauf zu achten, dass die Innenseite nicht kontaminiert wird. Die Hände sollten vorher gründlich mit Seife gewaschen werden.
- Die Maske muss richtig über Mund, Nase und Wangen platziert sein und an den Rändern möglichst eng anliegen, um das Eindringen von Luft an den Seiten zu minimieren.
- Bei der ersten Verwendung sollte getestet werden, ob die Maske genügend Luft durchlässt, um das normale Atmen möglichst wenig zu behindern.
- Eine durchfeuchtete Maske sollte umgehend abgenommen und ggf. ausgetauscht werden.
- Die Außenseite der gebrauchten Maske ist potentiell erregerhaltig. Um eine Kontaminierung der Hände zu verhindern, sollte diese möglichst nicht berührt werden.
- Nach Absetzen der Maske sollten die Hände unter Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln gründlich gewaschen werden (mindestens 20-30 Sekunden mit Seife).
- Die Maske sollte nach dem Abnehmen in einem Beutel o.ä. luftdicht verschlossen aufbewahrt oder sofort gewaschen werden. Die Aufbewahrung sollte nur über möglichst kurze Zeit erfolgen, um vor allem Schimmelbildung zu vermeiden.
- Masken sollten nach einmaliger Nutzung idealerweise bei 95 Grad, mindestens aber bei 60 Grad gewaschen und anschließend vollständig getrocknet werden. Beachten Sie eventuelle Herstellerangaben zur maximalen Zyklusanzahl, nach der die Festigkeit und Funktionalität noch gegeben ist.
- Sofern vorhanden, sollten unbedingt alle Herstellerhinweise beachtet werden.

<https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html>

Zu diesen Risiken bei unsachgemäßem Gebrauch der Masken kommen noch weitere bekannte Risiken:

Das Bundesamt für Risikobewertung weist auf das folgende hin (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„Bei der Reinigung der „Communitymaske“ ist die Verwendung von eingenähten formgebenden Materialien (Plastik, Metall) und die Herstellerangaben zu den verwendeten Textilien zu beachten. Textilien können eine Vielzahl von chemischen Substanzen enthalten. Sie geben den Textilien die

gewünschten Eigenschaften, wie zum Beispiel Farbe, Form, Griffigkeit oder Wasser abweisende Eigenschaften. Manchmal verbleiben nach der Herstellung Rückstände der Chemikalien auf den Textilien, die beim Tragen freigesetzt werden können. Neue Textilien sollten deshalb vor dem ersten Tragen gewaschen werden, gerade wenn sie als selbstgemachte Behelfsmaske mit Mund und Nase in Berührung kommen.“



https://www.bfr.bund.de/de/kann_das_neuartige_coronavirus_ueber_lebensmittel_und_gegenstaende_uebertragen_werden_-244062.html

Menschen müssen zwingend über die richtige Nutzung der Masken aufgeklärt werden.

Kinder sind überhaupt nicht in der Lage Masken richtig zu nutzen, da nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese die Masken falsch berühren.

Es muss sichergestellt sein, dass durchfeuchtete Masken sofort ausgetauscht werden können, da ansonsten eine CO₂-Vergiftung droht oder starke Verkeimung droht. Es muss sichergestellt sein, dass jeder Mensch ausreichend Masken bei sich trägt, da diese nach jedem Gebrauch gewaschen oder ausgetauscht werden müssen.

Ausweislich der Ausführungen des Bundesamtes für Risikobewertung werden die Menschen mit der – mittelbaren oder unmittelbaren Pflicht – eine Mund-Nasen-Bedeckung tragen zu müssen bei unsachgemäßem Gebrauch erheblichen Gesundheitsgefahren ausgesetzt.

In Bezug auf die Gefahr der falschen Anwendung und dem damit einhergehenden höheren Infektionsrisiko kann auch auf einen Beitrag des SWR verwiesen werden:

Unter dem Link

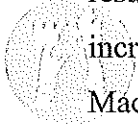
<https://www.swrfernsehen.de/landesschau-rp/was-die-kaiserslauterer-zur-kommenden-maskenpflicht-sagen-100.html>

findet sich ein SWR-Beitrag, der sich mit der Maskenpflicht auseinandersetzt. Insbesondere zu Beginn, das heißt zwischen 00.:01-00:15 Minuten finden sich kurze Ausschnitte von Menschen, die eine Maske tragen. An ihnen lässt sich gut ablesen, wie sich das Tragen der Masken in der Praxis vollzieht. Etwa bei 00:05 Minuten zieht ein Fahrradfahrer während der Fahrt seine Maske ab (mit Händen, die zuvor am Lenkrad waren), bei 00:07 Minuten telefoniert ein Mann mit seinem Handy, wobei er das Handy an die Maske hält (es also zu einer Berührung zwischen Handy und Maske kommt). Bei 00:11 Minuten zieht ein Mann die Maske mit dem Finger kurz nach unten und kommt dabei an seine Nase und den Innenbereich der Maske. Bei 00:58 Minuten sieht man, wie eine Maskennäherin Masken, die sie verkauft, mit ihren Händen (ohne Handschuhe) berührt (womöglich mit Händen, die zuvor allesamt nicht desinfizierte Gegenstände, wie Schere usw. berührt haben. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass die Frau sich selbst in ihrem Gesicht berührt, potenziell Stellen, die mit Viren belastet sein können, berührt hat). Bei 01:19 Minuten sieht man, wie eine Kundin mit ihren Händen direkt eine Maske, die zum Verkauf angeboten wird, anfasst, vermutlich, um die Qualität des Stoffes zu prüfen.

Es dürfte im Übrigen gerichtsbekannt sein, dass die oben dargelegten idealen Umstände, unter denen eine Mund-Nasen-Bedeckung genutzt werden sollte, letztlich nie in der Realität zu finden sind.

Ferner zeigt eine Studie sogar ein erhöhtes Infektionsrisiko bei der Verwendung von Stoffmasken (im Vergleich zur Verwendung von medizinischen Schutzmasken als auch im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Maske): Diese Studie zeigt auch eine 97% Durchdringung von Stoffmasken mit Partikeln - wohingegen die

medizinische Schutzmaske nur eine Durchlässigkeit von 44% aufweist. Diese Studie wird auch vom European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) angeführt und das ECDC spricht sich in der Folge gegen die Einführung einer Mund- und Nasen-Bedeckung für die Allgemeinbevölkerung aus.

Moisture retention, reuse of cloth masks and poor filtration may result in increased risk of infection.  MacIntyre CR, Seale H, Dung TC, Hiên NT, Nga PT, Chughtai AA, et al. cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers. BMJ open. 2015;5(4):e006577.

Diesem Vorbringen kann nicht entgegengehalten werden, dass diese Gefahren dem allgemeinen Lebensrisiko bzw. dem persönlichen Verantwortungsbereich jedes Einzelnen unterfallen. Schließlich hat der Verordnungsgeber hier die Gefahr - ohne dass ein Nutzen nachgewiesen wurde - selbst geschaffen.

Soweit das Gericht die Verantwortung für die Gefahr einer fehlerhaften Nutzung der Masken, die der Verordnungsgeber selbst durch die hier beanstandete Bestimmung geschaffen hat, bei den Bürger*innen sieht und mit einem Grundvertrauen in die Selbstverantwortungsfähigkeit der Bürger*innen zu argumentieren beabsichtigen sollte, wäre das in Anbetracht der seitens des Verordnungsgebers seit Wochen geübten Politik der Bevormundung und Maßregelung nur als blanker Hohn anzusehen.

cc.

Gefahr der Hyperkapnie

Wie *Bölke* feststellt, ist es für Menschen mit **eingeschränkter Lungenfunktion** gefährlich, Atemmasken zu tragen.

"DÄ: Sie raten zur Vorsicht beim Tragen einer Mund-Nasen-Maske. Weshalb?

Edwin Bölke: Nicht für jeden Menschen ist das Tragen einer Maske unbedenklich. Das gilt für alle Patienten mit einer symptomatischen und instabilen Angina pectoris und einer symptomatischen chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) beziehungsweise eingeschränkter Lungenfunktion.

Bei starker körperlicher Anstrengung besteht bei ihnen die Gefahr der Hyperkapnie. Kann das Kohlendioxid (CO₂) aufgrund des erhöhten Luftwiderstands in der Maske nicht richtig abgeatmet werden, könnte es sich im Blut anreichern und den pH-Wert im Blut senken. Der erhöhte CO₂-Partialdruck würde dann zu einer respiratorischen Azidose führen.

DÄ: Auf welche Alarmzeichen sollten die Betroffenen achten?

Bölke: Anfängliche Symptome einer Hyperkapnie sind Kopfschmerzen, Schwindel, Hautrötung, Muskelzuckungen, kardiale Extrasystolen. Im fortgeschrittenen Stadium können Panik, Krampfanfälle und Bewusstseinsstörungen auftreten. Ein hyperkapnisches Atemversagen findet man bei einer plötzlichen Verschlechterung einer COPD."

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/112344/Nicht-fuer-jeden-ist-das-Tragen-einer-Maske-unbedenklich>


Laut Wikipedia handelt es sich bei der COPD, einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung um eine "Volkskrankheit": "Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland drei bis fünf Millionen, in den USA etwa 16 Millionen und weltweit etwa 600 Millionen Menschen an einer COPD erkrankt sind. Damit muss von

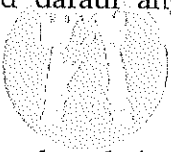
einem globalen Phänomen gesprochen werden. In den USA stellt die COPD die vierthäufigste Todesursache dar.

https://de.wikipedia.org/wiki/Chronische_obstruktive_Lungen_erkrankung

1.3.

Sonstige Beeinträchtigungen

 Das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung stellt eine erhebliche Beeinträchtigung dar, sie ist für die Träger*innen unangenehm, stört im Gesicht und wird durch die Atemluft feucht. Auf sozialer Ebene behindert sie eine normale Interaktion, weil sie es unmöglich macht, die Mimik des Gegenübers zu deuten z.B. ein Lachen zu erkennen. Besonders betroffen sind davon Gehörlose und Schwerhörige, diese Mitbürger*innen sind darauf angewiesen, die Mundpartie des Gegenübers zu erkennen.


<https://www.hessenschau.de/gesellschaft/hoergeschaedigte-kommen-mit-maskenpflicht-kaum-zurecht,corona-gehoerlose-100.html>;

<https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/gesellschaft/corona-gehoerlos-barrierefrei-gebaerdensprache-bremen-100.html>

Durch die Maske oder die sonstige Gesichtsverhüllung ist das Gegenüber zudem schwerer zu verstehen. Die Maske ist auch insoweit problematisch, als sie das Gefühl der Angst vor dem Virus, das sich durch die damaligen „Lockerungen“ langsam lösen könnte, weiter zementiert(e), indem immer noch alle Menschen z.B. in einem Supermarkt so herumlaufen, als sei dort grade eine toxische Substanz ausgelaufen. Gerade für Kinder und Jugendliche ist dies ein höchst irritierender, angsteinflößender Anblick.

Soweit mithin eine allgemeine Pflicht besteht, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, ist ein hierdurch ausgelöster gesundheitlicher Schaden nicht auszuschließen, wie zuvor dargelegt sogar erheblich erhöht. Vorliegend geht es um die Gesundheit aller Menschen, die nunmehr verpflichtet werden, Mund-Nasen-Bedeckungen zu tragen und hierdurch Krankheiten unterschiedlicher Schwere in Kauf nehmen müssen.

Demgegenüber steht wie oben dargelegt kein nachgewiesener Nutzen.

RECHTSANWÄLTE UND FACHANWÄLTE

Ersichtlich ist die Verpflichtung, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen, mithin rechtswidrig (gewesen).

Jedenfalls ist als milderer Mittel maximal eine **Verpflichtung von Personen mit akuten Atemwegserkrankungen** erforderlich, wobei auch in diesem Fall eine technische Beschreibung der Bedeckung vom Verordnungsgeber vorgenommen werden muss, eine sachgemäße Verwendung durch Aufklärung sicherzustellen ist und zwingend Reinigungsmöglichkeiten für die Hände gestellt werden müssen.

Ansonsten kann lediglich eine Empfehlung ausgesprochen werden. Allerdings ist auch hier auf einen sachgemäßen Gebrauch zu achten, da auch fehlerhafte Empfehlungen durch die Exekutive Schadensersatzansprüche auslösen können.

Eine Maskenpflicht für alle ist auch insoweit problematisch, als sie einen großen Teil der Bevölkerung, die sich auch durch **sozialen Druck** genötigt sehen, eine Maske anzuziehen, einem großen gesundheitlichen Risiko aussetzt.

Das gilt erst Recht für jene, die der Verordnungsgeber von der Pflicht entbunden hat, weil sie aufgrund einer gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen können.

Diese Personen müssen sich z.B. bei jedem Gang zum Supermarkt rechtfertigen, da auch durch die Ladenbetreiber*innen darauf gedrängt wird, eine solche Bedeckung anzulegen.

Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Rechtfertigungspflicht in das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Form der informationellen Selbstbestimmung eingreift.

Durch das erlaubte Nichttragen einer Mund-Nasen-Bedeckung „outet“ man sich zudem gegenüber seinen Mitmenschen als kranker Mensch, was tief in das allgemeine Persönlichkeitsrecht eingreift und aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz im Hinblick auf den Nutzen der Mund-Nasen-Bedeckung, offenkundig nicht gerechtfertigt werden kann.

Das Tragen und Nichttragen der Maske wird somit zum augenfälligen Unterscheidungsmerkmal zwischen gesunden und nicht gesunden Menschen. Eine besorgniserregende Entwicklung, die in einer freiheitlich-demokratischen und toleranten Gesellschaft keinen Bestand haben kann.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

1.4.

Zwischenfazit

Nach alledem, ist die Maskentragpflicht rechtswidrig.

Zu Recht antwortet der Mediziner *Knut Wittkowski*, der 20 Jahre als Leiter der Abteilung für Biostatistik, Epidemiologie und Forschungsdesign an der Rockefeller University in New York tätig war, erklärte am 24. April 2020 in einem Interview auf die Frage, was eine Maskenpflicht bringe:

„Es bringt überhaupt nichts. Die Epidemie ist bereits vorbei. Das Virus zirkuliert nicht mehr in einem relevanten Umfang in der Bevölkerung. Zu einem Zeitpunkt den Mundschutz einzuführen, wo es keinen Virus mehr gibt, ist ein bisschen seltsam. [...] Jeder kann sich die Daten angucken und sieht: Deutschland ist über den Berg, genauso wie alle anderen europäischen Länder.“

<https://multipolar-magazin.de/artikel/maskenpflicht-gesellschaftliches-klima>

RECHTSANWÄLTIN UND FACHANWÄLTIN

Das RKI fällt hier dadurch auf, dass es auf - eingestandener Weise - wissenschaftlich nicht tragfähiger Basis Empfehlungen aussprach. Eine reine Vermutung der Wirksamkeit einer Maßnahme, die gegenüber den belegt sinnvollen Maßnahmen wie Händewaschen und Abstandhalten von Atemwegserkrankten keine zusätzliche Reduzierung des Infektionsrisikos bringt, kann einen Grundrechtseingriff nicht rechtfertigen. Im Gegenteil riskiert hier der Verordnungsgeber durch seinen Hinweis auf die Empfehlung des RKI, generell im öffentlichen Raum eine Maske zu tragen, auch gesundheitlich gefährdete Person, möglicherweise genau die eigentlich zu schützende Risikogruppe, zu schädigen.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

Soweit damit argumentiert würde, dass die Einführung der Maskenpflicht eine Kompensation der weitergehenden Öffnungen darstelle, ist dem entgegen zu halten, dass bereits zuvor die Menschen in vielen, vom Verordnungsgeber als für den allgemeinen Lebensbedarf notwendigen Läden und Einrichtungen - auch in dem hier verfahrensgegenständlichen Baumarkt -, ein - und ausgingen. Ohne dass es eine verpflichtende Mund-Nasen-Bedeckung gab und auch trug nach Wahrnehmung der Unterzeichnerin nicht die Mehrheit eine solche. Gleichwohl kam es zu einem Rückgang von Neuinfektionen. Auch dieser Umstand zeigt eine weitere Facette der Absurdität dieser Maßnahme, insbesondere im Hinblick auf den Zeitpunkt, auf.

Im Ergebnis ist zu konstatieren, dass die immer noch herrschende allgemeine Pflicht, sog. „community-Masken“ zu tragen, nur als Symbolpolitik angesehen werden kann.

In diesem Sinne auch der Weltärztepräsident *Montgomery*: Am 23. April 2020 bezeichnete er die beabsichtigte Maskentragpflicht, wobei auch die Verwendung von Schals und Tüchern erlaubt sein sollen, als „lächerlich“ und stelle resigniert die rhetorische Frage: "Aber was will man gegen den Überbietungswettbewerb föderaler Landespolitiker mit rationalen Argumenten tun?"

<https://www.n-tv.de/panorama/Arztepraesident-Montgomery-Maskenpflicht-ist-falsch-article21733833.html>

Es ist nunmehr – nachdem die Exekutive nicht bereit zu sein scheint, von dem eingeschlagenen Kurs abzurücken und die Legislative immer noch kaum wahrnehmbar ist – die Aufgabe der Judikative diesem gravierenden Grundrechtseingriff rechtlich als das zu würdigen, was er ist, nämlich rechtswidrig.

Insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich bereits im Mai abzeichnete, dass die „Maskentragpflicht“ das öffentliche Leben noch lange beeinträchtigen wird, was sich bedauerlicherweise auch bewahrheitet hat.

So ließ der NRW-Gesundheitsminister Laumann am 22. Mai 2020 verlautbaren, dass Mund-Nasen-Bedeckungen "Bestandteil des öffentlichen Lebens" bleiben, bis es einen Impfstoff gebe. Und das werde mindestens noch ein Jahr dauern.

<https://www.wa.de/nordrhein-westfalen/coronavirus-nrw-maskenpflicht-mundschutz-maske-pflicht-atemschutz-verkaeufers-autofahrer-13639451.html>

In diesem Sinne äußerte sich auch der bayerische Ministerpräsident Söder am 27. Mai 2020. Der Merkur fasste die Aussagen Söders in einer BR-Sendung wie folgt zusammen:

„Ohne Impfstoff oder Medikament gebe es nur eine wirksame Maßnahme gegen das Virus: Abstand halten. „Distanz, Hygiene und Masken“, zählte Söder auf. Allein auf Freiwilligkeit zu setzen, funktioniere nicht. „Das haben wir am Anfang probiert“, erinnert der Ministerpräsident an den Beginn der ersten Corona-Welle im März. Man müsse die „Unvernünftigen“ verpflichten, um die Vernünftigen zu schützen. Mit anderen Worten: Es bleibt bis auf Weiteres und ohne Impfstoff oder Medikament (somit möglicherweise auf sehr lange Sicht) bei der Maskenpflicht im Freistaat.“

<https://www.merkur.de/bayern/coronavirus-br-tv-soeder-bayern-jetzt-red-i-maskenpflicht-lockerungen-impfstoff-13779000.html>

Die aktuellste Überlegung, die Maskenpflicht im Einzelhandel dann abzuschaffen, wenn die **deutschlandweiten** täglichen nachgewiesenen Infektionszahlen unter 100 bleiben, ist an Absurdität und Willkür kaum zu überbieten. In der Welt war am 11. Juli 2020 zu lesen:

„Solange wir im Durchschnitt täglich mehrere Hundert neue Infizierte haben, wird sie überall bleiben müssen, wo der Mindestabstand von 1,5 Metern nicht eingehalten wird“, sagte der CDU-Politiker der „Frankfurter Allgemeinen Zeitung“ (Samstag). „Wenn wir bei den Infektionen dauerhaft zweistellig sind, müssen Mediziner und Politik neu nachdenken.“

Mecklenburg-Vorpommerns Wirtschaftsminister Harry Glawe (CDU) hatte sich in der vergangenen Woche dafür ausgesprochen, angesichts der niedrigen Infektionszahlen im

Norden Anfang August ein Ende der Maskenpflicht im Handel seines Landes zu beschließen. Er war damit auf breite Kritik gestoßen und von der Staatskanzlei seines Landes ausgebremst worden.

Der Hamburger Virologe Jonas Schmidt-Chanasit hat indes die Warnung des SPD-Gesundheitsexperten Karl Lauterbach vor einer Aufhebung der Maskenpflicht im Handel kritisiert. Masken hätten nur dort Sinn, wo Menschen auf engem Raum längere Zeit zusammen seien.

„Wenn ich den Zugang so regele, dass entsprechend wenig Leute im Geschäft sind, die die Abstände dann einhalten, ist eine Maske auch nicht sinnvoll“, sagte Schmidt-Chanasit dem „Hamburger Abendblatt“.

<https://www.welt.de/politik/deutschland/article211447489/Corona-Altmaier-nennt-Bedingung-fuer-Ende-der-Maskenpflicht.html>

Dass die Anzahl der deutschlandweit registrierten täglichen Infektionsfälle kein geeigneter Parameter für das einzelne Bundesland, oder gar die einzelne Region sein kann, dürfte nicht erst seit der Entscheidung des OVG Münster vom 6. Juli 2020 (13 B 940/20.NE) einleuchten.

III.

Schlussbemerkung

Aktuell erleben wir – immer noch – in Bezug auf die „Anti-Corona-Verordnungen“ eine faktische Beweislastumkehr. Die Bürger*innen müssen darlegen, warum die Einschränkungen nicht gerechtfertigt waren. Dabei muss der Ordnungsgeber, die Staatsgewalt, darlegen,

warum er glaubt, die Rechte der Bürger*innen auf eine derart gravierende Weise, einschränken zu dürfen.

Die Legislative war insbesondere in den ersten zwei – drei Monaten seit dem „lockdown“ kaum sichtbar und kam ihrer wesentlichen Aufgabe, der Kontrolle der Exekutive, nicht nach. Die Regierungen der Länder regieren seit Wochen mit faktischen – größtenteils strafbewehrten! – Notstands-Verordnungen. Die Rechtslage änderte sich nahezu täglich; effektiver Rechtsschutz war – wie auch in Hessen geschehen – kaum noch zu erlangen.

Das Handeln der Regierungen – auch der hiesigen – ist kaum mehr nachvollziehbar, wirft zahlreiche Fragen, die nicht beantwortet werden, auf und weist eine kaum enden wollende Reihe an Inkonsistenzen auf.

Die Unterzeichnerin erlaubt sich nochmals zu konstatieren, dass es für die angeordnete „Maskenpflicht“ bereits keine Rechtsgrundlage gibt. Die Exekutive handelt hier ohne ausreichende Ermächtigung.

Auf welchen wackligen rechtlichen Beinen die von den Ländern erlassenen „Corona-Verordnungen“ – und damit auch die hier streitgegenständliche Bestimmung – stehen, zeigt sich auch in der folgenden Aussage des rheinland-pfälzischen Justizministers. *Herbert Mertin* äußerte sich in einem Beitrag des SWR vom 30. April 2020 im Hinblick auf den Vorwurf, dass es für die Verordnung keine ausreichende Rechtsgrundlage gibt wie folgt:

„Wir haben eine Ermächtigungsgrundlage, aber ob die ausreicht, das kann ich Ihnen auch nicht sagen.“

<https://www.ardmediathek.de/swr/player/Y3JpZDovL3N3ci5kZS9hZXgvbzEyMzQ3MDc/bringt-der-virus-die-demokratie-in-gefahr>

Es ist nochmals dringlich daran zu erinnern, dass die Gewaltenteilung und der Rechtsstaat auch in Krisenzeiten existieren. Gerade dann bewährt sich ein Rechtsstaat. Der Parlamentsvorbehalt ist konstitutiv für eine funktionierende Demokratie und steht nicht zur Disposition. Weder zu der der Politiker*innen noch der des Volkes.

Das Prinzip der Gewaltenteilung – und insbesondere die für einen Rechtsstaat konstituierende Unabhängigkeit der Richter*innen – hat am 3. Mai 2020 indes der Kanzleramtsminister *Helge Braun* in Zweifel gezogen, wie die WELT berichtet.

„Die Bundesregierung kritisiert Gerichte, die in den vergangenen Tagen einzelne Maßnahmen des Corona-Lockdowns aufgehoben haben. Kanzleramtschef Helge Braun (CDU) sagte im WELT AM SONNTAG-Interview: „Ich verstehe und akzeptiere jedes einzelne Urteil. Aber ich empfinde es schon als Herausforderung, wenn sich Gerichte auf den Gleichheitsgrundsatz berufen, um einzelne unserer Maßnahmen aufzuheben oder zu modifizieren.“

Es sei rechtlich unproblematisch gewesen, aus Infektionsschutzgründen viele gesellschaftliche und wirtschaftliche Bereiche zu schließen. In der Phase einer partiellen Lockerung müsse die Regierung jedoch Abwägungen treffen. „Aber jetzt versuchen wir das schrittweise Öffnen des Alltagslebens. Dabei kann es nicht immer eine absolute Gleichberechtigung aller gesellschaftlichen Bereiche geben, weil unser Vorgehen eben schrittweise ist“

[https://www.welt.de/politik/deutschland/article207683597/Ge-
kippte-Corona-Massnahmen-Bundesregierung-kritisiert-
Gerichte-fuer-Urteile.html](https://www.welt.de/politik/deutschland/article207683597/Ge-
kippte-Corona-Massnahmen-Bundesregierung-kritisiert-
Gerichte-fuer-Urteile.html)

Er sagt damit nichts Anderes als dass er im Ergebnis die Entscheidungen unabhängiger Richter*innen gerade nicht akzeptiert –

und die Werteordnung des Grundgesetzes auch nicht. Jedenfalls nicht wenn es ihm – wie an dieser Stelle – nicht passt. Das ist eine unter dem Gesichtspunkt des Rechtsstaats mehr als bedenkliche Äußerung eines obersten Repräsentanten der Exekutive. Nicht verstanden scheint er auch zu haben, dass es sehr wohl Ungleichbehandlungen geben darf, diese müssen lediglich gerechtfertigt sein und können auch – zum Beispiel im Hinblick auf den Schutz besonders gefährdeter Personen – sogar geboten sein.

Es ist Sache der Justiz sich nicht zu „Handlungen“ der Exekutive machen zu lassen, auch dann nicht, wenn seitens der Politik Druck ausgeübt wird. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Menschen – noch weiter – das Vertrauen in den Rechtsstaat verlieren, was fatale gesellschaftliche Auswirkungen mit sich bringen kann, wie sich auch aktuell immer mehr abzeichnet. Der drohende Verlust des Vertrauens in den Rechtsstaat ist mutmaßlich deutlich gefährlicher, als das Virus.

Die Maskenpflicht – sowie andere Maßnahmen – sind zudem offensichtlich unverhältnismäßig. Sie sind auf Prognosen gestützt, die bislang vom Ordnungsgeber nicht dargelegt wurden. Hier muss der Ordnungsgeber seiner Darlegungspflicht nachkommen. Ebenso sind die Gerichte berufen ihrer Amtsermittlungspflicht nachzukommen.

Die Freiheitsbeschränkungen, wie die Maskenpflicht, waren evident zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt nicht (mehr) hinnehmbar. Sie stellen sich als ein durch Zeitablauf unwiederbringlicher Freiheitsverlust dar, der eine ganze Generation einschneidend prägen wird.

Es scheint zudem zunehmend, dass der hiesige Ordnungsgeber vergessen hat, wer die Beweislast für Grundrechtseinschränkungen trägt.

Wolfgang Kubickis hat das am 20. April 2020 gut auf den Punkt gebracht:

„Rechtlich eindeutig ist: Nicht die Öffnung muss gerechtfertigt werden, sondern die Aufrechterhaltung der Schließung.“

<https://www.welt.de/politik/deutschland/article207370049/Str-eit-um-Corona-Lockerungen-Die-Kanzlerin-vergreift-sich-im-Ton.html>

Es ist zu konstatieren, dass bislang nahezu niemand den Verordnungsgebern nachdrücklich – erfreulich indes lediglich die aktuelle Entscheidung des OVG Münster vom 6. Juli 2020 (13 B 940/20.NE) – Einhaltung gebietet.

Erste leise Zweifel waren immerhin aus der FDP-Bundestagsfraktion zu vernehmen. Dort ist man der Ansicht, dass es die ausgerufenen epidemische Lage nationaler Tragweite nicht mehr gebe. In der Stuttgarter Zeitung heißt es am 2. Juni 2020:

„Angesichts deutlich sinkender Infektionszahlen dringen immer mehr Abgeordnete darauf, die Feststellung einer epidemischen Notlage aufzuheben und damit Bundestag und Bundesrat wieder volle Mitsprache an der Corona-Politik einzuräumen.“

[...]

Am lautesten ruft derzeit die FDP nach einer Rückkehr zum Normalbetrieb. Der südbadische FDP-Bundestagsabgeordnete Christoph Hoffmann fordert die Bundesregierung auf, zu überprüfen, ob die Notlage noch gegeben ist. Sein Argument: „Die Einschränkungen und das Durchregieren via Infektionsschutzgesetz ist bei nur 7100 aktiven Fällen und klar abgrenzbaren Hotspots unter 83 Millionen Deutschen nicht mehr gerechtfertigt.“

Die ausgerufenen epidemische Lage nationaler Tragweite gebe es nicht mehr. Der Bundestag müsse nun „selbstbewusst auftreten. Mit jedem Tag steige die Gefahr, „dass Einschränkungen unter dem Corona-Deckmantel dauerhaft beibehalten werden“. Ähnlich argumentiert auch der innenpolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion Konstantin Kuhle.

Es könne „nicht mehr von einer sich dynamisch entwickelnden Ausbruchssituation gesprochen werden“, mit der die Pandemie-Notlage ursprünglich begründet wurde, sagte Kuhle unserer Zeitung. „Freiheitseinschränkungen und Sonderermächtigungen dürfen nicht länger aufrechterhalten werden als unbedingt nötig“ sagte Kuhle. Die Forderung der FDP findet auch innerhalb der Parteien Widerhall, die die Regierung tragen.

So findet der rechtspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, Johannes Fechner, im Gespräch mit unserer Zeitung deutliche Worte: „Der Bundestag muss selbstbewusster sein und von seinen Kompetenzen Gebrauch machen. Wichtige Entscheidungen wie die Verlängerung der weltweiten Reisewarnung oder zu den Grenzöffnungen müssen von der Volksvertretung mitentschieden werden“, sagte Fechner. Auch dass der Gesundheitsminister in Pandemie-Situationen von beschlossenen Gesetzen per Rechtsverordnung ohne Einflussmöglichkeiten des Bundestags abweichen kann, müsse „beendet werden“. Natürlich müsse in Krisen schnell und ohne langen Debatten entschieden werden, sagte Fechner, „aber zumindest nachträglich muss der Bundestag das Recht haben, Entscheidungen des Bundesgesundheitsministers zu ändern.“

Nach Recherchen unserer Zeitung hat es in der vergangenen Woche zu diesem Thema auch ein Gespräch der Fraktionschefs von SPD und Union, Rolf Mützenich und Ralph Brinkhaus gegeben. Beide haben vereinbart, auf eine stärkere Rolle des

Bundestages zu drängen. Das zeigt, dass auch die Unionsfraktion mit dem gegenwärtigen Zustand nicht glücklich ist. Der Fraktionsvize Thorsten Frei warnt gegenüber unserer Zeitung davor, Dinge „zu überstürzen“. Er sagt aber auch: „Klar ist für mich: Am Parlament führt kein Weg vorbei.“ Man beobachte sehr genau, welchen Gebrauch die Bundesregierung von den Vollmachten mache.



Falls erforderlich, „werden wir die Kompetenzen zurückverlagern“. Im Moment sieht Frei dafür allerdings „keinen Anlass“. Manche in der Union formulieren da härter. Der Nürtinger Bundestagsabgeordnete und Gesundheitsexperte Michael Hennrich sagte, die Beschlüsse seien zwar notwendig gewesen. „Nun aber dürfen wir beim Thema Aufhebung des Notfalls nicht in die Lage kommen, in Europa die Letzten zu sein, die das Licht ausmachen“. Ein Sprecher des Gesundheitsministeriums sagte unserer Zeitung, das Thema sei „Sache des Parlaments“. Das Ministerium gehe allerdings davon aus, „dass die Pandemie noch nicht vorbei ist.“

<https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.corona-sonderrechte-der-regierung-wie-lange-soll-das-pandemie-regime-noch-andauern.c346ed95-3799-4267-8dbb-9ae776da5def.html>

Sodann wurde am 16. Juni 2020 im Bundestag ein Antrag mit folgenden Inhalt eingereicht:

„Die Voraussetzungen für die Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Sinne des § 5 Abs. 1 IfSG liegen nicht mehr vor. Die Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite vom 25.03.2020 wird aufgehoben.“

BT-Drs. 19/20046.

Gleichwohl gilt: die Bürde, den infizierten Rechtsstaat zu heilen, liegt nunmehr bei den in diesen Angelegenheiten berufenen Gerichten.

Der Staatsrechtslehrer *Uwe Volkmann* kommentierte am 6. Mai 2020 in der FAZ (Hervorhebungen durch die Unterzeichnerin):

„Irritierend ist vielmehr, was man zu sehen bekommt, wenn man den Blick von den Einzelfragen löst und auf die Gesamttendenz der gegenwärtigen Krisenrechtsprechung lenkt, nennen wir es: das große Ganze. In dieser Gesamttendenz entscheiden die Gerichte keineswegs unterschiedlich, sondern sie entscheiden mehr oder weniger alle gleich oder doch so, dass sich eine einheitliche Linie ergibt, die einen vielleicht etwas forscher, die anderen etwas weniger forscher, aber in alledem eben doch immer recht nahe an dieser Linie. Diese folgt ihrerseits ziemlich genau der politischen Linie in der Bekämpfung des Virus sowie der gesellschaftlichen Diskussion, die sich daran entzündete.

So hielten sich alle Gerichte in der Ausübung ihrer Kontrollbefugnisse am Anfang nicht nur zurück, sondern übten sie praktisch nicht aus, gleich ob es um die Kontaktbeschränkungen als solche ging oder etwa um Gottesdienste. Eine gewisse Wende markierten einzelne Entscheidungen aus den ersten Aprilwochen, etwa der Beschluss des Obergerichtes Mecklenburg-Vorpommern zur Aufhebung der Absperrung der Ostseeinseln oder die erste Eilentscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Verbot einer Demonstration im Hessischen; schon zuvor hatte dieses in einer frühen Folgenabwägung mahndend auf die Befristung aller Maßnahmen zum 19. April hingewiesen.

Von da lässt sich beobachten, wie die Gerichte nach und nach regelrecht Mut schöpfen, sie die Maßnahmen gründlicher prüfen, gelegentlich – wie jüngst das Verwaltungsgericht Hamburg –

sogar Zweifel an der Tragfähigkeit der gesamten rechtlichen Konstruktion aufwerfen. Den vorläufigen Höhepunkt bildet die jüngste Entscheidung des saarländischen Verfassungsgerichtshofs, der mit der dort bislang ganz rigorosen Ausgangsbeschränkung nun erstmals eine der zentralen Regelungen des Social Distancing aufgehoben und dabei auch die politische Begründung regelrecht zerpfückt hat.



Was wären, wenn man es so sieht, die Gründe für diesen Wandel? Es gibt zwei mögliche Antworten, eine bequeme und eine, bei der einem unbehaglich werden kann; auch wenn die richtige Antwort am Ende von beidem etwas haben mag, wäre das Unbehagen nicht restlos verschwunden. Die bequeme Antwort wäre, dass die Veränderung nur der realen Entwicklung der Gefahrenlage folgt, der Abflachung von Infektionskurven und der immer noch weit unterhalb der Kapazitätsgrenzen liegenden Auslastung der Krankenhäuser. Diese Antwort hat für Juristen eine gewisse Plausibilität; in der Tat verändern sich die rechtlichen Anforderungen an die je anzustellenden Prognosen mit zunehmendem Wissen über die Fakten. Allerdings sind die wirklich entscheidenden Fragen nach wie vor völlig offen; die Gefahr der „zweiten Welle“ steht ja, wenn man den Einschätzungen der Experten vertrauen will, nach wie vor durchaus real im Raum.

Dies mündete schließlich in die bekannten Lockerungsdiskussionsorgien, die sich von oben nicht mehr einfangen ließen und sich, legt man die Kurven nur nebeneinander, insgesamt auf eine verblüffende Weise in Rechtsprechung spiegeln. Für jedermann sichtbar, aber wahrscheinlich ohne es selbst überhaupt zu bemerken, hat der saarländische Verfassungsgerichtshof auf den Konnex aufmerksam gemacht, als er seiner von der Begründung her geradezu revolutionär anmutenden Entscheidung gegen die

dortigen Ausgangsbeschränkungen die Mitteilung beifügen zu müssen glaubte, er wisse sich dabei im Einklang mit der Landesregierung, die jene sowieso ein paar Tage später aufheben wollte.

Im Großen und Ganzen, kann man sagen, folgen die Gerichte der Herde, deren Gang sie weniger selbst beeinflussen als dass sie von ihm beeinflusst werden. Für die Verfassungsgerichte findet man dazu mittlerweile auch schon einige Forschung. In seinem 2009 erschienenen Buch „The Will of the People“ legte etwa der an der New York University lehrende Barry Friedman auf mehr als 600 Seiten dar, wie sich die Entscheidungen des Obersten Gerichtshofs der Vereinigten Staaten in dessen nicht durchweg glorreicher Geschichte in die je vorhandenen gesellschaftlichen Wertorientierungen einfügten; auch wo beide in einzelnen Punkten oder über kurze Phasen voneinander abwichen, glichen sie sich relativ rasch doch immer wieder an. „Wie die öffentliche Meinung den Obersten Gerichtshof beeinflusst und den Sinn der Verfassung geformt hat“, lautet der sprechende Untertitel. Hierzulande konnte Helmuth Schulze-Fielitz schon in seiner Würzburger Antrittsvorlesung von 1996 lapidar feststellen, es sei keine neue Erkenntnis, dass Verfassungsrechtsprechung dem Zeitgeist folge.

Aber all dies war auf langfristige, subkutane Verschiebungen bezogen, so dass man sie entweder gar nicht recht wahrnahm oder, wo doch, darin kein nennenswertes Problem sah. Demgegenüber vollzieht sich der Umschwung hier in einer Plötzlichkeit, in der er sich wie unter Laborbedingungen zeigt; in einem kurzen, gedrängten Augenblick kommt zusammen, wozu es sonst Dekaden braucht. Und wenn die Fallzahlen wieder steigen und die Angst erneut um sich greift, mag man fast darauf wetten, dass sich die Gesamttendenz auch wieder umkehrt. Was sagt uns dann dieser Befund? Es wäre ungerecht, ihn so zu

interpretieren, dass von der Justiz in Krisensituationen nur dann etwas zu erwarten ist, wenn man sie nicht mehr wirklich braucht. Tatsächlich wirkt jede gerichtliche Entscheidung, mit der diese oder jene Freiheitseinschränkung moniert wird, auf den öffentlichen Diskurs ein und mag Entwicklungen, hier nun in Richtung einer Reaktivierung der Grundrechte, inhaltlich mitgestalten oder verstärken: durchaus als Fortsetzung von Politik mit anderen Mitteln. Aber es wäre ganz offenbar ein Irrglaube, in Lagen wie diesen die Verteidigung der gesellschaftlichen Freiheiten wesentlich von den Gerichten zu erwarten. Die Gerichte sind vielmehr selbst angewiesen auf einen gesellschaftlichen Sinn für die Freiheit, in den sie ihrerseits eingebettet sein müssen, um ihn zur Entfaltung zu bringen.

Der Boden des Rechts ist überhaupt das Geistige, hatte Hegel geschrieben und damit den Zusammenhang, der sich hier andeutet, in einer Tiefe erfasst, in die ihm die meisten nicht mehr folgen mochten. Aber es gilt nicht nur für den Inhalt des Rechts allgemein, so wie er in die je bestehenden Gesetze gefasst ist, sondern, wie sich nun zeigt, auch für seine praktische Anwendung in ganz elementaren Fragen. Der junge Jurist Andreas Engelmann hat Gedanken aus seiner gerade fertiggestellten Frankfurter Dissertation aufgreifend, in einem gedankenreichen Beitrag im Januarheft des „Merkur“ vom Glauben an das Recht gesprochen, der dieses nicht anders trägt als der Glaube der Leute an den Wert des Geldes die Währung. Wo die Ersten anfangen, diesen Glauben zu verlieren, und ihr Geld von den Banken holen, wird aus diesem bloß wertloses Papier. Beim Recht, schreibt Engelmann, verhalte es sich im Grunde ganz ähnlich, und ebenso wie beim Geld ist es wahrscheinlich besser, wenn man nicht oder jedenfalls nicht dauernd darüber spricht. Das war, geschrieben ein paar Wochen vor der Machtübernahme des Virus, bezogen auf das Recht in der Normallage, nicht auf die Krise. Aber gerade hier wird man

daran auf eine Weise erinnert, die jenen Glauben nachhaltiger erschüttern könnte, als wir es uns jetzt noch vorzustellen vermögen.

Natürlich ist nach wie vor auch die andere, die bequeme Sicht möglich, die Sicht also etwa auf eine Justiz, die nach kurzem Dahindämmern ihren Kontrollauftrag nun wieder ernst nimmt, die Regierungen zugunsten der bürgerlichen Freiheiten in die Schranken weist, und zwar bloß durch die konsequente Anwendung der bestehenden Regeln. Aber es ist, als hätte man für einen Moment in einen Abgrund geblickt. Man hofft, dass er sich schnell wieder schließen möge, und, wenn er sich dann geschlossen hat, dass man baldmöglichst vergessen möge, was dort für einen kurzen Augenblick zu sehen war.

Irgendwie beunruhigend, das große Ganze.“

<https://www.faz.net/aktuell/feuilleton/debatten/wenn-die-justiz-der-herde-folgt-wie-der-zeitgeist-die-rechtsprechung-beeinflusst-16755465.html?premium>

Die hiesige Entwicklung zeigt, dass sich der Verordnungsgeber auch bei der Festlegung der Maskenpflicht von einem seuchenpolitischen Imperativ hat leiten lassen und dem Lebensschutz letztlich alle anderen Grundrechte unterordnet. Das stellt – vor allem wenn man bedenkt, dass im Herbst die jährlichen Influenza-Saison beginnt – eine besorgniserregende Entwicklung dar, die stark an den dystopischen Roman „Corpus delicti“ von Juli Zeh erinnern. Dort wird eine Gesundheitsdiktatur beschrieben, in der demokratische Grundsätze zugunsten der Gesundheit aller Bürger*innen aufgehoben wurden. Hierbei sind alle Bürger*innen verpflichtet, das Bestmögliche für ihre Gesundheit bzw. für ihren Körper zu tun. Durchgesetzt wird das oberste Staatsprinzip durch Überwachung und Bestrafung. Auszugsweise ist dort zu lesen:

IM NAMEN DER METHODE!
URTEIL
IN DER STRAFSACHE GEGEN

Mia Holl, deutsche Staatsangehörige, Biologin

wegen Methodenfeindlicher Umtriebe

hat die 2. Strafkammer des Schwurgerichts in öffentlicher Sitzung, an der teilgenommen haben:

(ÄU 1)

1. *Vorsitzender Richter am Schwurgericht Dr. Ernest Hutschneider als Vorsitzender,*
2. *Richter am Schwurgericht Dr. Hager und Richterin Stock als Beisitzer,*
3. *die Schöffen*
 - a) *Irmgard Gehling, Hausfrau,*
 - b) *Max Maring, Kaufmann,*
4. *Staatsanwalt Bell als Vertreter der Anklagebehörde,*
5. *Rechtsanwalt Dr. Lutz Rosentreter als Verteidiger,*
6. *Justizassistent Danner als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle,*

für Recht erkannt:

- I. *Die Angeklagte ist schuldig der Methodenfeindlichen Umtriebe in Tateinheit mit der Vorbereitung eines terroristischen Krieges, sachlich zusammen-treffend mit einer Gefährdung des Staatsfriedens, Umgang mit toxischen Substanzen und vorsätzli-cher Verweigerung obligatorischer Untersuchun-gen zu Lasten des allgemeinen Wohls.*
- II. *Sie wird deshalb zum Einfrieren auf unbe-stimmte Zeit verurteilt.*
- III. *Die Angeklagte hat die Kosten des Verfahrens und ihre notwendigen Auslagen zu tragen.*

Aus den folgenden Gründen...

https://www.randomhouse.de/leseprobe/Corpus-Delicti/leseprobe_9783442745258.pdf

Das alles hatte *Uwe Volkmann* bereits am 20. März 2020 vorgezeichnet:

„Ungern fände man sich in einigen Wochen in einem Gemeinwesen wieder, das sich von einem demokratischen Rechtsstaat in kürzester Frist in einen faschistoid-hysterischen Hygienestaat verwandelt hat. Blickt man sich in der Welt um uns herum um, ist das zwar drastisch formuliert, aber als Befürchtung möglicherweise nicht übertrieben.“

[...]

Aber wenn wir die Berechtigung der Maßnahmen unterstellen, dann deshalb, weil wir darauf hoffen, dass sie greifen und etwas bewirken, und zwar in nicht allzu ferner Zukunft. Tun sie es, ist alles gut. Aber was, wenn nicht – und wenn der Zustand, der durch sie eintritt, länger und länger dauert, vielleicht ein Ende auch gar nicht absehbar ist?

[...]

Kein Verwaltungs- oder auch Verfassungsgericht würde es in der derzeitigen Situation riskieren, auch nur eine davon zu beanstanden und der Regierung im Kampf gegen die als existenziell empfundene Bedrohung in den Arm zu fallen. Dem entspricht es, dass die Frage der Verfassungsmäßigkeit solcher Maßnahmen in der öffentlichen Diskussion bislang so gut wie keine Rolle spielt, was gerade in einem Land, das sonst alle politischen Fragen gern als Verfassungsfragen behandelt, durchaus bemerkenswert ist. Natürlich mag man insbesondere im Fall einer Ausgangssperre, wie sie auch hierzulande bald drohen könnte (alle Maßnahmen, die wir in den Nachbarländern beobachten können, erreichen uns ja im Ergebnis immer nur mit einiger Verzögerung) fragen können, was diese eigentlich bewirkt und wieso es für irgendjemanden schädlich sein soll, wenn man alleine oder mit der Familie in genügendem Abstand von anderen im Park oder selbst in der Stadt spazieren geht. Auch ist es eine so tief in die persönliche Freiheit einschneidende Maßnahme, dass man sie sich so vor Ausbruch der Krise nur in China oder, sagen wir, Nordkorea vorstellen konnte.

Aber schon die erleichterte Kontrollierbarkeit und die tatsächlich bewirkte Einschränkung von Kontakt- und damit von Übertragungsmöglichkeiten dürften angesichts des bei der Eignungsprüfung traditionell angelegten großzügigen Maßstabs – am Ende scheitert daran ja nur, was evident ungeeignet ist – im Ergebnis auch sie rechtfertigen. Die entscheidende Frage bleibt allerdings, wie lange diese Rechtfertigung wirkt und wie lange an ihr festgehalten werden kann, wenn alle entsprechenden Maßnahmen nicht oder jedenfalls nicht innerhalb eines begrenzten Zeithorizonts greifen: einen Monat? Zwei oder drei Monate? Ein Jahr oder möglicherweise sogar zwei Jahre, wenn,

wie es einige Virologen schon vorhersagen, im Oktober möglicherweise die nächste Welle heranrollt und bis dahin kein Impfstoff gefunden ist?

Spätestens dann werden die Fragen, die wir jetzt verdrängen, wieder auf uns zukommen, und wir werden eine Antwort darauf finden müssen. Sie werden sich praktisch stellen, weil das weitgehende Herunterfahren von Gesellschaft immer nur für begrenzte Zeit aufrechterhalten werden kann; irgendwann wird der Widerstand so groß, dass es nicht mehr geht. Sie stellen sich aber auch verfassungsrechtlich und hier speziell als Frage nach der weiteren Angemessenheit der entsprechenden Einschränkungen, wenn der mögliche Erfolgseintritt immer weiter in der Zukunft liegt und andererseits die sichtbaren Folgeschäden größer und größer werden. Diese betreffen die Individuen, aber sie betreffen auch die Gesellschaft insgesamt in politischer, in kultureller und – man muss dies so sagen – auch in wirtschaftlicher Hinsicht. Niemand will aus dem gegenwärtigen Alptraum in einem Trümmerfeld erwachen, in dem ganze Wirtschaftszweige, eine Vielzahl von Unternehmen und massenhaft individuelle berufliche Existenzen vernichtet sind.

Rechtsanwältin Jessica Hamed

3. Die damit aufgeworfenen Abwägungsfragen führen hinaus aus dem Verfassungsrecht und hinüber in die Ethik oder auch Rechtsphilosophie und können nur von hier aus beantwortet werden; auch die Antworten, die wir in der Sprache des Verfassungsrechts darauf geben, sind letztlich daraus entlehnt oder müssen sich dazu verhalten. In welche Grenzbereiche es führt, wenn die Krankenhäuser an ihre Kapazitätsgrenzen geraten und Ärzte in der konkreten Situation die Entscheidung über Behandlung oder Nichtbehandlung, in der Sache also über Leben und Tod treffen müssen, zeigen uns die einschlägigen Berichte und die Bilder vor Ort; es ist dies eine Situation, die niemand wollen kann. Gleichwohl wird man, wenn sie da ist,

Maßstäbe finden und verantworten müssen, nach denen die Entscheidung zu treffen ist. Ebenso wird man auch bei der generellen Abwägung, welche Maßnahmen in welcher Intensität und über welchen Zeitraum aufrechterhalten werden können, irgendwann eine Entscheidung treffen müssen, welche Interessen in sie einzubeziehen sind und welche nicht. Können es auch solche des allgemeinen Wohlstands oder eines gesamtgesellschaftlichen Nutzens sein – und bis zu welchem Grade und von welchem Punkt an? Vom Standpunkt eines normativen Individualismus aus, wie wir ihn grundgesetzlich in der Garantie der Menschenwürde verankert sehen, neigen wir dazu, alle diese Interessen in existenziellen Fragen als irrelevant beiseite zu schieben; immer dort, wo es um den „Höchstwert Leben“ geht, verbietet sich, wie wir sagen, jede Verrechnung.

In der Tat spricht einiges dafür, an diesem Ausgangspunkt auf einer grundsätzlichen Ebene festzuhalten. Auf der anderen Seite muss man sehen, dass wir derartige Abwägungen in vielen Fällen längst vornehmen, ohne sie uns als solche einzugestehen. So wissen wir im Grunde, dass die Zulassung des Autoverkehrs auf unseren Straßen jedes Jahr den Tod von zwischen 3000 – 4000 Menschen zur Folge hat. Diese Folge ist so kausal wie vorhersehbar, sie trifft oft die Schwächsten wie die Kinder, und wir könnten sie ohne weiteres abwenden, wenn wir Autos verbieten würden. Aber wir tun es nicht, weil ihre Produktion uns wirtschaftlichen Wohlstand garantiert, der Austausch und Transport von Gütern ermöglicht wird, wir individuelle Mobilität schätzen etc., und die Risiken des Straßenverkehrs erscheinen uns dann als, wie die Juristen sagen, „erlaubtes Risiko“ oder „sozial adäquat“.

Auch bei den bisherigen Epidemien von der Schweinegrippe bis zur normalen Influenza hätten wir durch Einreisesperren, Verbot von Großveranstaltungen oder zuletzt auch Isolierungen der

Menschen voneinander die Todesrate von vornherein erheblich senken können. Aber wir haben es nicht getan, weil uns diese Einschränkungen zu schwerwiegend erschienen und alle Erkrankten in den Krankenhäusern behandelt werden konnten. Und ganz generell könnte irgendwann der Punkt kommen, an dem wir uns eingestehen müssen, dass es Krankheiten gibt, die wir nicht besiegen können, ebenso wenig wie wir den Tod besiegen können. Wir können uns, wie jetzt, eine Zeitlang dagegen anstemmen, am Ende aber eben doch immer nur eine Zeitlang.

So oder so werden wir irgendwann wieder lernen müssen, die Welt nicht nur durch die Brille der Virologen zu betrachten.“

<https://verfassungsblog.de/der-ausnahmezustand/>



Jessica Hamed
Rechtsanwältin

Rechtsanwältin Jessica Hamed